



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



RAILA SOUTO PINTO MENEZES

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL NO MUNICÍPIO DE
SOBRAL-CE: DESEMPENHO DAS UNIDADES DE COLETA NOS CENTROS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DA SEDE**

SOBRAL

2014

RAILA SOUTO PINTO MENEZES

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL NO MUNICÍPIO DE
SOBRAL-CE: DESEMPENHO DAS UNIDADES DE COLETA NOS CENTROS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DA SEDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Adelane Monteiro da Silva.

Coorientadora: Prof^ª. Me. Maria Socorro Carneiro Linhares.

SOBRAL

2014

Bibliotecária Responsável: Iara Queiroz CRB 3/1325

M513a

Menezes, Raila Souto Pinto

Avaliação do programa de triagem neonatal no município de Sobral -Ce: desempenho das unidades de coleta nos centros de saúde da família da SEDE, Sobral-Ce / Raila Souto Pinto Menezes. -- Sobral, 2014.

86 p.


Orientadora: Profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva

RAILA SOUTO PINTO MENEZES

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL NO MUNICÍPIO DE
SOBRAL-CE: DESEMPENHO DAS UNIDADES DE COLETA NOS CENTROS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DA SEDE**

Aprovada em: 04/04/19


BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra Maria Adelane Monteiro da Silva

Presidente


RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú



Profa. Dra Maristela Inês Osawa Chagas

Primeiro Examinador

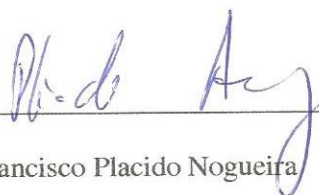
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira

Segundo Examinador

Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dr. Francisco Placido Nogueira

Suplente

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico esta produção aos meus pais,
Raimundo Pinto e **Jesus**, por todo amor e
dedicação investidos na educação de seus
filhos.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, meu pastor, por ter me dado força para superar todos os momentos de desânimo diante dos obstáculos que surgiram nesta caminhada.

A minha família, minha base, pelo apoio e incentivo contínuo. Ao meu marido, Rafael, com o qual eu divido essa conquista, pela motivação, apoio e amor que me faz retornar aos trilhos para seguir em frente sempre. A minha filha, Beatriz, pelos momentos roubados do nosso convívio para estar nas atividades do mestrado, principalmente nessa etapa final, pelo seu amor e carinho, mesmo com apenas cinco anos de idade, mostrou uma compreensão fora do comum para comigo.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, em especial, a equipe de funcionários do Laboratório Regional, que nos acolheu de forma muito especial na coleta dos dados.

Às bolsistas que ajudaram na construção dessa dissertação: Amanda, Jamila e Mayara. Vocês foram essenciais nessa construção pelo compromisso e amizade.

Aos professores e colegas do mestrado que contribuíram com meu aprendizado. Aos meus amigos pelas palavras de motivação, em especial, a minha amiga Michele Alves, pelas contribuições dadas desde a concepção deste trabalho.

Aos Professores Geíson e Maristela que participaram da qualificação deste projeto. Aos professores Maristela, Plácido e Geison que aceitaram participar da banca de defesa.

A minha coorientadora Prof.^a Ma. Socorro Carneiro, pelas contribuições dadas a este trabalho.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Adelane Monteiro da Silva, por todo o aprendizado, dedicação, paciência e compromisso que dedicou na construção desta dissertação. O processo de orientação foi regado com competência e afetividade. Pessoas como você alimenta a vontade de buscar sempre mais e conseqüentemente nos estimula a crescer tanto no campo pessoal como na pesquisa. Deus te abençoe sempre.

RESUMO

Esta dissertação avaliou o Programa Nacional de Triagem Neonatal no nível das atividades desenvolvidas nas unidades de coleta inseridas nos Centros de Saúde da Família na sede no município de Sobral, Ceará, no ano de 2012, e sua relação com as dimensões estrutura-processo-resultado. Foram utilizadas questões adaptadas do questionário *Performance Evaluation and Assessment Scheme* (PEAS) e roteiro de entrevista. Participaram do estudo as 16 unidades de coleta da sede. Os sujeitos informantes foram: 16 técnicos de enfermagem, oito gestores e 16 usuárias. Para análise estatística, foi utilizado o programa SPSS. O método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo foi aplicado para análise do conteúdo das entrevistas. Na avaliação de estrutura, quatro unidades foram classificadas com precária estrutura e as demais com estrutura insuficiente para o desenvolvimento das atividades no programa. A mediana global de desempenho em estrutura foi de 40% (variação de 26,7 – 60%) e a média foi de 40,8% (DP = 10%). Apenas 3% dos profissionais tiveram treinamento para TN, 100% das unidades não dispõem de material educativo sobre o teste do pezinho; 68,8% já tiveram problemas com relação à falta de material; e o transporte das amostras é garantido 100% pelo município e ocorre dentro do tempo esperado para o programa. Quanto à avaliação da dimensão processo, 100% das unidades foram classificadas como precárias. A mediana global de desempenho em processo foi de 64,7% (variação de 54,5–72,7%) e a média foi de 64,3% (DP = 5,6%). Foi verificado tanto nas falas dos profissionais como das usuárias uma escassez nas informações prestadas no momento do teste e demora na chegada dos resultados. O maior percentual de cobertura na coleta foi no intervalo de 8 a 30 dias de vida. As usuárias mostraram-se satisfeitas com o atendimento nas unidades. Análises de correlação apontaram uma tendência a não correlação, podendo estar relacionada a amostra utilizada neste estudo. Logo, este estudo possibilitou concluir que a avaliação de desempenho do programa no município de Sobral, relacionada à estrutura e processo, foi considerada precária. O programa no município apresentou limitações comuns a outras realidades no país, assim como potencialidades, porém, há entraves que precisam ser superados para avançar no alcance das metas preconizadas e melhoria no desempenho do programa no município.

Palavras-chave: Triagem Neonatal. Avaliação de Programas e de Projetos de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This dissertation assesses the National Program of Neonatal Screening (NS) at the level of activities developed at collection units inserted in Family Health Centers in the municipality of Sobral, Ceará, in 2012, and its relationship with structure-processing-result dimensions. Questions adapted from the Performance Evaluation and Assessment Scheme (PEAS) questionnaire and interview guide were used. The 16 collection units in the municipality participated in the study. The participants were: 16 nursing technicians, 8 managers, and 16 users. For statistical analysis the SPSS program was used. The Discourse of the Collective Subject analysis method was applied to interview content. In the assessment of structure four units were classified as precarious and the others were classified as insufficient for the development of activities in the program. The global median of performance in structure was 40% (variation from 26.7 to 60%) and the mean was 40.8% (SD = 10%). Only 3% of the professionals had training for NS, 100% of the units did not have educative material on the heel prick test; 68.8% had already had problems related to the lack of material; Transportation for samples is 100% guaranteed by the municipality and occurs within the expected period of time for the program. Regarding assessment of the processing dimension, 100% of the units were classified as precarious. The global median of performance in processing was 64.7% (variation from 54.5 to 72.7%) and the mean was 64.3% (SD = 5.6%). In statements from professionals and users, a lack of information provided at the time of testing and a delay in results was witnessed. The highest percentage of coverage in collection was between 8 and 30 days of life. The users demonstrated satisfaction with attendance in the units. Correlation analyses pointed to a trend for non-correlation, which may be related to the sample used in this study. Therefore, this study enabled us to conclude that the assessment of performance for the program in the municipality of Sobral, in regards to structure and processing, was considered in general as precarious. The program in the municipality presented common limitations and other realities in the country, as well as potentials. However, there are obstacles that need to be overcome in the move forward to reach recommended goals and improve program performance in the municipality.

Keywords: Neonatal screening; Assessment of programs and health projects; Primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo Lógico de um Programa de Triagem Neonatal: Unidades de Coleta	29
Figura 2 - Distribuição do <i>score</i> de estrutura por UC, Sobral-sede, 2012	43
Figura 3 - Distribuição do <i>score</i> de processo por UC, Sobral-sede, 2012	46
Figura 4 - Correlação linear entre os <i>scores</i> de estrutura e processo das UC, Sobral - sede,2012	50
Figura 5 - Distribuição da cobertura da Tiragem Neonatal por UC, Sobral-sede, 2012	51
Figura 6 - Distribuição da cobertura da Tiragem Neonatal por idade da criança no momento da coleta e unidade coletora, Sobral-sede, 2012	51
Figura 7 - Correlação linear entre os scores de estrutura e cobertura da TN nas UC, Sobral-sede,2012	52
Figura 8 - Correlação linear entre os scores de processo e cobertura da TN nas UC, Sobral-sede,2012	53
Quadro 1 - Consolidado de informações relativas à estrutura da UCs, Sobral-sede, 2012. Sobral-CE, 2014	45
Quadro 2 - Consolidado de informações relativas ao processo das UCs, Sobral-sede, 2012. Sobral-CE, 2014	48

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	REVISÃO TEÓRICO METODOLÓGICA	18
3.1	A Triagem Neonatal no Brasil	18
<i>3.1.1</i>	<i>Aspectos Históricos</i>	18
<i>3.1.2</i>	<i>Aspecto Conceitual e Organizacional</i>	19
3.2	Programa Nacional de Triagem Neonatal	20
<i>3.2.1</i>	<i>Estrutura e Processo</i>	20
<i>3.2.2</i>	<i>O Papel da Estratégia Saúde da Família no PNTN</i>	24
3.3	Avaliação de Programas de Saúde	27
<i>3.3.1</i>	<i>Avaliação de Desempenho de Programas</i>	30
<i>3.3.2</i>	<i>Avaliação em Programas de Triagem Neonatal</i>	32
4	METODOLOGIA	34
4.1	Tipo de estudo e abordagem	34
4.2	Local e período do estudo	35
4.3	Sujeitos da pesquisa	35
4.4	Procedimentos e Instrumento de Coleta de Dados	36
4.5	Organização e Análise dos Dados	38
5	RESULTADOS	42
5.1	Avaliação de Desempenho das Unidades de Coleta da TN: estrutura- processo-resultado das unidades de coleta	42
<i>5.1.1</i>	<i>Estrutura</i>	42
<i>5.1.2</i>	<i>Processo</i>	46
<i>5.1.3</i>	<i>Correlação Linear entre Scores de Estrutura e Processo</i>	49
<i>5.1.4</i>	<i>Resultado</i>	50
5.2	Percepção a cerca da TN: olhar de gestores, profissionais e usuários	53
6	DISCUSSÕES	60
6.1	Estrutura	60
6.2	Processo	63
6.3	Resultado	67

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (AVALIAÇÃO SOB O PONTO DE VISTA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA SALA DE COLETA)	77
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO (AVALIAÇÃO SOB O PONTO DE VISTA DO GERENTE DO CSF)	78
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (AVALIAÇÃO SOB O PONTO DE VISTA DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA)	79
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – MÃE DA CRIANÇA	80
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – (PROFISSIONAIS E GERENTES DOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA)	81
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO ADAPTADO APLICADO JUNTO ÀS UNIDADES DECOLETA.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CSF	Centro de Saúde da Família
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESF	Estratégia Saúde da Família
LACEN	Laboratório Central
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEAS	<i>Performance Evaluation and Assessment Scheme</i>
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
RN	recém-nato
SES	Secretarias de Estado da Saúde
SRTN	<i>Serviço de Referência em Triagem Neonatal</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TN	Triagem Neonatal
UC	Unidades de Coleta
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

1 INTRODUÇÃO

O impacto dos defeitos congênitos no Brasil vem aumentando progressivamente, pois estes passaram da quinta para a segunda causa dos óbitos em menores de um ano entre 1980 e 2000, o que aponta para a necessidade de estratégias específicas na política de saúde (HOROVITZ *et al.*, 2005). Diferente de muitos países em desenvolvimento em que o cenário favorece a preocupação com a maior morbidade e a mortalidade neonatal decorrentes de causas infectocontagiosas e desnutrição, no Brasil, um grupo progressivamente maior de doenças congênitas, assintomáticas no nascimento, vêm ocupando espaço crescente no foco da atenção ao recém-nato (BOTLER, 2010). De acordo com estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% da população brasileira é portadora de algum tipo de deficiência e, dentre elas, a deficiência mental representa um sério problema de Saúde pública. Em decorrência disso, desde a década de 60, a OMS preconiza a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal (TN) para a prevenção de deficiência mental e agravos à saúde do recém-nascido e recomenda sua implementação, especialmente nos países em desenvolvimento. (BRASIL, 2002).

A Triagem Neonatal no Brasil é popularmente conhecida como Teste do Pezinho, devido este ser feito a partir de gotas de sangue colhidas do calcanhar do recém-nascido. Inicialmente, foi utilizado para detecção de apenas duas doenças (fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito) e, posteriormente, com o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), houve a inclusão de outras doenças. A partir da criação do PNTN, o teste do pezinho passou a ser obrigatório no país e é apenas a primeira etapa de qualquer programa de triagem neonatal. É uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de doenças a tempo de se interferir na evolução delas, por meio do tratamento precoce específico, permitindo a diminuição ou a eliminação das sequelas a elas associadas. (BRASIL, 2012b).

O Programa Nacional de Triagem Neonatal foi criado por meio da Portaria GM/MS nº 822/2001, no âmbito do SUS, com os seguintes objetivos específicos: ampliação da cobertura visando 100% dos nascidos vivos, a busca ativa dos pacientes triados, sua confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o tratamento adequados dos pacientes identificados. (BRASIL, 2001a). Na implantação do PNTN, a Comissão de Assessoramento do Ministério da Saúde optou por ampliar a possibilidade da triagem neonatal para mais duas outras patologias congênitas: as doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e a fibrose cística, que somadas ao hipotireoidismo congênito e a fenilcetonúria perfazem um total de quatro doenças triadas no programa. (BRASIL, 2002). Recentemente, foram incluídas outras

duas doenças ao programa: Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase, normatizado através da Portaria 2829 de 14 de dezembro de 2012. (BRASIL, 2012b).

Em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais, o PNTN vem sendo implantado em quatro fases por meio do “Teste do Pezinho”: Fase I (fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito); Fase II (doenças falciformes e outras hemoglobinopatias); Fase III (fibrose cística) e Fase IV (Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase) (BRASIL, 2012a).

As doenças comumente diagnosticadas pela TN têm uma magnitude relativamente pequena, porém de elevada transcendência em todos os seus aspectos. Este grupo de doenças apresenta frequências bastante variáveis, com potencial mórbido, incapacitante e causador de sequelas de tal ordem que tornam sua severidade, relevância social e econômica indiscutíveis. A identificação precoce de qualquer dessas doenças permite evitar o aparecimento dos sintomas através do tratamento apropriado. (BOTLER, 2010).

Por se tratar do diagnóstico de doenças metabólicas, é importante que o teste seja feito dentro do tempo suficiente para que ocorra o acúmulo do metabólico específico no sangue, mas sem ultrapassar o tempo máximo em que é possível se evitar complicações decorrentes de um início tardio do tratamento. Em decorrência disso, é imprescindível que o teste do pezinho seja realizado após as primeiras 48 horas de alimentação e até o 7º dia de vida. Segundo o Ministério da Saúde, a unidade coletora deverá assumir o compromisso de que a coleta ocorrerá nos primeiros 30 (trinta) dias de vida do bebê, preferencialmente na 1ª semana. O material coletado será enviado ao Laboratório do Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas indicado pelo gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), num prazo nunca superior a 05 (cinco) dias úteis (BRASIL, 2001a).

De acordo com análise realizada da Triagem Neonatal no mundo, pode-se identificar que o desenvolvimento, na Europa, tem sido lento e heterogêneo; mais rápido nos países ocidentais; e mais lento no Leste Europeu – com cobertura de 69% em 2004, em dados abrangendo 38 países. Essa heterogeneidade também foi observada na Ásia e na região do Pacífico, sendo que países dessa região, em que a taxa de mortalidade infantil é menor do que 10/1.000 nascidos vivos, tinham coberturas superiores a 90%. Na América Latina, a cobertura foi de 49% em 2005, com dados de 14 países. No Canadá, em 2006, a cobertura foi de 71% (BOTLER, 2010). De acordo com a autora, o Brasil apresenta uma heterogeneidade da cobertura populacional regional notada por meio dos diferentes valores de cobertura

alcançados pelos programas do Norte e Nordeste do país quando comparados aos programas do Sul e Sudeste.

Em 2006, o governo federal realizou oficina junto aos estados e municípios, voltada para coordenações estaduais e gestores municipais do PNTN, na qual foram apontadas dificuldades pelas diversas regiões do país. Durante essa oficina, observou-se que na região Nordeste foram apontadas algumas limitações, dentre elas: carência de recursos humanos, preenchimento incorreto na identificação, demora na entrega de resultados, Postos de Coleta insuficientes, baixa adesão na coleta da primeira semana e baixa cobertura do PNTN. Como proposta para melhoria do acesso, cobertura e coleta no tempo ideal, foi apontada a necessidade de capacitação e envolvimento dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), em decorrência de estes serem os responsáveis diretos pelas unidades de coleta inseridas na ESF. (BRASIL, 2006).

Outros estudos revelam que a baixa cobertura do programa também é uma realidade em outras regiões do país, principalmente em relação a coletas após o 7º dia de vida: no Mato Grosso, 63% das crianças realizaram a coleta no período entre oito e 30 dias, sendo este um dos motivos que levaram ao início tardio do tratamento dos casos detectados pelo serviço e, em Sergipe, a média de idades da criança no momento da coleta era de 12 dias. (STRANIERI *et al.*, 2009; RAMALHO *et al.*, 2004).

A triagem neonatal alcançou, em 2011, cerca de 83% de cobertura nacional. Cerca 2.371.383 crianças realizaram o teste do pezinho no país. Deste total, somente 62,01% (1.474.233) destas tiveram acesso aos serviços de saúde para coleta sanguínea no período ideal (até sete dias de nascido). (BRASIL, 2012b).

Essas informações revelam que apesar de todos os esforços direcionados na busca da melhoria do desempenho na TN no país, ainda ocorre uma baixa cobertura da coleta numa janela de tempo ideal a fim de possibilitar um diagnóstico precoce dessas doenças.

O acesso ao teste e o momento da coleta sofrem influência de uma variedade de fatores; em decorrência disso, é de suma importância o bom desempenho das unidades de coleta, por acolherem a primeira de uma cadeia de etapas que precisa ser bem articulada para que o programa alcance seus objetivos. Atualmente, no Brasil, as unidades de coleta encontram-se inseridas também na Estratégia Saúde da Família (ESF), como forma de ampliar o acesso ao teste, conferindo aos profissionais que atuam nessas equipes responsabilidades e compromisso com a TN em seus processos de trabalho. A participação da ESF na TN é uma realidade no cenário nacional, reforçada em 2005 com a Portaria Ministerial Nº1391, que traz responsabilidades para a atenção básica com a assistência aos pacientes com doenças

falciformes, um dos agravos detectados no Teste do Pezinho, e através do Informe da Atenção Básica nº 58 que atribui às unidades básicas de saúde a realização do teste do pezinho (KIKUCHI, 2007; BRASIL, 2010a).

O Estado do Ceará deu início à implantação do PNTN em seu território em 2001 através da Portaria SAS Nº 428, de 02 de outubro de 2001, a qual habilitava o estado na Fase I e cadastrava o Hospital Infantil Albert Sabin, como o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN). (BRASIL, 2001b). Somente nove anos depois, foi habilitado para a Fase II a partir da Portaria nº 319, de 06 de julho de 2010, o qual inclui as doenças falciformes e outras hemoglobinopatias (BRASIL, 2010b). Recentemente, o estado foi habilitado para a Fase III através da Portaria Nº 1.345, de 04 de dezembro de 2012. Esta conquista representa um avanço em decorrência da inclusão de mais uma doença congênita grave a ser triada, reduzindo os riscos à saúde das crianças cearenses. Significativo também para a Saúde Coletiva, por contribuir para redução da morbimortalidade por doenças congênitas no estado.

Existem Unidades de Coleta (UC) para Triagem Neonatal distribuídas em 100% dos municípios do Ceará. Em 2009, a cobertura de TN foi de 87,53% (FERNANDES, 2011), já, em 2011, foi de 82%. (CEARÁ, 2012).

Durante o processo de TN no estado, muitas barreiras foram encontradas: alta rotatividade de profissionais municipais; coletas inadequadas (rasgadas, mofadas, contaminadas) e insuficientes; atraso para coletar os exames acima de 07 dias de vida; atraso para enviar exames para o Laboratório Central (LACEN); dificuldades para acompanhamento mensal dos casos, dentre elas está o desconhecimento de sua importância pelos familiares, técnicos e gestores. (FERNANDES, 2011). Percebe-se que as dificuldades citadas referem-se a aspectos da estrutura e processo para que o PNTN aconteça nos municípios, sendo que uma parte significativa das dificuldades ocorre ainda no âmbito das ações desenvolvidas dentro das unidades de coleta.

No município de Sobral, localizado no estado do Ceará, os profissionais de saúde que atuam na área de Triagem Neonatal receberam treinamento no ano de 2001 antes de iniciarem suas atividades nas Unidades de Coleta no ano seguinte. Segundo informações da Secretaria da Saúde do município, a rede de coleta no município conta com 34 Unidades vinculadas a Estratégia Saúde da Família, cujas amostras são encaminhadas para o Laboratório Regional situado no próprio município para posterior envio para o LACEN, situado na capital do estado, onde serão realizadas as leituras das amostras. Na ocorrência de resultados alterados, é acionada a busca ativa para confirmação diagnóstica e início do

tratamento, o que envolve a participação das equipes da ESF do município, por serem as mesmas responsáveis diretas pelas coletas em seus territórios.

No ano de 2012, de acordo com dados colhidos no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) da Secretaria Municipal da Saúde, ocorreram 3.156 nascidos vivos no município de Sobral. No entanto, realizaram o teste do pezinho no mesmo ano 2.598 crianças, o que confere ao município uma cobertura da TN em 2012 de 82%. Esta cobertura contempla os testes realizados nas unidades coletoras pertencentes ao sistema público de saúde do município, de acordo com o Laboratório Regional, que é a unidade responsável pela captação das amostras dos testes colhidos nessas unidades. Confirmou-se, inclusive, a partir do levantamento desses dados, que 100% das amostras foram coletadas pelas equipes de saúde da família. Logo, a ESF no município de Sobral apresenta-se como um elemento fundamental no PNTN, visto que é responsável pelas atividades realizadas no processo inicial para a efetivação do programa no município (MENEZES *et al.*, 2013).

Foi realizada neste estudo, uma exploração de campo em alguns serviços públicos de saúde responsáveis pelo PNTN do município (Secretaria Municipal da Saúde e Laboratório Regional) na busca de conhecer relatórios referentes às atividades desenvolvidas nas unidades coletoras no sistema público de saúde do município. Nesta, foram encontrados alguns dados referentes ao total de coletas realizadas no município, distribuídos por unidade de coleta, porém não foram encontradas informações mais detalhadas a respeito, por exemplo, das coletas realizadas nos primeiros sete dias de vida, das coletas realizadas por busca ativa e nem do tempo gasto para transporte dessas amostras para o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) do estado. É de suma importância o monitoramento do desempenho do programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de cobertura da Triagem em termos de percentual de cobertura dos recém – nascidos; esse monitoramento para o MS é, inclusive, uma das atribuições dos municípios cadastrados no PNTN. (BRASIL, 2010b).

O Programa Nacional de Triagem Neonatal deve garantir uma cobertura universal, como citado anteriormente neste estudo, e, para garantir uma cobertura adequada do teste, depende de múltiplos fatores tais como: facilidade de acesso da população ao teste, estruturas físicas dos Postos de Coleta adequadas, profissionais capacitados (BOTLER, 2010), além de fornecimento contínuo dos insumos necessários e transporte das amostras em tempo hábil para os laboratórios onde serão analisados os testes.

É de suma importância o Programa Nacional de Triagem Neonatal para a detecção precoce de doenças congênitas, o que o torna um programa de grande relevância para a saúde

pública do país, estados e municípios, no entanto, existem barreiras a serem superadas relacionadas à estrutura e processos, identificadas ainda na etapa de coleta, que demandam de um esforço conjunto entre as esferas de governo, e traz para os profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família uma grande responsabilidade. O esforço e agilidade dessas equipes que atuam na coleta e busca ativa dos casos é de vital importância, visto que suas atividades têm relação direta para o bom desempenho de todo o programa.

Diante da realidade exposta, surgem os seguintes questionamentos: como as unidades de coleta inseridas nos centros de saúde da família estão desempenhando o PNTN? De que forma estão estruturadas essas Unidades de Coleta no município de Sobral-CE? Quais as rotinas de atendimento nessas Unidades de Coleta? Qual a cobertura da realização do teste do Pezinho no município? Em que período de vida da criança está sendo realizado o teste do pezinho nessas UC? Quais as dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam na organização dos serviços? Qual a percepção das mães das crianças triadas com relação ao serviço de TN?

Neste sentido, esta pesquisa teve como proposta avaliar o desempenho do Programa de Triagem Neonatal a partir das atividades desenvolvidas nas Unidades de Coleta da sede inseridas na Estratégia Saúde da Família com ênfase nos aspectos que afetam o acesso ao teste, o momento da coleta, o encaminhamento das amostras, cobertura dessa Triagem, avanços e desafios identificados pelos profissionais e gestores que atuam nestas UC, assim como a percepção dos responsáveis pelas crianças triadas no município de Sobral-CE quanto ao atendimento na TN. Vale ressaltar que, não foi identificado estudo anterior dessa natureza no município de Sobral-CE.

Avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006). A partir desta avaliação, será possível subsidiar a diversidade de atores envolvidos com informações úteis, além de propor soluções que contribuam na tomada de decisões para melhorias no desempenho dessa etapa do Programa. Para Sousa et al (2008), avaliar e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, assegurando a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, o grande desafio para os profissionais da área da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar o desempenho das Unidades de Coleta do Programa de Triagem Neonatal nos Centros de Saúde da Família da sede, no município de Sobral-CE.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a estrutura das Unidades de Coleta para a realização da triagem neonatal no município de Sobral-CE;

- Conhecer os limites e potencialidades relacionados ao Programa de Triagem Neonatal na visão dos profissionais e gestores;

- Averiguar os resultados obtidos nas unidades de coleta relacionadas à cobertura do teste, período de realização e tempo médio gasto no transporte das amostras ao serviço de referência;

- Investigar a percepção das mães das crianças submetidas ao teste do pezinho quanto ao atendimento nas Unidades de Coleta.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 A Triagem Neonatal no Brasil

3.1.1 Aspectos históricos

Os Programas de Triagem Neonatal iniciaram em diversos países na década de 60 e, no Brasil, a primeira tentativa ocorreu em 1976, na cidade de São Paulo, através da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), numa iniciativa pioneira na América Latina. Inicialmente, realizava-se somente o diagnóstico de Fenilcetonúria, porém a partir de 1980, incorporou-se a detecção precoce do Hipotireoidismo Congênito. Na década de 80, houve o amparo legal para a realização dos programas de Triagem Neonatal em poucos estados brasileiros como São Paulo (Lei Estadual n.º 3.914/1983) e Paraná (Lei Estadual n.º 867/1987), todavia com a Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) houve a tentativa inicial de formalização da obrigatoriedade dos testes em todo o território nacional: os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes públicos e particulares são obrigados a proceder a exames visando o diagnóstico e a terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientações aos pais. (BRASIL, 2002).

A TN foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 1992, através da Portaria GM/MS nº 22 de 15 de janeiro de 1992, que obrigava a realização do teste no recém-nascido vivo e incluía a avaliação para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito. O governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, com o intuito de regulamentar as ações de Saúde Pública em Triagem Neonatal, criou, no início do ano de 2001, uma comissão de assessoria técnica para avaliar as condições existentes no País. Essa comissão realizou um levantamento inicial que demonstrou uma cobertura populacional insuficiente e irregular, com grandes diferenças entre as diversas regiões do País. Diante dos dados levantados e com o objetivo de realizar um programa de qualidade que proporcionasse redução nos índices de morbimortalidade infantil em nosso País, foi instituído o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio da Portaria GM/MS nº 822/2001, no âmbito do SUS. (BRASIL, 2002).

Estabeleceu-se que o PNTN seria executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, por meio da criação de uma Rede Estadual de Triagem Neonatal, tendo como unidade central os Serviços de

Referência em Triagem Neonatal (SRTN), estes são os instrumentos ordenadores e orientadores de toda a rede local de triagem neonatal. São etapas do Programa Nacional de Triagem Neonatal: coleta das amostras em papel filtro na Rede: hospitais, Maternidades e/ou Postos de Saúde; Exames de triagem em Laboratórios dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) credenciados; Busca Ativa dos casos suspeitos para realização de exames confirmatórios; e Busca Ativa de pacientes para consulta de orientação/atendimento/acompanhamento em SRTN credenciados. Para tanto, a Triagem Neonatal encontra-se organizada em quatro fases, cujos estados cadastram-se de forma processual, segundo suas características regionais e condições de suprir a população com a atenção global a cada uma das condições rastreadas, e evoluem para a fase seguinte à medida que avançam na cobertura da TN e no seu nível de organização.

A meta é de se atingir a universalização da Fase IV em todos os estados até 2014, visando cobertura universal também dos nascidos vivos no país. (BRASIL, 2012b).

3.1.2 Aspecto conceitual e organizacional

O termo triagem, que se origina do vocábulo francês *triage*, significa seleção, separação de um grupo ou a escolha entre inúmeros elementos e define, em Saúde Pública, a ação primária dos programas de triagem, ou seja, a detecção – através de testes aplicados numa população – de um grupo de indivíduos com probabilidade elevada de apresentarem determinadas patologias. Ao aplicarmos a definição Triagem Neonatal (TN), estamos realizando esta metodologia de rastreamento especificamente na população com idade de zero a 30 dias de vida. (BRASIL, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde, para que um defeito metabólico seja considerado importante para um procedimento de triagem, certos critérios devem ser observados: não apresentar características clínicas precoces; ser um defeito de fácil detecção; permitir a realização de um teste de identificação com especificidade e sensibilidade altas (confiável); ter um programa logístico para acompanhamento dos casos detectados até o diagnóstico final; estar associado a uma doença cujos sintomas clínicos possam ser reduzidos ou eliminados através de tratamento; ter estabelecido um programa de acompanhamento clínico com disponibilização dos quesitos mínimos necessários ao sucesso do tratamento. (BRASIL, 2002).

Todos estes critérios geram a necessidade de planejamento adequado de um sistema com estrutura institucional que inclua profissionais capacitados de diversas categorias

profissionais, tanto para diagnóstico como para tratamento, além de uma superestrutura que propicie ampla articulação entre instituições envolvidas direta ou indiretamente em ações de TN. Nesse contexto, são necessários investimentos materiais, tecnológicos, de recursos humanos qualificados, de alta complexidade e elevados custos financeiros. O diálogo permanente entre a estrutura administrativa do Programa de Triagem Neonatal e a administração pública de saúde torna-se crítico para o bom desempenho de todo o conjunto. (BOTLER, 2010).

O PNTN publicou suas diretrizes no manual de normas técnicas e rotinas operacionais, nas quais estão descritos, de forma clara, os aspectos de estrutura e processo que constituem o programa brasileiro. Estas diretrizes servirão de base para avaliação que se pretende realizar neste estudo.

3.2 Programa Nacional de Triagem Neonatal

3.2.1 Estrutura e processo

A estrutura do PNTN está baseada no credenciamento de Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), de acordo com Brasil (2004), pelo menos um em cada estado brasileiro, com a responsabilidade de:

- Organizar a rede estadual de coleta vinculada a um laboratório específico de Triagem Neonatal, junto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- Utilizar um laboratório especializado em Triagem Neonatal;
- Implantar o ambulatório multidisciplinar para atendimento e seguimento dos pacientes triados;
- Estabelecer vínculo com a rede de assistência hospitalar complementar;
- Utilizar um sistema informatizado que gerencie todo o Programa e gere os relatórios que irão alimentar o Banco de Dados do PNTN.

O PNTN atribui **responsabilidades para os seus componentes**, como as Unidades de Coleta (UC), o laboratório e o SRTN. A seguir, serão detalhadas as responsabilidades para as **unidades de coleta** (BRASIL, 2004), que são o objeto deste estudo:

a) Da obtenção das amostras

Considerando que os partos podem ocorrer em circunstâncias diversas e em vários locais, a responsabilidade pela coleta poderá variar, dependendo do caso:

- Nascimento em Instituições: o Hospital é responsável pela coleta da amostra, assim como pela orientação aos pais. No caso de haver impedimento, o Hospital é responsável pela orientação de encaminhamento para um Posto de Saúde.

- Nascimento Domiciliar: o profissional de saúde que tenha assistido ao parto deverá orientar os pais a levarem a criança ao Posto de Coleta mais próximo no prazo adequado. Na ausência de um profissional, a responsabilidade é dos pais da criança.

- Orientação às Gestantes: os estabelecimentos de atenção à saúde de gestante são obrigados a prestar orientação aos pais.

- Segunda Coleta: no caso de uma segunda amostra ser requisitada para confirmação diagnóstica, fica o serviço de atenção à saúde responsável pela orientação, esta deve ser comunicada verbalmente e por escrito.

- Recusa na Coleta: se os pais ou responsáveis se recusarem a permitir que a coleta seja realizada, o serviço de atenção à saúde deve orientar sobre os riscos da não realização do exame, verbalmente e por escrito. O fato deve ser então documentado e a recusa assinada pelos pais ou responsáveis.

b) Do posto de coleta

O profissional designado como responsável pela coleta em cada Posto é a pessoa que será acionada pelo SRTN toda vez que o contato com a família se fizer necessário. Geralmente, é um profissional de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem), cuja atividade é regulamentada por legislação específica e, no Posto de Coleta, tem a responsabilidade de:

- Orientar os pais da criança a respeito do procedimento que irá ser executado, assim como a finalidade do teste;

- Fazer a coleta e/ou orientar a equipe de coleta;

- Manter registro da realização da coleta e orientação para retirada dos resultados;

- Manter registro da orientação dada aos pais para levar a criança num posto de coleta da rede, no caso da impossibilidade de realização da coleta (alta precoce) no Hospital/Maternidade;

- Administrar o armazenamento e estoques de papel filtro, assim como solicitação de reposição de material;

- Administrar as remessas de amostras colhidas ao Laboratório ao qual esteja vinculado, assim como o recebimento de resultados (Controle de remessas enviadas/recebidas);
- Manter registro das ações de busca ativa dos reconvocados: localizar as crianças reconvocadas cujo material tenha sido devolvido por estar inadequado, por solicitação de nova coleta de repetição de exame ou para agendamento de consulta no SRTN;
- Administrar e manter registro da entrega de resultados normais ou alterados às famílias;
- Garantir a documentação e registro das informações solicitadas na Portaria GM/MS n.º 822;
- Arquivar os comprovantes de coleta e entrega de resultados.

c) Das atividades no posto de coleta

- **Coleta do material:** a coleta deve ser realizada em unidade de saúde com infraestrutura adequada. A sala de coleta deve ser um local aconchegante e tranquilo, adequado à finalidade. O profissional designado como responsável pela coleta em cada posto geralmente é um profissional de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem). As coletas de sangue devem ser realizadas por punção de calcanhar, com lancetas específicas. Como algumas doenças detectadas são de natureza metabólica, há necessidade de o recém-nato (RN) entrar em contato com o metabólito a ser analisado por tempo suficiente para demonstrar o seu acúmulo na circulação, por isso, não é recomendado realizar a coleta nas primeiras 48 horas de vida do recém-nascido. O sangue colhido deve ser pingado em cartões de papel-filtro fornecidos pelo laboratório que irá proceder à realização da análise, uma vez que o laboratório controla cada lote de remessa de papel filtro. Os cartões de papel-filtro devem estar devidamente identificados, ser adequadamente secos em temperatura ambiente antes do envio para o laboratório. Terminada a coleta e a verificação imediata, as amostras devem ser colocadas numa prateleira ou qualquer outro dispositivo que permita que estas possam secar de forma adequada.

Esta etapa é importante e deve ser realizada por profissionais regularmente treinados para que esta seja feita no momento e de forma adequada, evitando amostras insatisfatórias. Algumas situações especiais exigem atenção para o momento adequado da coleta como forma de evitar falsos positivos ou negativos: prematuridade, internações, transfusão ou estado crítico. Cada Posto de Coleta deve manter registro de suas atividades em livro de registro próprio.

- **Armazenamento das amostras depois de secas:** As amostras podem ser recolhidas apenas quando estiverem completamente secas. Se estas não forem enviadas ao laboratório logo após a secagem completa, podem ser empilhadas para serem armazenadas e, neste caso, a preservação em geladeira é recomendada, principalmente em cidades onde a temperatura ambiente é elevada. Nesse caso, vários cuidados adicionais devem ser considerados para que a amostra não se torne inadequada mesmo que a coleta tenha sido perfeita.

O responsável técnico pelo Posto de Coleta deve manter atualizado: o Registro de Amostras Novas, o Registro de Amostras Reconvocadas, assim como os Indicadores de Gerenciamento.

- **Transporte das amostras de sangue:** Antes do envio das amostras, é necessário que o responsável pela UC verifique com o Laboratório ao qual está vinculada, a melhor forma de fazer o envio de amostras. Antes do envio da remessa, observar novamente as informações contidas no papel filtro, todos os campos devem estar preenchidos. É de responsabilidade da unidade de coleta que as amostras não fiquem retidas em sua unidade por um período superior a 5 (cinco) dias úteis. Elas podem se tornar velhas para serem analisadas. A periodicidade e a regularidade deste transporte representam questões críticas para o bom desempenho do programa. (BRASIL, 2001a).

- **Na entrega dos resultados:** O momento da entrega de resultados é um momento de ansiedade para a família, devendo ser cuidado com a devida atenção.

- Resultados normais

Se o resultado da criança estiver normal, deve ser informado claramente que os resultados estão normais e pedir ao responsável para assinar o comprovante de entrega de resultados.

Mesmo estando normais, os resultados deverão ser entregues às famílias, com a maior brevidade possível, assim que o Posto de Coleta recebê-los do Laboratório Especializado.

- Resultados alterados

Neste caso, não se deve esperar a família vir buscar o resultado e realizar imediatamente a busca ativa dos casos suspeitos. Esse contato com a família deve ser feito assim que o laboratório enviar os resultados. É importante deixar claro para o responsável que foi encontrada uma alteração e que esta precisa de um novo exame de confirmação. Para isso, a criança deverá comparecer ao local para uma nova coleta. É fundamental que cada Posto de Coleta tenha atenção especial à Busca Ativa dos Casos Reconvocados, pois entre eles serão

encontrados os casos positivos que necessitam orientação e atendimento urgentes, para poderem se beneficiar do Programa Nacional de Triagem Neonatal, que tem como finalidade a detecção e tratamento precoce das patologias triadas.

São de fundamental importância, para o bom desempenho do programa, o esforço e a agilidade das equipes das Unidades de Coleta. Quaisquer barreiras que possam existir na estrutura e processo nessas unidades poderão não permitir o alcance dos objetivos propostos pelo programa.

3.2.2 O papel da estratégia saúde da família no PNTN

A Atenção Básica caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2007). Esta é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, também é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012a).

Todos esses princípios propuseram processos de trabalho desenvolvidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) e estão diretamente relacionados com a inserção do PNTN nesse nível de atenção. A garantia do acesso, somada a construção de vínculo, são princípios primordiais para a prestação do cuidado de forma contínua, fazendo com se aproximem cada vez mais profissionais de saúde e usuários.

A inserção do PNTN na ESF é oportuna principalmente pela proximidade dessas unidades de saúde da família aos domicílios e pela construção do vínculo entre usuários e profissionais das equipes de saúde, permitindo que orientações sobre o teste do pezinho ocorram em todo o ciclo gravídico-puerperal, oportunizando a realização da coleta nos primeiros dias de vida da criança, seja na orientação aos cuidados na puericultura na unidade de saúde ou na visita puerperal. De acordo com o Ministério da Saúde, é uma das atribuições da Atenção Básica, na área de atenção à saúde da criança, a realização do teste do pezinho entre o 3º e o 7º dia de vida da criança. A equipe de saúde, perante resultados alterados, deve contatar o serviço de referência estadual de triagem neonatal, ocasião em que nova coleta será

provavelmente orientada, conforme cada situação. Recomenda-se aos profissionais, principalmente aos que realizam a coleta, a leitura complementar do Manual de Triagem Neonatal do MS, disponível no site do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2004).

A partir de 2005, com a Portaria Ministerial nº 1.391, a qual inclui o cuidado aos doentes falciformes nos vários níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), surge então um novo desafio: a atenção qualificada aos doentes falciformes na atenção básica, (KIKUCHI, 2007). Em decorrência disso, o compromisso da ESF com o PNTN passou a ir além da coleta do Teste do Pezinho (para esta e outras doenças), pois agora os profissionais dessas equipes assumem também o compromisso de fornecer orientação genética sobre a doença falciforme, comunicar o diagnóstico aos familiares mais diretos, como o pai, mãe e irmãos/irmãs e encaminhar os casos detectados para um serviço de referência, garantindo, assim, o acompanhamento pelos profissionais da Atenção Primária/Saúde da Família. O MS afirma ainda que os retornos ao serviço de referência devam ser definidos pelo próprio serviço que faz esse acompanhamento ou pelos profissionais da Atenção Primária sempre que estes acharem adequado. (BRASIL, 2010a). Logo, percebe-se que o cuidado prestado por esses profissionais deve permear todas as etapas que compõem o programa, fortalecendo a integralidade na atenção.

Todas essas mudanças trazem para os profissionais das equipes de saúde da família desafios, pois agora passam a garantir atenção a agravos, até então exclusivos da medicina especializada, e que exigem destes a capacitação técnica para oferecer os cuidados necessários às crianças e seus familiares.

Nas ações desenvolvidas nas unidades de coleta inseridas na ESF, os profissionais da enfermagem têm assumido a maior parte das responsabilidades, executando atividades desde a gerência até a assistência direta aos usuários. Estudos vêm destacando o papel da enfermagem na atenção básica em relação à importante função no Programa Nacional de Triagem Neonatal, por meio de orientação familiar, coleta precisa dos dados familiares, coleta do exame, acondicionamento adequado e envio seguro ao laboratório de referência. Exerce inclusive um importante papel no pré-natal, orientando as mulheres na compreensão das doenças detectadas por meio do "teste do pezinho" e sobre a importância do tratamento precoce em caso de resultado positivo para doença falciforme ou outras detectadas pelo teste. (KIKUCHI, 2007; GOLDEBEK, 2006).

Através de atividades de orientação familiar, os profissionais que atuam diretamente em todo o ciclo gravídico-puerperal nas equipes de saúde da família podem estar transmitindo informações em relação ao PNTN como programa que assegura não somente o

diagnóstico de algumas doenças congênitas graves, como também possibilita o tratamento e acompanhamento dos casos detectados, considerando ainda a importância da coleta no período adequado. Assegurar essas informações a clientela, seria garantir um dos princípios básicos da atenção básica que é a acessibilidade, mas especificamente, a acessibilidade cultural.

O envolvimento de outros profissionais da ESF, na orientação de pais e portadores das doenças inseridas no PNTN, é sugerido por Domingos (2010), quando destaca a atuação do agente comunitário, na perspectiva de que esses profissionais deveriam ter garantido formação profissional e educação continuada adequadas para a ação nos casos identificados. Essas ações permitem uma melhor abordagem às famílias portadoras e reforçam um dos princípios do Programa Nacional de Triagem Neonatal no Brasil, que é a constante capacitação profissional como parte do processo educacional respeitando as diferenças regionais e socioculturais de nosso país.

De acordo o Ministério da Saúde, percebe-se também, pelos próprios envolvidos na coordenação e execução da triagem neonatal nos estados, a necessidade de processos mais ampliados de capacitação, que vai além dos processos de coleta, envolvendo, inclusive, os gestores municipais. (NÚCLEO..., 2013).

No âmbito de controle da doença falciforme, as evidências apontam que as ações desenvolvidas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família têm repercutido na melhoria de diversos indicadores de saúde, em especial, no aumento da expectativa de vida para as pessoas com doença falciforme e na redução da mortalidade na primeira infância, cuja taxa chega a 80% quando não cuidadas e, quando acompanhadas, essas taxas podem ser reduzidas em torno de 1,8%. (BRASIL, 2010a).

No que diz respeito à contribuição da ESF para o alcance da cobertura ideal, em estudo realizado em municípios do Recôncavo Baiano, foi possível observar que somente foi atingida a cobertura na coleta de 100% no PNTN, no município que havia uma cobertura satisfatória do Programa Saúde da Família (SILVA *et al.*, 2006).

Pode-se concluir que o papel da ESF no Programa Nacional de Triagem Neonatal vem reafirmando-se como significativo através do grau de comprometimento das equipes de saúde da família em todo o processo, desde a sensibilização da importância do teste e coleta em tempo oportuno até o acompanhamento dos casos em tratamento e apoio às famílias.

3.3 Avaliação de Programas de Saúde

Neste item, serão abordados conceitos importantes da avaliação de programas que foram utilizados como referência para este estudo.

A avaliação representa uma atividade bastante antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade. (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Já o conceito de avaliação de programas públicos surge no cenário mundial logo após a Segunda Grande Guerra, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. Para essa finalidade, foram desenvolvidos inúmeros métodos a fim de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas. No Brasil, a pesquisa de avaliação de políticas começa a se desenvolver apenas a partir da década de 80. (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A avaliação de políticas, programas ou projetos pode dar-se em todos os níveis do sistema de saúde. Elas podem incluir tanto a análise sobre a natureza do Estado e do poder político envolvido na sua formulação quanto o estudo de programas relacionados com a sua operacionalização. Os programas correspondem a um grau de organização das práticas, no qual há definição de objetivos, atividades e recursos para a resolução de problemas definidos de saúde. (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Considerando a diversidade de conceitos de avaliação de programas de saúde foi adotado o de Contandriopoulos (2006), que diz avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (**avaliação normativa**) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (**pesquisa avaliativa**).

A pesquisa avaliativa permite examinar, por um procedimento científico, as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção. Entende-se por intervenção como sendo um conjunto dos meios organizados em um contexto específico, para produzir bens ou serviços com o objetivo de mudar uma situação problemática, seja ela: uma técnica, um tratamento, uma prática, uma organização, um programa ou uma política. (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

O uso de mecanismos de avaliação pode ser considerado como um componente das práticas presentes em diversos campos do espaço social. O significado da avaliação em programas sociais se relaciona ao processo de determinação do esforço, mérito ou valor de algo ou do produto desse processo (HARTZ; SILVA, 2005).

Logo, este estudo é de natureza avaliativa, no qual foi avaliado um dos componentes do Programa de Triagem Neonatal, utilizando, para isso, a abordagem baseada na tríade sugerida por Donabedian (2003): estrutura-processo-resultado.

Nesta, a **estrutura** serve para designar as condições em que os cuidados são prestados. Estes incluem: recursos materiais, humanos e organizacionais (organização das equipes, tipo de supervisão e avaliação de desempenho do cuidado e assim por diante). É geralmente aceito que a estrutura, ou seja, a forma como o sistema de saúde está configurado, tem uma influência importante sobre a forma como as pessoas se comportam nesse sistema e, conseqüentemente, sobre a qualidade do atendimento oferecido e apreciado. Em alguns aspectos, estrutura poderia ser o principal determinante da qualidade dos cuidados que o sistema, em média, é capaz de oferecer. (DONABEDIAN, 2003).

No tocante ao **processo**, este é entendido como as atividades que constituímos cuidados de saúde; está relacionado a tudo aquilo que intermedia a relação profissional-usuário; que os processos estão mais diretamente relacionados com os resultados do que com as características da estrutura. Por isso, eles são mais capazes de identificar pequenas variações na qualidade. Uma vantagem é que os processos de atendimento são os que poderiam ser chamados de "contemporâneos", que estão a ter lugar no agora e podem oferecer de forma atual indicações de qualidade. Além disso, essa informação é facilmente obtida, por exemplo, a partir dos registros, questionamento do paciente ou por observações diretas, fazendo com que o cuidado seja supervisionado. (DONABEDIAN, 2003).

E, por fim, os **resultados** estão relacionados tanto ao produto das ações quanto à modificação no estado de saúde de indivíduos e da população. Ele deve ser: relevante para o objetivo do cuidado; alcançado por um bom atendimento, isto significa que os métodos utilizados devem estar disponíveis e sob o controle do sistema de cuidados de saúde; se bom ou ruim, o resultado deve ser atribuído primeiro ao processo dos cuidados e, em seguida, a contribuição do médico ou outra pessoa, cujo desempenho está sendo avaliado. (DONABEDIAN, 2003).

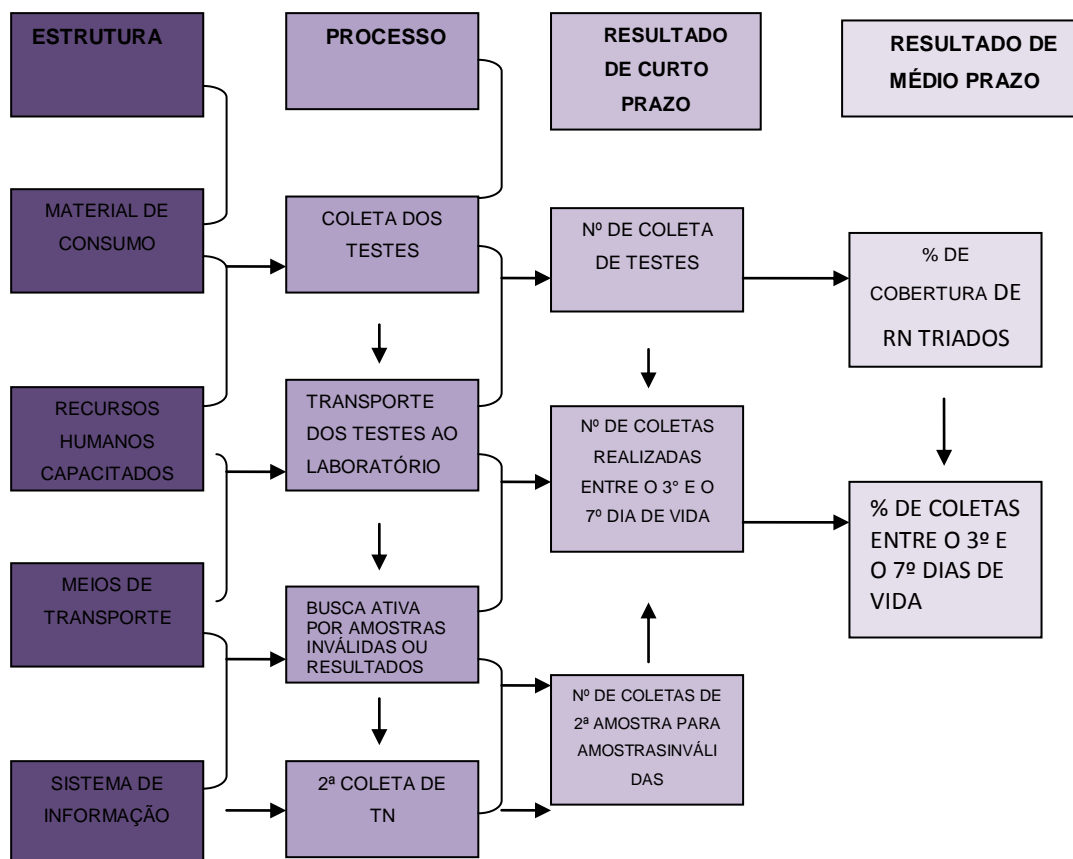
Com relação a este estudo, o resultado deve ser atribuído primeiro ao processo de trabalho nas unidades de coleta e, em seguida, ao desempenho do programa de triagem neonatal nas unidades de coleta avaliadas.

É importante que na avaliação todos os elementos a serem estudados estejam bem detalhados, podendo estar ou não diretamente relacionados entre si. Donabedian (2003) afirma que as relações entre pares adjacentes no modelo estrutura-processo-resultado não são

certezas. Ao contrário, eles são probabilidades. Estes podem ser grandes ou pequenos, e podem ser bem estabelecidos por evidência científica ou, na maioria dos casos, presumidos.

Uma forma de representação de um programa incluindo seus elementos constituintes e os resultados esperados é a utilização de um modelo lógico. No caso do Programa de Triagem Neonatal (PTN), há um modelo que foi adaptado (BOTLER, 2010), como está apresentado na Figura 1, a seguir:

Figura 1 - Modelo Lógico de um Programa de Triagem Neonatal: Unidades de Coleta



Fonte: Adaptado Botler (2010).

Neste estudo, os aspectos relacionados a estrutura-processo-resultados foram selecionados a partir do modelo lógico do PTN (Figura 1) utilizado pelo mesmo autor, no qual:

- A **estrutura** envolve: material de consumo, recursos humanos capacitados, meios de transporte (correio postal, portador), sistema informatizado.
- O **processo** inclui: coleta dos testes, transporte destes até os SRTN, busca ativa e segunda coleta.

- Os resultados são decompostos em **resultados de curto, médio e longo prazo**. Entre os **resultados de curto prazo** estão: nº de coletas de testes, nº de coletas realizadas entre o 3º e o 7º dia de vida, nº de coleta de 2ª amostra para amostras inválidas; os **resultados de médio prazo**: % de cobertura de RN triados e % de coletas entre o 3º e o 7º dias de vida e os **resultados de longo prazo** se referem à redução na incidência de sequelas neurológicas, melhora no desenvolvimento neuromotor, melhora no desempenho escolar, inclusão social dos casos afetados, inserção dos indivíduos na cadeia produtiva, redução no custo com hospitalizações, redução no custo de manutenção de indivíduos incapacitados. Os aspectos referentes aos resultados de longo prazo não foram observados neste estudo.

3.3.1 Avaliação de desempenho de programas

Embora haja discordância conceitual, desempenho é definido como o grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde. A construção metodológica da avaliação de desempenho dependerá, portanto, da clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos sistemas de saúde que se quer avaliar que, por sua vez, vão embasar a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação de desempenho. (VIACAVA *et al.*, 2004).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) defende que como as definições e os objetivos dos sistemas de saúde variam entre países, a avaliação de desempenho não deve ser um fim em si mesma e nem ser encaminhada como um exercício puramente acadêmico, mas deve voltar-se para orientar o desenvolvimento de políticas, estratégias e programas de saúde, além de estar centrada na avaliação quantitativa e qualitativa do grau de realização dos seus objetivos. (VIACAVA *et al.*, 2004).

De maneira geral, os sistemas de avaliação que vêm sendo implementados por alguns países têm como características comuns: a) a definição de quadros de referência (objetivos e metas) e distintas dimensões de desempenho (sobretudo, em relação à qualidade e eficiência); b) a preocupação com a facilidade de operacionalização dos conceitos enquanto as organizações internacionais, como OMS e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), se preocupam mais com definições em nível macro; c) dar maior ênfase às dimensões de estrutura e processo como *Proxy* de resultados; d) não inclusão de medidas mais gerais de eficiência. (VIACAVA *et al.*, 2004).

A avaliação de desempenho pode levar à compreensão de como o sistema de produção funciona e como ele pode melhorar. Esse tipo de pesquisa avaliativa que deve se apoiar em um conhecimento subjacente. A seleção de indicadores deve ser cuidadosa,

exaustiva e baseada na literatura. A coleta de dados deve ser feita de forma sistemática. Os relatórios devem ser detalhados, com achados teóricos e empíricos. (BOTLER, 2010).

As dimensões analisadas nesta avaliação foram **cobertura, acessibilidade, acesso** e, em certo grau, a **efetividade**.

A avaliação de **cobertura** mede a proporção da população que se beneficia do programa. Quando se mede os recursos materiais e humanos disponíveis para a realização de determinada ação, se avalia a **cobertura potencial**. Por outro lado, ao se medir a proporção da população que efetivamente se beneficiou daquela intervenção, trata-se da **cobertura real**. (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). No caso do PTN, a cobertura é calculada tendo como numerador o total de recém natos submetidos ao teste e, como denominador, o total de nascidos vivos em uma determinada área geográfica. (BOTLER, 2010).

A **acessibilidade** tem sido definida como uma relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde. Os recursos de poder podem ser de natureza econômica, social e cultural. Já os obstáculos podem ser geográficos (distância, transporte), organizacionais (existência de filas, tempo de espera injustificável, natureza do acolhimento) e econômicos. (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Neste estudo, na acessibilidade, será considerada: disponibilidade da coleta nas unidades (frequência na semana, turnos e horários) disponibilização de informações sobre a TN para a população, dentre outros.

O **acesso** é um termo que incorpora noções de utilização efetiva dos serviços. Foi considerado neste estudo: a garantia do serviço na primeira procura do usuário. A **efetividade** é entendida como o efeito de uma intervenção em sistemas operacionais (da vida real). (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). A efetividade, no caso do PTN, tem a ver com as medidas de tempo com que as etapas são realizadas, as taxas de reconvocações por amostras inválidas, as proporções de comparecimentos às reconvocações por amostras inválidas ou resultados alterados, idade no diagnóstico e início do tratamento nos casos afetados, e total de casos detectados para cada doença. (BOTLER, 2010). Neste estudo, a efetividade foi avaliada a partir da medida da idade da criança no momento do teste.

Esta pesquisa buscou fazer uma avaliação de desempenho referente às atividades realizadas nas Unidades de Coleta do PNTN de Sobral. Para tal, foram avaliados estrutura e processo e, posteriormente, realizou-se análise explicativa dos resultados encontrados.

3.3.2 Avaliação em programas de triagem neonatal

Historicamente, na TN os laboratórios têm sido o principal alvo de atividades de controle de qualidade através de mecanismos como a acreditação laboratorial. Os instrumentos para avaliação mais básica da qualidade do laboratório têm sido os que garantem a qualidade dos resultados dos testes. (BOTLER, 2010).

Desde a sua criação, na década de 60, os PTN se disseminaram pelos Estados Unidos como unidades estaduais, de forma independente, sem uma política nacional. O resultado foi uma variedade de diferentes infraestruturas administrativas e de exigências sobre os serviços de triagem, de confirmação diagnóstica, de busca ativa, nas condutas médicas e atividades correlatas. Na década de 80, a preocupação com a avaliação dos PTN, nos Estados Unidos, evoluiu de um foco exclusivamente laboratorial para um contexto bastante mais abrangente, incluindo os demais aspectos que fazem parte destes sistemas, envolvendo uma gama muito maior de profissionais de outras atividades externas ao laboratório. (THERRELL *et al.*, 2006 *apud* BOTLER, 2010).

A necessidade de uma avaliação mais ampla, englobando toda estrutura e processo da TN, levou à elaboração do instrumento para avaliação dos PTN denominado como *Performance Evaluation and Assessment Scheme* (PEAS). Esta ferramenta foi construída por grupos de trabalhos que incluíam representantes de defesa dos direitos dos usuários da TN, maternidades, organizações comunitárias, PTN e agências federais do governo norte - americano. Não há outros tipos de instrumentos disponíveis para este tipo de aplicação, sendo que já foi aplicado nos Estados Unidos, Filipinas e Irã. Trata-se de um *checklist*, organizado em quatro módulos: Considerações Gerais, Pré-Analítico, Analítico e Pós-Analítico. O primeiro módulo se destinava à avaliação de questões ligadas aos aspectos da coordenação geral do programa, o segundo abordava questões relativas à coleta e transporte das amostras ao laboratório, o terceiro se referia às questões específicas do laboratório e a quarta se referia à busca ativa, tratamento e acompanhamento dos casos detectados em longo prazo. (BOTLER, 2010). A consistência interna dos itens do questionário foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach.

Neste estudo, foi utilizada a versão adaptada do PEAS por Botler (2010), considerando apenas o módulo “Coleta, Transporte de amostras e Busca Ativa”, por de definir pertinente neste estudo. Foram suprimidas algumas questões que não se enquadravam ao PTN do município e outras questões foram inseridas por serem necessárias na complementação da avaliação de desempenho proposta neste estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo e Abordagem

Tratou-se de um estudo avaliativo. Segundo Contandriopoulos *et al.* (1997), o estudo avaliativo é o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Decidiu-se utilizar as abordagens quantitativas e qualitativas a fim de captar os aspectos objetivos e subjetivos da avaliação.

Para Lakatos e Marconi (2006), a pesquisa quantitativa utiliza-se da objetividade, sistematização e quantificação dos conceitos, usando dados numéricos obtidos na investigação que serão apresentados em quadros, tabelas e medidas. Vale-se de modelos estatísticos para explicar os dados obtidos. O uso de métodos quantitativos se justifica quando se tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. (MINAYO, 2010).

No entanto, a abordagem qualitativa determina uma aproximação fundamental entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza, possibilitando o resgate dos motivos, das intenções, dos projetos dos atores, a partir dos quais, as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (MINAYO, 2010). Atualmente, os serviços de saúde são estruturas mais complexas, em que as diversas especialidades que atuam na área procuram interagir e o campo das ciências sociais e políticas ganha sua importância na garantia da subjetividade do processo avaliativo. (BOSI; MERCADO, 2004).

Estudos vêm evidenciando que a complexidade do campo da pesquisa avaliativa muitas vezes torna necessário o uso de mais de uma abordagem metodológica. A variedade crescente de perspectivas metodológicas que está conquistando legitimidade na avaliação de programas não aumenta apenas a variedade das formas de conceber e realizar avaliações mas também enriquece a perspectiva de um campo ainda jovem demais para optar por um único paradigma ideal de avaliação. Dessa forma, atualmente, é consenso entre a maioria dos estudiosos da avaliação que o uso de métodos quantitativos e qualitativos em um mesmo estudo avaliativo pode torná-lo mais consistente. (WORNTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004; SAMICO *et al.*, 2010).

As combinações das abordagens qualitativas e quantitativas promovem uma construção da realidade de forma mais completa e elaborada. (MINAYO, 2010). Logo, neste estudo, as duas abordagens contribuíram com seu valor e assumiram entre si uma relação de complementaridade.

4.2 Local e Período do Estudo

O presente estudo desenvolveu-se nas 16 unidades de coleta da TN inseridas nos Centros de Saúde da Família da sede no município de Sobral-CE, no segundo semestre de 2013.

Para tanto, ocorreu em três etapas. Na primeira etapa, o estudo foi desenvolvido na Secretaria Municipal da Saúde, mais especificamente, na Coordenação de Vigilância Epidemiológica e também no Laboratório Regional, situados no município de Sobral-CE. Nestes locais foram extraídos os dados necessários para cálculo de alguns indicadores. Numa segunda etapa, o estudo ocorreu nas Unidades de Coleta e, na fase seguinte, foi realizado no domicílio dos usuários da TN selecionados previamente.

O município de Sobral está localizado na região Norte do Estado do Ceará, configurando-se como sede do polo da macrorregião Norte do estado. Está localizado a noroeste do estado, a 240km da capital, Fortaleza, possuindo uma população de 188.233 habitantes segundo IBGE (2010), subdivididos na sede (compostas por bairros) e em distritos.

As atividades nas Unidades de Coleta para TN tiveram início em 2002. Atualmente, são 34 UC, 16 na sede e 18 nos distritos, vinculadas aos Centros de Saúde da Família, que garantem a coleta do teste do pezinho no município.

De acordo com dados colhidos junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referente ao mês de março/2013, o município de Sobral tem uma população geral de 172.362, sendo que correspondem a população urbana um total de 167.821(78%) e rural de 46.541 (22%) habitantes. Logo, a seleção das 16 unidades de coleta da zona urbana, justificou-se em decorrência de que além de prestarem cuidados a uma maioria populacional, foram responsáveis 75% da cobertura dos testes realizados no município no ano de 2012.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

No município de Sobral, cada Unidade de Coleta para TN é gerenciada por um profissional enfermeiro, denominado “gerente de unidade”, enquanto que os procedimentos

na sala de coleta ficam sob responsabilidade de um profissional de enfermagem de nível médio.

Logo, os sujeitos da pesquisa corresponderam a 16 profissionais de saúde que atuam diretamente na coleta dos exames, oito representantes da gestão dessas unidades (quatro gerentes que atuaram na TN no ano em estudo e quatro coordenadores das macroáreas, nas quais as unidades de coleta participantes estavam inseridas) e 16 mães de crianças que realizaram o teste do pezinho, no ano de 2012, nessas unidades.

Os profissionais de saúde que estão na assistência direta à coleta do teste foram indicados pela gerente da unidade para serem convidados a participar no estudo. Quanto à seleção das mães, ocorreu aleatoriamente por meio de sorteio, considerando o registro das crianças que realizaram teste do pezinho no ano de 2012. Em duas unidades, a seleção das mães foi através dos exames realizados em 2012, em decorrência da falta de informações no cadastro realizado por essas unidades no momento do teste. Como critério de inclusão das mães, foram utilizados os seus acompanhamentos de pré-natal que ocorreram na mesma unidade de saúde em que foi realizada a coleta do Teste do Pezinho do seu filho. Neste estudo, não se teve a pretensão de obter uma saturação das informações dos participantes, mas sim, buscar uma ampla variabilidade de informações, logo, foi garantido representações de todas as unidades de coleta inseridas no estudo, perfazendo o total de 16 mães.

O anonimato dos participantes foi preservado e a participação no estudo ocorreu mediante o esclarecimento e assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXOS A e B).

4.4 Procedimentos e Instrumentos para a Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada após autorização da Comissão Científica da Secretaria de Saúde e Ação Social do município e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) sob o parecer nº 352.808.

1ª Etapa: Levantamento dos dados epidemiológicos da pesquisa e seleção da amostra

Nesta primeira etapa, foi realizada visita à Secretaria da Saúde, assim como ao Laboratório Regional do município de Sobral. Na Secretaria de Saúde, ocorreu uma busca por dados secundários obtidos no banco do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Este sistema constitui uma base de dados gerada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para arquivar informações importantes dos nascidos vivos. Os dados obtidos

foram utilizados para o cálculo de cobertura do teste do pezinho por unidade. Apenas em uma unidade de coleta não foi possível identificar o nº de nascidos vivos em decorrência da mesma em 2012 ainda não estar cadastrada no SINASC, logo não foi possível o cálculo da cobertura real desta unidade. No Laboratório Regional, foram obtidas as informações com relação ao nº de coletas realizadas e à idade das crianças no momento da coleta.

2ª Etapa: Avaliação da Estrutura e Processos nas Unidades de Coleta

A coleta de dados nesta etapa aconteceu a partir de visitas às UC no município de Sobral, quando foram avaliados a estrutura e o processo para realização da Triagem Neonatal. Foram utilizadas as técnicas de observação direta para verificação dos aspectos da planta física e aplicação de questionário e entrevistas com profissionais de saúde que atuam no cadastro/coleta e coordenação de cada Centro de Saúde da Família (CSF).

Na aplicação do questionário, foi usado o modelo específico para avaliação de estrutura-processo-resultado das unidades de coleta do PTN adaptado por Botler (2010) (APÊNDICE A). O questionário corresponde a um *checklist*, em que os elementos considerados estão relacionados à estrutura, processos e resultados.

As entrevistas foram gravadas e aplicadas com os Técnicos de Enfermagem que atuam nas salas de coleta (APÊNDICE B) e os questionários com os gerentes das UC e coordenadores de macroárea (APÊNDICE C) objetivando complementar as informações relacionadas aos processos. Uma vez que os elementos do processo e suas inter-relações são compreendidos, pode-se anexar juízos de valor a eles em termos de suas contribuições para o alcance das metas intermediárias e final. (DONABEDIAN, 2003).

3ª Etapa: Avaliação da percepção das mães das crianças submetidas ao teste do pezinho quanto ao atendimento nas Unidades de Coleta

Nesta etapa, foi realizada a gravação das entrevistas com as mães das crianças triadas nas Unidades de Coleta inclusas na amostra. O instrumento de coleta aplicado foi um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE D).

De acordo com Donabedian (2003), um dos itens que devem estar inclusos na avaliação dos resultados deve ser a satisfação dos pacientes e seus membros familiares com o atendimento recebido. Vieira da Silva (2005) compartilha dessa mesma opinião afirmando que características relacionais entre os agentes das ações (percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação dos usuários, dentre outros) têm sido consideradas como relevantes para a avaliação.

A entrevista semiestruturada permite uma condução com uso de roteiro, mas com liberdade para serem acrescentadas novas questões pelo entrevistador (MARTINS;

THEÓPHILO, 2009). As visitas aos domicílios das mães foram agendadas previamente com as agentes comunitárias de saúde que faziam a intermediação com as mesmas para a realização das entrevistas, considerando a disponibilidade de cada uma delas. Quando, por algum motivo, a sorteada não estava disponível, era sorteada outra mãe que atendesse ao critério de inclusão estabelecido nesta pesquisa.

Na etapa da coleta de dados, esta pesquisa contou com o apoio de três bolsistas acadêmicas do curso de Enfermagem desta instituição de ensino, previamente treinadas para o conhecimento do estudo, dos instrumentos de coleta e da técnica para aplicação dos mesmos.

Os princípios éticos fundamentais foram priorizados em todas as etapas da investigação. São eles:

- Beneficência: a partir dos resultados obtidos neste estudo, será possível subsidiar a diversidade de atores envolvidos com informações úteis visando melhorar o desempenho dessa etapa do programa.

- Não maleficência: por se tratar de uma pesquisa avaliativa, não há riscos de qualquer natureza previstos para os informantes ou o programa como um todo. Foi garantido o anonimato dos sujeitos.

- Autonomia: todos os sujeitos foram respeitados quanto à capacidade de decisão em participar do estudo.

- Justiça: todos os sujeitos foram tratados de forma justa, com respeito às diversidades.

4.5 Organização e Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram analisados com base nas premissas da estatística descritiva e inferencial. Para isso, foi utilizado o *software* SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20. A tabulação dos dados foi feita em planilha eletrônica, onde as UC foram agrupadas segundo os respectivos CSF que estavam inseridas (CSF 1, CSF 2 ...CSF 16). As perguntas de estrutura e processo foram separadas e analisadas em planilhas distintas, com as respostas agrupadas por CSF. Algumas questões contidas no questionário (APÊNDICE A) foram analisadas separadamente por serem consideradas descritivas e não passíveis de pontuação.

A soma das respostas que indicavam cenários desejáveis gerou um *score* máximo possível. As respostas de todas as UC foram totalizadas (**total de pontos obtidos**) em planilhas de estrutura e de processo. A fórmula utilizada para cálculo dos *scores* foi:

$$Score = \frac{Total\ de\ pontos\ obtidos}{Total\ de\ pontos\ esperados} \times 100\%$$

Nestas planilhas, as linhas continham os códigos de cada CSF, e os *scores* de estrutura e processo foram convertidos em colunas. Esses dados foram exportados para o banco de dados do SPSS para cálculo da média, mediana, variação, desvio padrão e correlação linear de Spearman.

As variáveis utilizadas para avaliação da dimensão estrutura foram: profissional exclusivo para triagem, capacitação para manuseio de material biológico, capacitação para triagem neonatal, profissional exclusivo para busca ativa, tempo de atuação do profissional no serviço, manual disponível no serviço, forma de registro de amostra, material educativo disponível, falta de material de coleta e transporte de amostra. Atribuiu-se uma pontuação para cada resposta com base nas orientações contidas no manual de normas técnicas e operacionais do programa nacional de triagem neonatal (BRASIL, 2004), sendo 15 pontos a pontuação máxima esperada para esta dimensão. A partir desta informação, foi possível a construção do *score* e possibilitou a classificação das UCs quanto ao seu desempenho em ótimo (90% a 100% do total de pontos); satisfatório (75% a 89,9%); precário (50% a 74,9%) ou insuficiente (49,9% e menos). (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

As variáveis utilizadas para avaliação da dimensão processo foram: disponibilidade de dias para TN, nº de turnos disponíveis para TN, tempo de tolerância para a realização do teste, conduta adotada para demanda fora da área de abrangência, registro da identificação do papel filtro e entrega dos resultados, informação aos pais, formulário padrão para recusa dos pais, prazo mínimo para coleta, prazo máximo para coleta, rotina para coleta no final de semana, monitoramento da qualidade da amostra, posição da secagem das amostras, tempo e forma de armazenamento e envio das amostras, procedimento de prevenção de troca de amostra, tempo para entrega de resultados, aprazamento da coleta em situações especiais, reconvocação para nova coleta, checagem dos dados do RN, arquivamento dos dados, checagem de cobertura da área. Atribuiu-se uma pontuação para cada resposta, com base nas orientações contidas no manual de normas técnicas e operacionais do programa nacional de triagem neonatal (BRASIL, 2004), sendo 44 pontos a pontuação máxima esperada para este critério. A partir desta informação, foi possível a construção do *score* e possibilitou a classificação das UCs quanto ao seu desempenho em ótimo (90% a 100% do total de pontos);

satisfatório (75% a 89,9%); precário (50% a 74,9%) ou insuficiente (49,9% e menos). (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Posteriormente, foi realizado o cruzamento entre estrutura e processo a fim de averiguar a ocorrência de correlação entre as variáveis.

As informações descritivas foram analisadas a partir do referencial de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011). O DSC é uma técnica de agrupamentos e categorização das falas sem triangulação ou modificação das mesmas e, em seguida, sua respectiva análise. Essa técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraindo-se de cada um desses depoimentos as Ideias centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões-chave. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011).

Trata-se de uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades, ela representa uma mudança significativa na qualidade, na eficiência e no alcance das pesquisas qualitativas porque vai permitir que se conheça, com a segurança dos procedimentos científicos, em detalhe e na sua forma natural, os pensamentos, representações, crenças e valores, de todo tipo e tamanho de coletividade, sobre todo tipo de tema que lhe diga respeito. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011).

Para análise do conteúdo das entrevistas, inicialmente todas as falas foram gravadas e organizadas em planilhas que continham os elementos a seguir para a construção do DSC, seguindo suas figuras metodológicas. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011). Após a definição dos elementos metodológicos com base na análise do conteúdo das entrevistas, foram definidos os Discursos do Sujeito Coletivo.

Abaixo, tem-se a descrição das figuras metodológicas utilizadas para construção do DSC neste estudo. É importante destacar que a cada pergunta realizada na entrevista é gerado uma nova análise em que os elementos metodológicos vão diferenciando-se também.

Questão: descrição da pergunta realizada ao entrevistado

Expressões-chave	Ideias centrais	Ancoragem
Transcrições literais do discurso, em que foram destacadas as expressões que revelam a essência do depoimento. Foi com a matéria-prima das expressões-chaves que foi possível identificar as ideias centrais, ancoragens e construção do DSC.	De cada conjunto de expressões-chave, foi possível identificar as ideias centrais que simbolizam o sentido de cada discurso analisado.	A ancoragem está relacionada às representações ideológicas identificadas a partir da leitura das expressões-chave.

Na apresentação dos discursos dos sujeitos participantes, a representação da fala recebeu um código alfanumérico para cada discurso: profissionais de saúde (DSC P1, DSC P2...), gestores (DSC G1, DSC G2...) e usuários (DSC U1, DSC U2...).

5 RESULTADOS

Na etapa de coleta de dados, as 16 unidades de coleta da sede selecionadas para compor a amostra aceitaram participar do estudo. Apenas em uma unidade de coleta (CSF7) não foi possível o cálculo da cobertura real por não apresentar os registros relacionados ao total de RN triados naquela área no ano em estudo.

Os resultados estão apresentados neste capítulo, procurando atender à análise quantitativa e qualitativa dos dados. Está organizado nos seguintes subcapítulos: Avaliação de Desempenho da Triagem Neonatal: estrutura, processo e resultados; e Percepção das Unidades de Coleta da TN: percepção de gestores, profissionais e usuários.

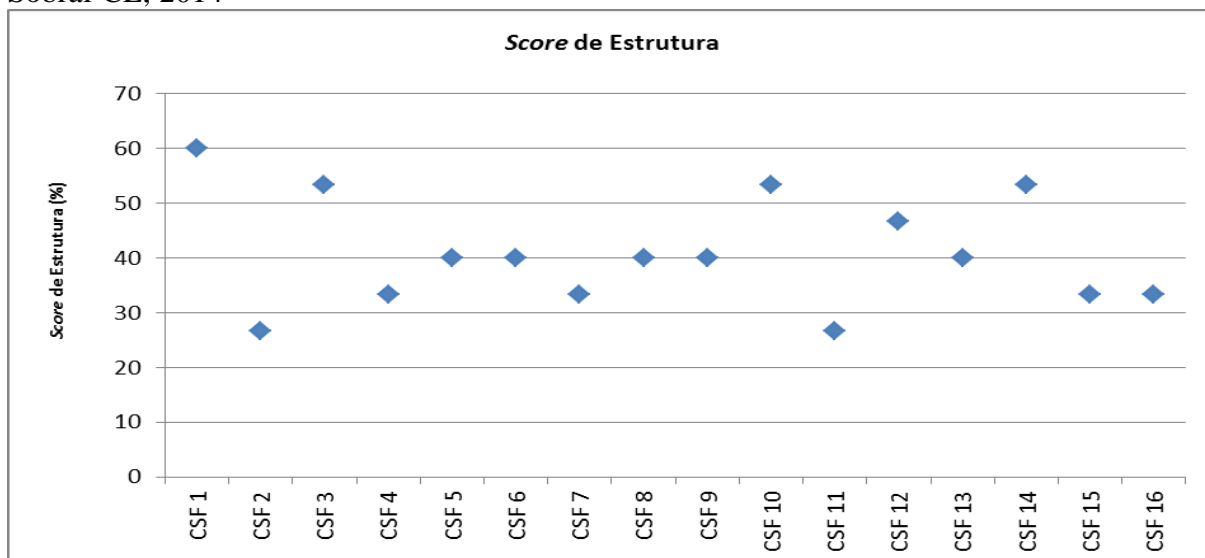
5.1 Avaliação de Desempenho da Triagem Neonatal: estrutura, processo e resultado das unidades de coleta

Os dados estão organizados nos seguintes tópicos: Estrutura, Processo e Resultados. Na avaliação de programas de saúde, é importante considerar estrutura-processo-resultado, porém as relações entre pares adjacentes nesse modelo não são certas. Ao contrário, eles são probabilidades. (DONABEDIAN, 2003).

5.1.1 Estrutura

A avaliação da estrutura está representada através do gráfico dos *scores* de estrutura por unidade de coleta (Figura 2) e proporção das respostas referentes à estrutura (Quadro 1).

Figura 2 - Distribuição do *Score* de Estrutura por Unidade de Coleta, Sobral - Sede, 2012. Sobral-CE, 2014



Fonte: Elaborada pela autora.

Analisando a representação gráfica da distribuição dos *scores* de estrutura por UC (Figura 2), é possível observar que essa distribuição não ocorreu de forma homogênea entre as unidades. A mediana global de desempenho em estrutura nas 16 UC foi de 40% (variação de 26,7 – 60%) e a média foi de 40,8%. Através dessa representação, evidenciou-se que 75% das unidades (CSF2, CSF4, CSF5, CSF6, CSF7, CSF8, CSF9, CSF11, CSF 12, CSF13, CSF15 e CSF 16) foram classificadas de precária estrutura para a triagem neonatal, sendo que as demais, ou seja, 4 (25%) foram classificadas com estrutura insuficiente (CSF1, CSF3, CSF10 e CSF14) para desenvolvimento das atividades. Portanto, nenhuma unidade avaliada foi classificada em ótima ou satisfatória na dimensão estrutura para o desenvolvimento da assistência na TN.

Após avaliação individual das unidades com relação à sua estrutura, optou-se em descrever um consolidado que demonstrasse de forma mais abrangente aspectos importantes referentes à estrutura da triagem neonatal na sede do município de Sobral (Quadro 1).

Nesse contexto, observou-se que quanto aos recursos humanos, 100% dos funcionários que trabalham na TN atuam há mais de 1 ano nesse serviço e desenvolvem regularmente outras funções além da Triagem Neonatal (Quadro 1). Identificou-se que apenas 5% dos profissionais que realizam a coleta têm algum treinamento prévio sobre manuseio de material e 3% receberam treinamento para atuar na TN (Quadro 1). Relacionado à categoria profissional, 100% dos profissionais que realizam a coleta do teste nas unidades são Técnicos de Enfermagem. No tocante à Busca Ativa, os Agentes Comunitários de Saúde foram citados

em 100% das respostas como responsável. Nos recursos materiais, 100% das UC não dispunham de material educativo, como manuais de orientação para coleta e busca ativa, cartazes informando sobre o momento ideal para coleta, material educativo para os pais ou responsáveis, cartazes ou *folders* com orientações sobre a coleta.

A maioria das UC (68,8%) informou já haver interrompido a coleta por falta de material nos últimos 12 meses (Quadro 1). Das onze unidades que relataram falta de material, seis (54,5%) referiram que o prazo para chegada de material foi de 15 dias ou mais.

No tocante ao cadastro, o livro de Ata era a principal forma de registro das coletas em apenas 11% das unidades (Quadro 1). As demais unidades utilizavam livros de protocolo ou planilhas de atendimento como fonte de registro dos dados dos testes. Foi identificado que 100% dos registros apresentavam informações incompletas e que não havia um padrão desses registros entre as unidades. O campo para informações sobre prematuridade, intercorrências nos período perinatal e transfusão sanguínea era inexistente em todos os cadastros.

Com relação ao meio de transporte, a forma de transporte regular das amostras era tipo entrega pessoal através do motoboy da Secretaria Municipal de Saúde disponibilizado nas unidades de coleta (81%) ou pelo transporte do Laboratório Regional (19%). No Quadro 1, é possível verificar que 100% das unidades de coleta dispõem de meio de transporte alternativo para as amostras no caso de interrupção do meio regular.

Quadro 1 - Consolidado de informações relativas à estrutura da UCs, Sobral-sede, 2012. Sobral-CE, 2014.

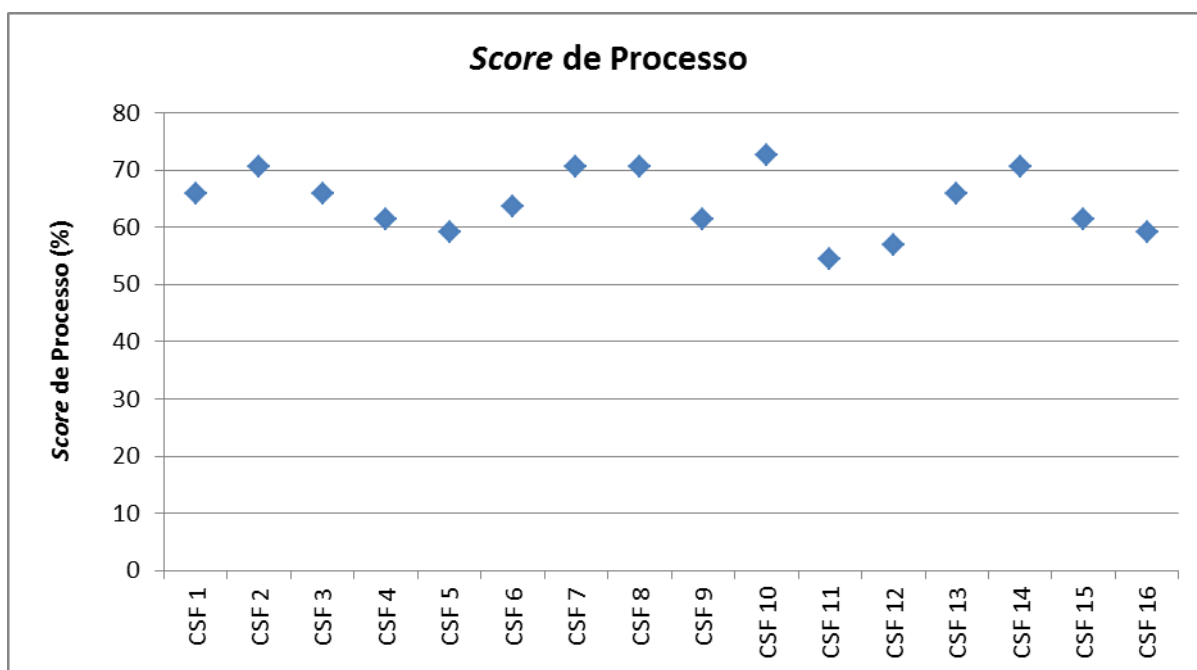
Critério	Total de UC (n=16)	%
Recursos humanos		
Regularmente os funcionários que trabalham para a triagem neonatal realizam outras funções , além da triagem neonatal.	16	100,0
Os profissionais que fazem as coletas têm algum treinamento prévio sobre manuseio de material biológico.	05	31,3
Todos profissionais que fazem coleta receberam treinamento para TN.	03	18,8
Os profissionais da UC permanecem há mais de 1 ano nas atividades relativas à TN.	16	100,0
Na UC, há estrutura específica de Serviço Social para dar apoio nos procedimentos de busca ativa.	0	0%
Recursos materiais		
A UC dispõe de manual para orientação sobre os procedimentos de coleta e busca ativa.	0	0%
Já houve interrupção da coleta por falta de material para realizá-la nos últimos 12 meses.	11	68,8
Na UC, há material educativo disponível sobre a TN (cartazes, informativo, <i>folders</i> , outros).	0	0%
Cadastro		
O Livro de Ata é a forma de registro utilizada pela UC das amostras novas.	11	68,8
Os dados das amostras novas estão completos conforme as orientações do Manual do PTN brasileiro.	0	0%
Há registro das amostras reconvocadas .	16	100,0
Meio de transporte		
Há meio de transporte alternativo para as amostras no caso de interrupção do meio regular.	14	87,5

Fonte: Elaborada pela autora.

5.1.2 Processo

A avaliação de processo está representada através do gráfico dos *scores* de processo por unidade de coleta (Figura 3) e no Quadro 2.

Figura 3 - Distribuição do *Score* de Processo por UC, Sobral - Sede, 2012. Sobral-CE, 2014.



Fonte: Elaborada pela autora.

Na distribuição dos *scores* de processo entre as UC, a mediana global de desempenho nas 16 UC foi de 64,7% (variação de 54,5 – 72,7%) e a média, 64,3% (desvio padrão = 5,6%).

Os *scores* de processo indicaram que 100% das UC obtiveram um precário desempenho na assistência à triagem neonatal.

Após avaliação individual das unidades referente ao seu processo, optou-se em descrever um consolidado que demonstrasse de forma mais abrangente aspectos importantes da triagem neonatal na sede do município de Sobral (Quadro 2). Considerando a acessibilidade, observamos que 50% das UC realizavam as coletas 5 vezes na semana (Quadro 2). Nas demais unidades, as coletas eram realizadas em dias programados na semana. Em grande parte (75%) das UC, o horário de coletas era limitado a meio turno (4 horas diárias). Porém, 87,5% das unidades eram tolerantes para coletas fora do horário regulamentar e mostravam boa aceitação na realização da coleta em crianças residentes em áreas atendidas

por outras UC. As informações para os pais sobre o período ideal para a coleta eram prestadas de forma correta em 68,8% quanto ao prazo mínimo e em 62,5% para o prazo máximo.

Alguns problemas de acessibilidade foram observados nas UC, por exemplo, em 100% das unidades não havia rotina prevista para coleta nos finais de semana/feriados, nem previsão para nova coleta nos casos em que houvesse transfusão de sangue; apenas 37,7% informavam sobre a TN no pré-natal (Quadro 2).

Quanto à coleta do teste, identificou-se que em 100% das unidades, no momento da coleta, são checados os dados da mãe e do bebê corretamente; há o cuidado em realizar procedimentos para evitar a troca de amostras; assim como é rotina na UC o monitoramento da qualidade do sangue colhido. A maioria (87,5%) das unidades checava se todos os RNs foram submetidos à coleta. Todas as unidades afirmaram manter em arquivos as informações sobre a coleta e seus resultados.

Alguns problemas foram identificados nas atividades de coleta do teste: há falhas nos registros das atividades, pois em 100% das unidades o nº sequencial único de identificação do cartão de papel filtro não é registrado no cadastro da criança na UC e não há um procedimento padronizado para quando houver recusa dos pais em autorizar a coleta.

Em todas as UC, a secagem das amostras é feita de forma separada uma das outras e deitadas sobre uma superfície. Nestas unidades, não há prateleiras para secagem das amostras de forma a evitar o contato das mesmas com a superfície.

No componente armazenamento, as UC, em sua maioria, mantinham as amostras na geladeira até seu transporte ao laboratório e de forma individual. Uma minoria (25%) tinha a rotina de manter as amostras coletadas em até 1 dia antes do envio (Quadro 2). A maioria das UC (75%) afirmou que o transporte das amostras, após coletadas, ocorria em até 5 dias ao laboratório. Apenas duas unidades afirmaram ter tido problemas com a interrupção no transporte de amostras nos 12 meses que antecederam a pesquisa.

Nos resultados dos testes, as UC mostraram uma assistência direta com a operacionalização dos resultados dos testes. São elas as responsáveis pela entrega dos resultados normais de TN aos pais, como também pela reconvocação das crianças em caso de amostra inválida ou resultado alterado. O controle das datas de reconvocação ocorre de forma sistemática e a rotina de manter registro da entrega de resultados aos responsáveis foi verificada em 75% das UC.

Quadro 2 - Consolidado de informações relativas ao processo das UCs, Sobral-sede, 2012. Sobral-CE, 2014.

Critério	Total de UC (n=16)	%
Acessibilidade		
De 1 a 5 dias por semana são realizadas as coletas para triagem neonatal.	08	50,0
A UC disponibiliza apenas meio turno diário para a realização das coletas de triagem neonatal.	12	75,0
A UC realiza a coleta a qualquer hora para as crianças que chegam fora do horário regular de coletas.	14	87,5
Há rotina prevista para coleta nos finais de semana/feriados .	0	0
A UC realiza a coleta quando uma mãe residente em região coberta por outra Unidade de Saúde comparece para a realização do teste na sua Unidade.	14	87,5
Os pais são informados sobre a coleta do Teste do Pezinho durante o pré-natal .	06	37,5
O prazo mínimo informado aos pais para coleta é a partir do 3º dia .	11	68,8
O prazo máximo informado aos pais para coleta é > 10 dias de vida .	10	62,5
Há previsão para nova coleta nos casos em que houver transfusão de sangue.	0	0
Coleta do teste		
O nº sequencial único de identificação do cartão de papel filtro é registrado no cadastro da criança na UC.	0	0
No momento da coleta, é checado se os dados do bebê/mãe no cartão estão corretos, completos, precisos e legíveis.	16	100,0
Há checagem para saber se todos os RN atendidos na Unidade de Saúde foram submetidos à coleta.	14	87,5
Existem procedimentos para evitar trocas de amostras .	16	100,0
A UC mantém em seus arquivos as informações sobre a coleta e os seus resultados.	16	100,0
Há monitoramento sobre a qualidade do sangue da amostra no momento da coleta.	16	100,0
As amostras ficam secando deitadas, separadas e em contato com uma superfície .	16	100,0
Há um procedimento padronizado para quando houver recusa dos pais em	0	0

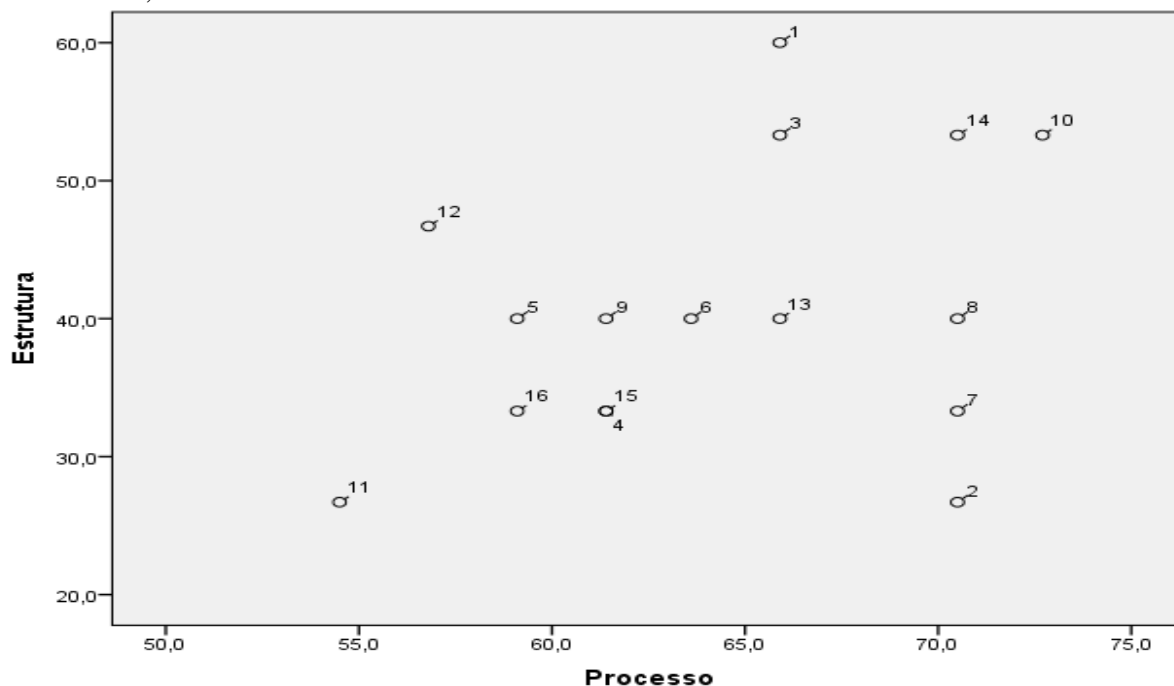
autorizar a coleta.		
Armazenamento		
As amostras colhidas são armazenadas em geladeira até que sejam transportadas ao laboratório.	13	81,3
Durante o armazenamento, as amostras são acondicionadas individualmente.	11	68,8
O tempo aproximado de armazenamento das amostras entre a coleta e o envio ao laboratório é de 1 dia.	04	25,0
Resultados dos testes		
Os resultados normais de TN chegam aos pais entregues pela UC.	16	100,0
O tempo estimado para que a UC tenha os resultados disponíveis para os pais é de mais de 30 dias.	16	100,0
A UC mantém algum registro da entrega de resultados aos responsáveis.	12	75,0
A UC é quem contata os pais e reconvoca as crianças em caso de amostra inválida ou resultado alterado.	16	100,0
A UC controla as datas de reconvocação na UC e no SRTN.	12	75,0

Fonte: Elaborada pela autora.

5.1.3 Correlação Linear entre Scores de Estrutura e Processo

Na Figura 4, é possível observar que os scores de estrutura e processo não apresentam correlação linear, com coeficiente de Spearman igual a 0,31 e $p=0,24$.

Figura 4 - Correlação linear entre os *Scores* de estrutura e processo das UC, Sobral - sede, 2012. Sobral, 2014.



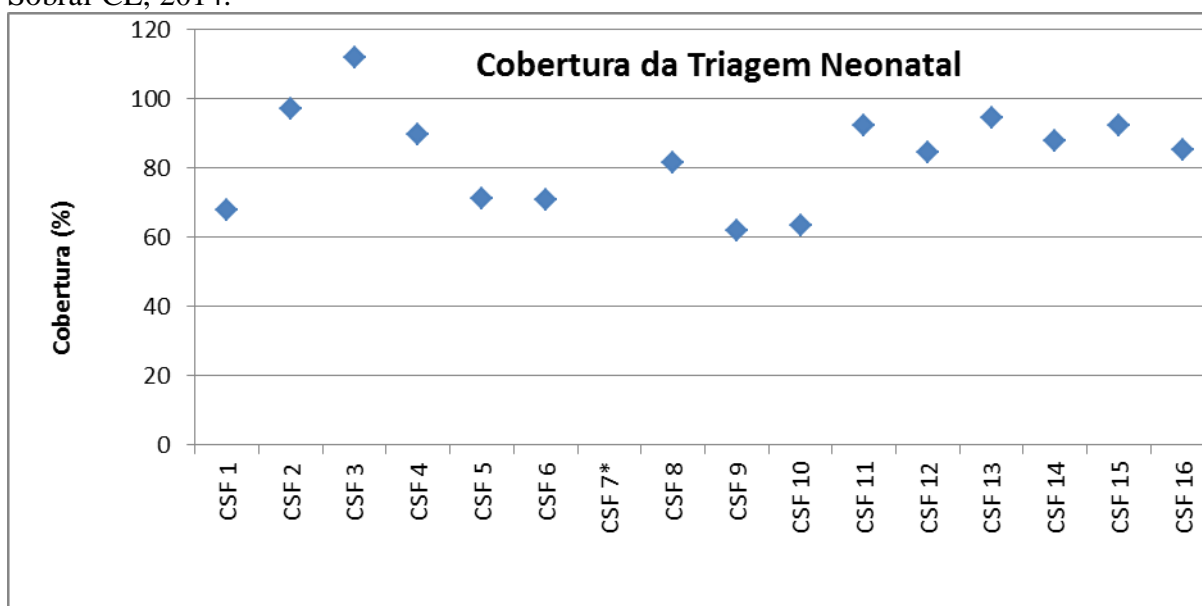
Fonte: Elaborada pela autora.

5.1.4 Resultado

A avaliação dos resultados do programa nas UC está representada através da análise da cobertura. Neste estudo, esta cobertura está representada através da cobertura real (Figura 5) e cobertura potencial (Figura 6). Foi realizada também a correlação linear entre cobertura e estrutura (Figura 7), assim como a correlação entre cobertura e processo (Figura 8).

A representação gráfica da cobertura da Triagem Neonatal pode ser observada na Figura 5. Essa cobertura obteve mediana global de 85,2% (variação de 62,0 – 111,9%) e média de 83,5% (desvio padrão = 14,0%). Houve pico de 111,9% na cobertura no CSF 3 em decorrência do mesmo garantir a coleta também das crianças fora da área de abrangência, justificando um índice de coletas mais elevado do que o esperado para aquela unidade no ano de 2012. Verifica-se, também, uma baixa cobertura de algumas unidades.

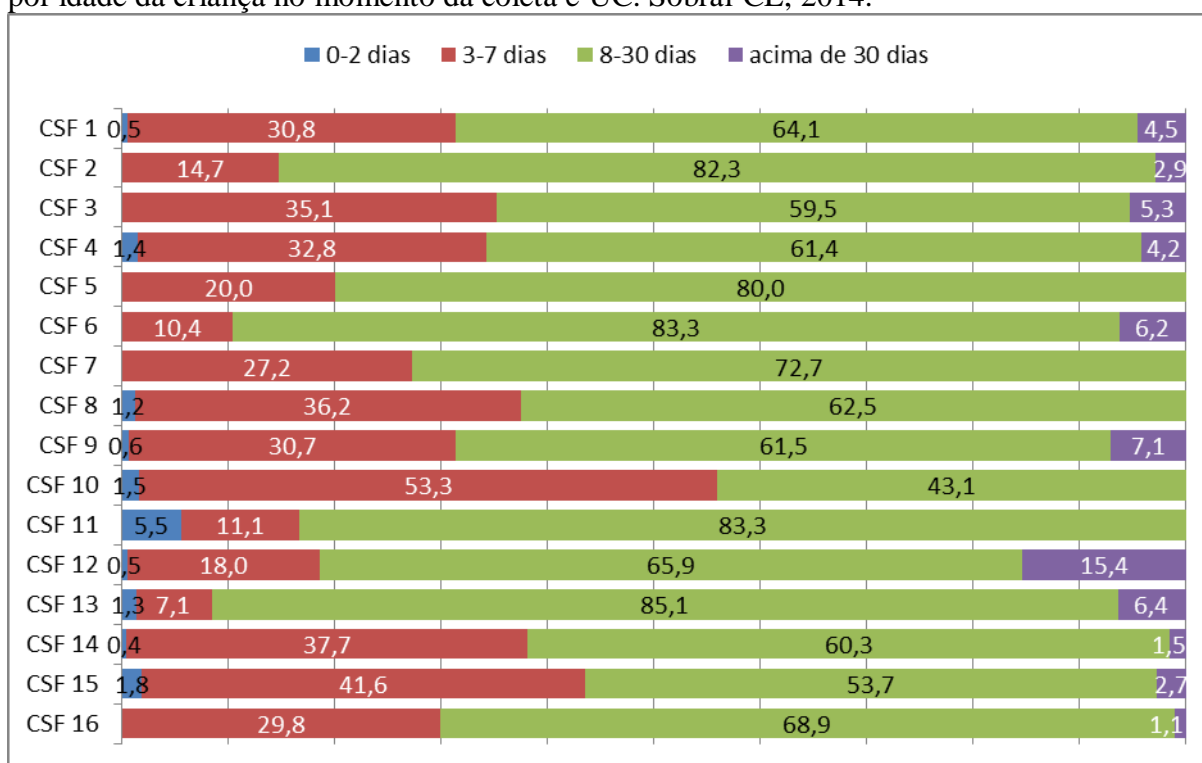
Figura 5 - Distribuição da Cobertura da Triagem Neonatal por UC, Sobral-Sede, 2012. Sobral-CE, 2014.



Fonte: Elaborada pela autora.

*Não foi possível obter a cobertura da UC.

Figura 6 - Distribuição da Cobertura da Triagem Neonatal na sede de Sobral, no ano de 2012, por idade da criança no momento da coleta e UC. Sobral-CE, 2014.



Fonte: Elaborada pela autora.

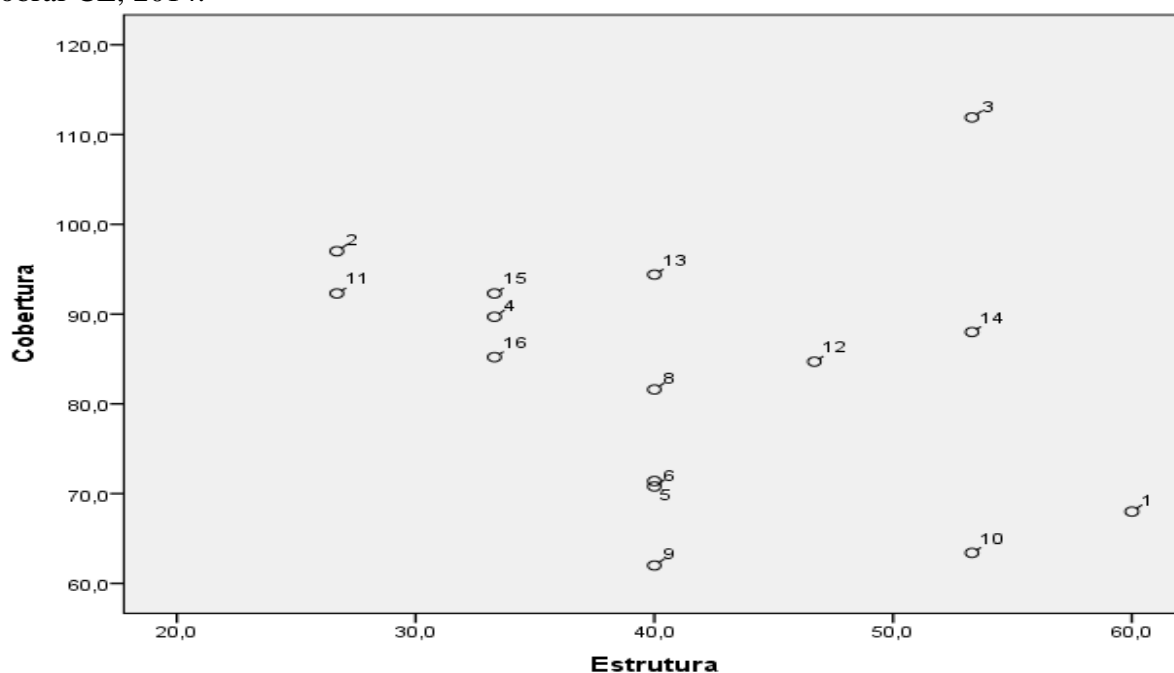
A representação gráfica (Figura 6) mostra a taxa de cobertura do teste por idade da criança no momento da coleta. A idade das crianças foi distribuída nos seguintes intervalos: **0-2d, 3-7d, 8-30d e acima de 30d**.

No geral, as unidades (93,75%) apresentaram os maiores percentuais de cobertura no intervalo de 8-30 dias. Apenas uma unidade (CSF 10) atingiu o maior índice de cobertura no período de 3-7 dias.

Foi realizada a correlação linear entre a cobertura e os *scores* de estrutura (Figura 7). O coeficiente de correlação linear de Pearson foi 0,41 e $p=0,13$. Logo, não existe nenhuma associação entre *score* de estrutura e a cobertura da TN. Se observar no gráfico, é possível identificar que UC com alto *score* de estrutura tem praticamente a menor cobertura de todos os CSF (CSF1), assim como UC com alta cobertura (CSF2 e CSF 11) apresentou baixo *score* de estrutura.

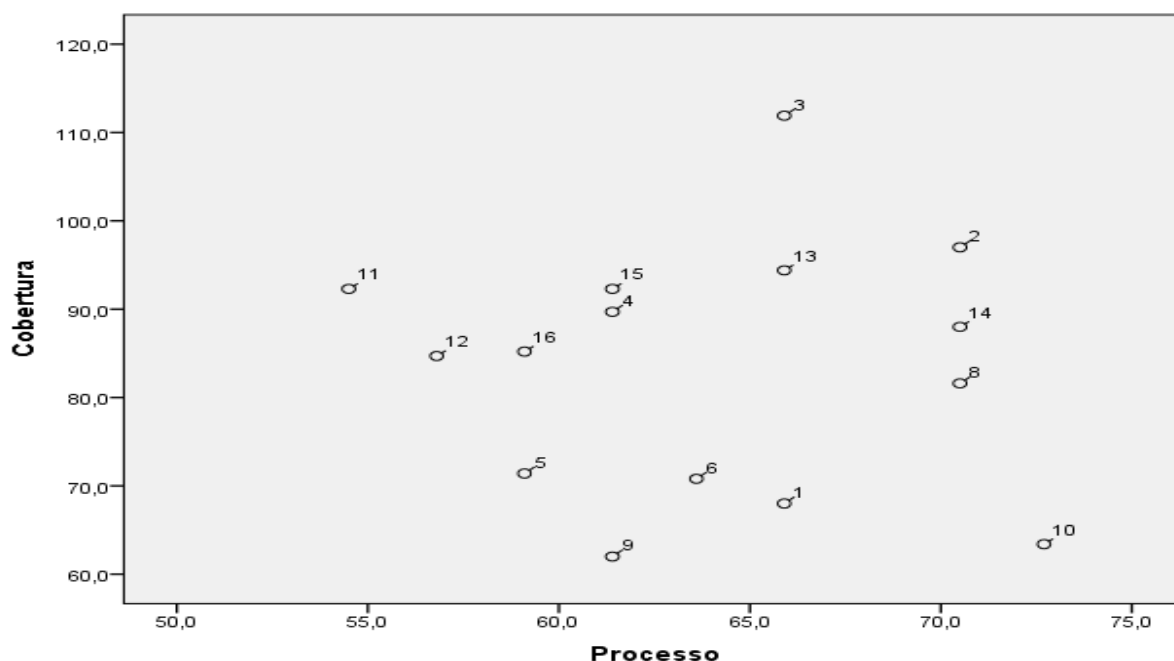
A Figura 8 representa a correlação linear entre cobertura da TN e *scores* de processo. O coeficiente de correlação linear de Spearman foi -0,02 e $p=0,94$. Logo, não existe nenhuma associação entre *score* de processo e a cobertura da TN. É possível verificar no gráfico que tem UC com alto *score* de processo e baixa cobertura (CSF 10) e com alta cobertura e baixo *score* de processo (CSF 11).

Figura 7. Correlação linear entre os *Scores* de estrutura e cobertura da TN, Sobral- sede, 2012. Sobral-CE, 2014.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 8. Correlação linear entre os *Scores* de processo e cobertura da TN, Sobral-sede, 2012. Sobral-CE, 2014.



Fonte: Elaborada pela autora.

5.2 Percepção acerca da TN: olhar de gestores, profissionais e usuários

No sentido de complementar os dados quantitativos, foram realizadas entrevistas com os profissionais e gestores que desempenham atividades na TN no município, como também com as mães das crianças triadas no ano de 2012, nas unidades de coleta.

Com relação à categoria profissional dos gestores, 100% destes eram enfermeiros, 50% ocupavam cargo de gerentes e os outros 50% eram coordenadores das macroáreas onde as unidades de saúde participantes do estudo estavam inseridas. Quanto aos profissionais, 100% eram técnicos de enfermagem.

Todo o conteúdo das entrevistas foi analisado à luz do referencial teórico do Discurso do Sujeito Coletivo (2005) utilizando seus elementos metodológicos. Nesta análise, foi possível caracterizar dez ideias centrais: **Estrutura física inadequada e falta de material para as coletas, Criando oportunidades de coleta, Atraso na devolutiva dos resultados, Agilizando os resultados, A inserção da Estratégia Saúde da Família no programa, Aceitação das mães, A importância do teste do pezinho, O acesso à informação e Eles não explicaram nada não, mas foi ótimo.** A seguir serão apresentadas essas ideias e, posteriormente, os respectivos discursos.

Aos usuários foi questionada a percepção dos mesmos sobre o serviço oferecido pela unidade no momento da coleta do teste, e aos gestores e profissionais os limites e potencialidades na execução de suas atividades na TN.

Problemas de estrutura física e falta de material nas unidades de coleta foram citados dentro de um mesmo discurso, como pode ser observado nos discursos abaixo.

Ideia Central: Estrutura física inadequada e falta de material para as coletas

A dificuldade muitas vezes é o local em que a gente está coletando, pois chega outro profissional querendo também o local então tem essa questão não é? Não tem um lugar melhor pra colocar a mãe com o bebê, um local só pra fazer o teste do pezinho, pra ter guardadas umas coisinhas ali e pra ficar tudo organizadinho. Outra dificuldade é porque às vezes não tem material suficiente para realizar o procedimento e fica impossível de realizar o teste. Agora falta menos material, que é o coletorzinho do teste do pezinho, que faltava antes, muito, aí ficava muita criança sem fazer, mas agora não está mais faltando. (DSC P1).

Eu acho que deveria melhorar, a sala é muito pequena, é mais ou menos confortável, merecia melhorar nisso e na organização também. Eu o trouxe recém-nascido, aí, se não me engano, acho que não foi atendido porque aqui não tava tendo. Às vezes a gente chega e não tem agulhinha pra furar ou alguma coisa assim. Acho que é por causa da demanda. Porque tem muitas pessoas pra serem atendidas. (DSC U1).

Somado à dificuldade de estrutura física e recursos materiais, alguns atores relataram a necessidade de uma melhor organização do serviço em relação às coletas realizadas fora da unidade que se fizerem necessárias diante da impossibilidade da criança vir ao serviço. Nesses discursos, os gestores e profissionais apontaram melhorias na solução dessas necessidades.

Ideia Central: Criando oportunidades de coleta

Eu acho assim, por exemplo, as crianças que nascem com problema que ficam internadas não é? Elas passam muito tempo para fazer o teste do pezinho por conta da internação. Mesmo assim esse teste só vai ser feito na unidade. Pensaria em alguma coisa tipo assim, mesmo que descentralizasse alguém que fosse pago pelo município às vezes para

fazer o teste do pezinho dessa criança lá mesmo no hospital, assim eu não sei a possibilidade disso, mas por conta da demora porque não vai ter a mesma eficácia se tivesse sido feito naquele prazo determinado pelo ministério. Tem o caso também das mães por algum motivo não poderem vir á unidade e não ter outra pessoa que traga nesse caso o teste deveria ser feito no próprio domicílio. (DSC P2).

Ideia Central: Atraso na devolutiva dos resultados

A dificuldade que eu vejo é na devolutiva do resultado caso seja normal. É tanto que a gente fica mais ou menos tranqüila, não ta demorando um pouco é porque é normal. Para a gente é cômodo, mas quem fez e fica aguardando um mês, dois meses para saber se deu alguma coisa às vezes é desgastante. (DSC G3).

Agente orienta que o resultado sai aproximadamente de dois meses a três meses e a dificuldade às vezes da mãezinha querer fazer o teste é porque a maioria já sabe que o exame demora. (DSC P3).

Ideia Central: Agilizando os resultados

A única coisa que eu acho é se de repente se pudessem chegar os resultados negativos mais rápidos era mais fácil da gente estar agilizando a entrega dos exames para as mães. O município de Sobral é uma macro que atende a 52 municípios, poderia muito bem já ter a leitura do teste implantado aqui, e não ficar só em Fortaleza, e ai a gente ficar esperando 1 mês, e fica aquela ansiedade todo mês. Se o estado tivesse essa ideia de estar trazendo para cá, porque a gente tem estrutura para isso, em nível de macrorregião, facilitaria não só para Sobral, mas para toda a macrorregião. (DSC G4).

Contrariando os discursos anteriores, alguns profissionais mencionaram não ter encontrado até o presente momento limitações em relação às atividades de rotina na TN.

Eu nunca vi dificuldade nenhuma porque é um procedimento que nunca faltou, é bem organizado, é bem entendido, nunca teve desentendimento, nunca faltou material, uma coisa para mim bem simples. (DSC P5).

Potencialidades foram apontadas nos DSC referentes à aceitação do programa e sua inserção no Saúde da Família.

Ideia Central: A inserção da Estratégia Saúde da Família no programa

A potencialidade que eu vejo, é a questão da gente oferecer essa descentralização para o Saúde da Família, por oportunizar todas as crianças a fazerem o teste do pezinho que é muito importante, ser feito na unidade, próximo a sua casa podendo o próprio pai levar a criança e não só a mãe. Os profissionais têm o conhecimento da importância do teste, tem o domínio da área deles, sabe quem veio e quem não veio. (DSC G6).

Ideia central: Aceitação das mães

Eu acho que as mães hoje, independente do grau de instruções delas, elas gostam de fazer o teste do pezinho; a aceitação das mães é muito boa, a conscientização da população, elas até procuram para saber quando vai ser o teste e eu acho isso muito positivo. Então, isso já é uma política que foi criada e elas já estão replicando uma para as outras e a unidade não tem que estar correndo atrás. Elas são quem estão vindo. Então, eu acho que isso é muito importante. (DSC G7).

Durante a entrevista com as mães, foi solicitado que elas expressassem o seu entendimento sobre o Teste do Pezinho. Algumas mães verbalizaram de forma coerente sobre a sua importância, enquanto outras, mesmo tendo passado pelo serviço de TN, ainda apresentam uma ideia errônea sobre o Teste do Pezinho. Muitos foram os enfoques com ênfase na prevenção de doenças, outros no diagnóstico, porém todos reconheciam que era um exame importante para seu filho.

Ideia Central: A importância do Teste do Pezinho

O que eu entendo sobre esse teste do pezinho é que através dele dá para identificar várias doenças e tem que ser feito para ver se a criança tem algum problema na corrente sanguínea, se houve algum problema na criança e prevenir algumas doenças, daí a gente fica sabendo se a criança não teve nada. Antigamente as crianças nasciam cheias de

doenças e ninguém sabia, e agora com esses cuidados médicos é bom. Logo, é muito importante fazer esse teste em todas as crianças. (DSC U8).

O teste do pezinho em minha opinião só tem importância quando a criança é recém-nascida, pois a criança sendo recém-nascida é mais fácil para a realização do teste, uma vez que, o pezinho ainda tá molinho, daí fica mais fácil na coleta de sangue. No caso do meu filho, ele já fez o exame em uma data errada, pois ele já tinha uns seis meses de idade, mas como me informaram que era necessário ele fazer eu levei ele, né? Logo quando meu filho fez o teste o pé dele já tava um pouquinho durinho. Daí assim é muito importante fazer esse teste logo cedo, pois caso apresente alguma alteração, ele já passa a usar a botinha. (DSC U8).

Assim como as mães relataram seus conhecimentos em relação ao teste do pezinho, as mesmas revelaram também sobre como adquiriram esses conhecimentos.

Ideia central: O acesso à informação

Falou no pré-natal, mas eu já sabia né, que o neném tinha que fazer. No hospital fui informada também. Até mesmo antes de eu engravidar eu já sabia que existia. A Agente de Saúde veio aqui e me disse que era muito importante fazer o teste, tanto do pezinho quanto da orelhinha, me orientou que teria que ir com sete dias de nascimento aí eu fui. Ai depois a enfermeira veio aqui me visitar e disse também. Explicaram que era pra saber se o bebê tem algum problema. (DSC U9).

Fiquei sabendo pela minha família mesmo né, porque quando tinha bebe assim recém-nascido, elas sempre diziam que tinha que levar o bebe pra poder fazer esse teste do pezinho, antigamente é já dizia que na santa casa quando a criança já nascia já saia com o teste do pezinho né! (DSC U9).

O momento do teste também foi relatado pelos atores em seus discursos. As mães expressaram suas percepções sobre o atendimento no momento do teste do seu filho na unidade de coleta.

Ideia central: *Eles não explicaram nada não, mas foi ótimo*

O atendimento foi bom. No dia que eu levei meu filho pra fazer o exame não me explicaram nada não, só fez fazer o teste, e disse que era pra esperar o resultado quando chegar. Cheguei, imediatamente entrei, fui pra sala e fiz o teste do pezinho nele, foi ótimo. Eles me receberam bem como em todas as vezes que vou no posto, fui muito bem atendida. Só explicaram que tinha que deixar ele “em pezinho”, daí só furaram o pezinho dele e pronto. E falaram que o teste chegava com quinze dias pra gente saber se ele tinha ou não alguma coisa. Mas ao mesmo tempo não gostei muito porque a criança sofre muito, porque além de furar fica apertando com força pra tirar sangue. (DSC U10).

A necessidade de treinamento foi uma das limitações identificadas a partir dos discursos dos profissionais. Essa limitação na formação foi percebida tanto pelos próprios técnicos que realizam as coletas quanto pelos gestores desses serviços como podemos observar nos DSC a seguir.

Ideia Central: Capacitar para melhor informar

E assim a dificuldade que eu acho é que teve aí um treinamento há pouco tempo sobre o teste do pezinho e as auxiliares não foram chamadas. Por que esse teste chegou aqui, e colocaram a gente pra fazer, não houve nenhum treinamento, só houve para as enfermeiras, mas para nós nunca foi feito. E aí o treinamento acaba sendo no repasse de aprendizado uma com a outra, quando alguém sabe já ensina uma para a outra e assim agente vai levando. Mas eu acho que agente teria que ter um treinamento melhor, um esclarecimento melhor, porque às vezes nem todos sabem para que serve, então a pessoa chega faz uma pergunta para você e você não sabe dizer para o que é, um esclarecimento melhor. Seria bom se o cartão de vacina tivesse informações, dizendo para o que serve se você fizer o teste do pezinho e do que você se beneficiaria com o teste do pezinho. Em que livro o profissional ele iria lhe respaldar quando a mãezinha chegasse com o tempo atrasado de fazer o teste. Pra explicar pra mãe que a gente faz a coleta mais não terá mais aquele proveito. Gostaria de uma maior segurança nas informações. (DSC P11).

Eu acho que mais capacitação para os profissionais. Eu acho que poderia acontecer através da gestão, não só para os auxiliares, mas também para os demais profissionais de saúde. (DSC G11).

6 DISCUSSÃO

As atividades do PNTN em nível de unidades de coleta são de fundamental importância para o desempenho do programa. A tríade estrutura-processo-resultado não mostrou uma correlação entre seus elementos neste estudo. Enquanto havia unidades com *scores* satisfatórios em estrutura, algumas dessas mesmas unidades apresentavam problema no componente processo. Ao contrário do que pode ser verificado em outro estudo da mesma natureza (BOTLER, 2010) em que os elementos de estrutura e processo mostraram uma correlação entre si.

6.1 Estrutura

O desempenho da maioria das unidades foi classificado como insuficiente, com média de apenas 40,8%. A avaliação de *scores* de estrutura (Figura 2) revelou que não há uma distribuição homogênea entre as unidades, onde havia unidades com altos *scores* em detrimento de unidades com baixo *scores*.

O único elemento 100% satisfatório identificado nesse campo da avaliação foi a disponibilidade de transporte das amostras para o laboratório, tanto o transporte regular como a disponibilidade de transporte reserva caso fosse necessário.

A inadequação na estrutura física das unidades nesta pesquisa foi identificada em grande parte dos relatos, não só dos profissionais e gestores como também pelos usuários entrevistados (DSC P1 e DSC G1). Observou-se que os CSF não dispõem de ambiente exclusivo para recepção e realização das atividades na TN. As coletas são realizadas em salas comuns a outros procedimentos, como coleta de amostras de exames laboratoriais, sala de curativo, entre outros. Somado a isso, ainda há queixas com relação à falta de material, embora seja um problema que segundo eles vem sendo minimizado ao longo do tempo. No Quadro 1, foi possível verificar que as unidades não dispõem de materiais educativos sobre a TN para os profissionais e usuários, assim como 68,8% das UC já interromperam suas atividades devido à falta de material para operacionalização do teste.

A estrutura organizacional das Unidades de Coleta deve acolher as famílias, sem perder oportunidades de coleta, agilizando o processo subsequente da triagem neonatal. De fato, as condições e organização do serviço podem influenciar na qualidade da realização do Teste do Pezinho. A sala de coleta deve ser um local aconchegante e tranquilo, adequado à finalidade. Antes de iniciar a coleta, o profissional deverá se assegurar de que todo o material

necessário está disponível na bancada de trabalho que deve estar convenientemente limpa. A falha na organização referente aos recursos materiais do serviço pode acarretar a realização tardia do Teste do Pezinho e, conseqüentemente, a detecção tardia de doenças congênitas (BOTLER, 2010; BRASIL, 2004).

Além da falta de material para a realização do teste, foi identificada a escassez de material educativo sobre a TN. Entretanto, essa dificuldade em recursos materiais não é particular do município de Sobral. Estudo recente revelou que grande parte das Coordenações Estaduais não conta com recursos para promover campanhas publicitárias para divulgação do Programa à população geral e às mulheres grávidas, em particular, reforçando a importância da realização do *Teste do Pezinho*. São frequentes as reivindicações para que o Ministério da Saúde promova essas campanhas nacionais nos meios de comunicação de massa ou apoie a realização de campanhas estaduais. (NÚCLEO..., 2013).

A fim de minimizar essas dificuldades, uma experiência exitosa relatada por Almeida *et al.* (2006) sugere a adoção de estratégias utilizadas para a capacitação dos recursos humanos envolvidos nos processos de coleta através de treinamentos semanais e disponibilização de material de divulgação dos testes realizados e das doenças testadas, no formato de *folders* e cartazes. Essas atividades visam informar a comunidade sobre as questões relativas à triagem neonatal, como divulgação do serviço e da instituição na mídia.

Quanto ao cadastro dos testes, identificou-se a não padronização na forma de registros das crianças que realizaram o Teste do Pezinho. A maioria das unidades adotava o livro Ata como orientado pelas normas do programa (BRASIL, 2004), no entanto foram encontrados registros em livros de protocolo e planilhas de atendimento, os quais não continham informações completas e muitas vezes essenciais para a identificação da criança. Somado a isso, verificou-se que 100% dos cadastros estavam incompletos (Quadro 1). Nesta pesquisa, em algumas unidades, informações como endereço completo das crianças, coletas por reconvocações e busca ativa dos casos estavam omissas nos registros realizados nas salas de coleta.

De acordo com o MS, a organização nas informações de identificação coletadas nesta etapa inicial é crítica e essencial para a localização das crianças que necessitam de atenção especial. O registro tanto das amostras novas como das amostras reconvocadas deve ser realizado em livro tipo Ata (tamanho ofício, capa preta dura) e deverá conter informações mínimas padronizadas para cada tipo (BRASIL, 2004). Na chamada busca ativa de pacientes e reconvocação para novas amostras, os maiores problemas identificados para a localização

dos pacientes são os registros inadequados de nomes e endereços e as mudanças de endereço (NÚCLEO..., 2013).

Neste estudo, pode-se observar que a maioria dos profissionais não possui treinamentos para TN. A carência de treinamento como elemento limitante no processo de trabalho na TN foi identificada por profissionais e gestores (DSC P11 e DSC G11).

Profissionais capacitados são profissionais motivados e capazes de promover um atendimento de qualidade para a TN. A necessidade de formação nessa área é percebida também em outros estudos no país. Vários estados apontam uma alta rotatividade dos servidores municipais, resultante de mudanças políticas nos municípios, o que obriga a organização de repetidos treinamentos para os técnicos recém-contratados. Várias coordenações estaduais se ressentem de terem assumido a função sem nenhum preparo ou orientação por parte do estado ou do próprio Ministério da Saúde. Em decorrência dessa rotatividade, é importante que seja realizado, periodicamente, um trabalho de esclarecimento e reorientação nos hospitais, maternidades, unidades de saúde e postos de coleta para aperfeiçoamento dos profissionais responsáveis pela coleta e envio das amostras de sangue (NASCIMENTO, 2011; NÚCLEO..., 2013).

É preciso educar para melhor informar segundo os profissionais e gestores inseridos nas unidades de coleta no município de Sobral. A carência de informações traz insegurança para os profissionais e déficit nas orientações aos usuários. O momento do teste deve ser valorizado para além dos procedimentos técnicos, mas como uma oportunidade de orientações sobre o teste, finalidade e esclarecimento de dúvidas.

Entretanto, é preciso refletir que sem capacitação fica difícil para os profissionais e gestores prestarem informações de forma adequada à população. Os discursos acerca do conhecimento dos usuários sobre o teste revelam uma fragilidade no atendimento da TN quanto à orientação dos procedimentos, finalidades do teste e possibilidades de resultados. A carência de informações dos usuários possibilita a formulação de conceitos distorcidos conforme observado neste estudo (DSC U8). Este fato, por um lado, pode ser entendido como um reflexo da falta de treinamento e conseqüente despreparo da equipe que presta assistência direta aos usuários, assim como uma carência na divulgação da TN nos principais meios de comunicação de fácil acesso à população pelos órgãos competentes.

Sabendo que o Teste do Pezinho possibilita o diagnóstico precoce das doenças congênitas e distúrbios metabólicos, os profissionais de saúde devem ter consciência da importância do seu papel educador na sociedade. É responsabilidade do profissional da coleta orientar os pais da criança a respeito do procedimento que irá ser executado, assim como a

finalidade do teste. (BRASIL, 2004; SALLES; SANTOS, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, a responsabilidade pelo treinamento profissional e a garantia de insumos para execução do programa são do Serviço de Referência da Triagem Neonatal (SRTN)/Laboratório especializado em cada esfera de governo. Para Brasil (2004), dentre as suas responsabilidades estão:

- Identificar e capacitar um número de postos de coleta suficientes a fim de permitir o acesso fácil da população em toda a sua área de responsabilidade;
- Distribuir lanceta e papel filtro padronizado para não haver solução de continuidade na rede;
- Treinar os técnicos de enfermagem dos postos de coleta envolvidos com o programa;
- Treinar e conscientizar os funcionários administrativos dos postos de coleta enfocando a importância na agilidade dos procedimentos.

É importante reconhecer que o investimento em formação envolve recursos financeiros importantes e que a ajuda de outras esferas de governo torna-se fundamental. Com relação à TN, há recursos federais que podem ser veiculados para essa atividade. As ações de educação permanente podem contar com recursos específicos transferidos pelo Ministério da Saúde para este fim, passando a integrar os Planos Estaduais de Educação Permanente. Para isso, as coordenações estaduais deverão se articular internamente às Secretarias de Estado da Saúde (SES) e pleitear esses recursos nos espaços de negociação bipartite, tais como: a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR). O planejamento sistemático dessas ações, em articulação com os SRTN, facilitaria em muito o pleito dos demais recursos para as capacitações (NÚCLEO..., 2013).

Os resultados encontrados neste estudo referentes à dimensão estrutura demonstram a necessidade de uma maior articulação entre os órgãos competentes na área da formação profissional visando garantir treinamentos para os profissionais e gestores que atuam na TN no município de Sobral.

6.2 Processo

No PNTN, as etapas devem acontecer para possibilitar o alcance da meta principal que é a prevenção e redução da morbimortalidade provocada pelas patologias triadas pelo programa. Para que isso ocorra, é necessário que todas as etapas que compõem o programa

tenham suas atividades desenvolvidas dentro de uma janela de tempo oportuna.

Na dimensão processo, os dados apresentaram uma média de 64,3% (Figura 3) e 100% das unidades foram classificadas com precário desempenho. Porém, quando comparado à estrutura, é possível observar que a maioria das UC revelou um melhor desempenho das atividades relacionadas ao processo.

De acordo com o Quadro 2, metade das unidades disponibiliza 1-5 dias da semana para as atividades de coleta, porém a maioria das UC limita meio turno para essas atividades. Foi possível identificar que em decorrência dos mesmos exercerem outras atividades além da TN eles acabam restringindo dias e horários para esse atendimento. Essa forma de organização de algumas unidades pode ser um fator na limitação do acesso na primeira procura do usuário por aquele serviço.

Em 87,5% das UC, há tolerância em relação às mães que chegam fora dos horários de coletas, assim como garantia do teste para aquelas crianças residentes fora da área de abrangência. Essa garantia de atendimento às crianças, mesmo as que residem fora da área de abrangência daquela unidade, é um fator positivo na garantia do acesso. Porém, acaba levando ao aumento de cobertura de uma determinada unidade em detrimento de outra, como podemos observar neste trabalho. Essa informação será apresentada ainda neste capítulo, na discussão sobre a cobertura do teste.

Ainda quanto à coleta das amostras, existe uma orientação do programa em seu protocolo de rotinas na unidade de coleta que se os pais ou responsáveis se recusarem a permitir que a coleta seja realizada, o serviço de atenção à saúde deve orientar sobre os riscos da não realização do exame, verbalmente e por escrito. O fato deve ser então documentado e a recusa assinada pelos pais ou responsáveis. (BRASIL, 2004). Foi constatado neste estudo que os profissionais das salas de coleta desconhecem esse protocolo, assim como o uso de formulário diante da recusa dos pais (Quadro 2).

Foi verificado também que a maioria dos profissionais informa adequadamente sobre os prazos para a coleta do teste, porém essa informação ocorre em apenas 37,5% no atendimento pré-natal (Quadro 2). Alguns discursos revelaram esse fato (DSC U9). É essencial que as informações prestadas sobre o teste do pezinho aconteçam desde o pré-natal para que os riscos de coletas tardias sejam minimizados. O direito das gestantes a essa informação foi assegurado a partir do disposto no inciso III do Art. 10 da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), que estabelece a obrigatoriedade de que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e

particulares, procedam a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades, assim como informações aos pais. (BRASIL, 2004).

O baixo percentual no acesso às informações ainda no pré-natal verificado neste estudo vai ao encontro de outra pesquisa na qual foi comprovado que na grande maioria das UC as famílias só tomaram conhecimento sobre a TN na maternidade após o nascimento, o que pode ter sido um fator indutor para coletas tardias que poderiam ser evitadas se as famílias tivessem recebido a informação no pré-natal. (BOTLER, 2010).

A complexidade das variáveis envolvidas, como o período de coleta do teste até 30 dias, coloca em risco a efetividade da TN e, nesse contexto, a informação fornecida aos familiares durante o período pré-natal sobre a importância da triagem se torna crucial.

Dando seguimento às atividades na sala de coleta, foi observado que a forma de secagem das amostras não se mostrou satisfatória em decorrência dessas unidades não utilizarem prateleiras ou outro mecanismo que evitasse o contato das amostras com superfícies (Quadro 2). De acordo com as normas do PNTN, o processo de secagem das amostras deverá obedecer a alguns cuidados, por exemplo, terminada a coleta e a verificação imediata, as amostras devem ser colocadas em uma prateleira ou qualquer outro dispositivo que permita que as amostras possam secar de forma adequada, evitando assim o contato com superfícies, pois algum excesso de sangue que tenha restado na amostra não consegue se espalhar uniformemente quando em contato com superfícies. (BRASIL, 2004).

Por outro lado, foi avaliada de forma positiva tanto a forma de armazenamento das amostras como o prazo de envio observado nesta investigação, visto que estão de acordo com as orientações recomendadas pelo PNTN. Apenas duas unidades afirmaram ter tido problemas com interrupção no transporte de amostras nos 12 meses que antecederam a pesquisa. A disponibilidade dos transportes nas atividades da TN já foi discutida anteriormente neste estudo como um fator positivo.

Em todas as unidades de coleta, o tempo estimado para a disponibilidade dos resultados dos testes aos pais era superior a 30 dias. Houve relatos de profissionais de saúde de exames serem liberados acima de 60 dias. Esse tempo somente era reduzido nas situações em que as amostras apresentavam alterações, necessitando assim da reconvocação da criança para uma segunda coleta. Foi possível observar nesta pesquisa que os exames que demandam um maior atraso para a entrega são aqueles com resultados normais. Além de chegarem com atraso de um a dois meses, ainda permanecem muitos deles arquivados na unidade.

Essa realidade pode ser apreendida a partir de alguns discursos (DSC G3 e DSC P3), nos quais é apontada a demora na chegada desses exames e esse fato causa inquietações

nos profissionais de saúde. Para o Ministério da Saúde, o momento da entrega de resultados é um momento de ansiedade para a família. Mesmo estando normais, os resultados deverão ser entregues às famílias com a maior brevidade possível. (BRASIL, 2004). É necessário analisar o que leva a esse atraso na emissão dos resultados para que ocorra maior agilidade nesse processo. Essa agilidade também deve acontecer após os resultados chegarem à unidade, de forma que os pais tenham acesso o mais rápido possível ao resultado do teste. O momento da puericultura é uma boa oportunidade para o profissional realizar essa entrega e prestar as orientações necessárias.

No estudo, foram apontadas sugestões para agilizar a liberação dos resultados (DSC G4). A descentralização do serviço laboratorial para a macroárea de Sobral foi a solução mais verbalizada pelos gestores. Com relação aos resultados que ficam retidos na unidade em decorrência dos pais não procurarem, algumas unidades já estão anexando-os nos prontuários das crianças para que sejam entregues nas consultas de puericultura.

Foi identificada também a inexistência de avaliações de desempenho dos profissionais que atuam nos serviços de Triagem Neonatal. As atividades realizadas nas unidades de coleta são extremamente importantes para o desempenho do programa. Por ser a porta de entrada da TN, as UC necessitam de monitoramento de suas atividades para que nenhum obstáculo impeça o desenvolvimento da etapa seguinte, exigindo principalmente dos profissionais envolvidos conhecimento e habilidades para desenvolver um trabalho de qualidade em tempo hábil.

Para que um Programa de Triagem Neonatal consiga atingir plenamente seus objetivos é fundamental que sejam realizadas avaliações periódicas da qualidade do programa reportando os resultados destas avaliações às autoridades públicas responsáveis, de modo que eventuais modificações possam ser implementadas para aprimorá-los (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

Para isso, é imprescindível a avaliação do serviço, incluindo o processo de trabalho dos profissionais envolvidos, gestores, assim como a percepção dos usuários a fim de permitir que os entraves identificados possam ser sanados, oportunizando desse modo o alcance dos objetivos preconizados.

6.3 Resultados

Na literatura científica, é consenso a necessidade de cobertura universal pelo PTN e realização oportuna das etapas que levam ao tratamento dos casos detectados. No caso do município de Sobral, a cobertura alcançada pelas unidades ainda não atinge 100% (Figura 5). Apesar disso, a cobertura média das unidades apresenta-se semelhante às coberturas identificadas em outros estudos (BOTLER, 2010; BRASIL, 2012b; RAMALHO, 2004; SILVA, 2006; STRANIERI ET *et al.*, 2009).

Pelo fato de o programa não englobar as coletas realizadas nos laboratórios particulares, os cálculos para as taxas de cobertura ainda não contemplam todos os exames realizados. Para alguns estados, esse fator foi considerado um dos argumentos principais para justificar o déficit na cobertura. Posteriormente, outros problemas referentes a limitações na estrutura e processo também foram apontados (NÚCLEO..., 2013).

A cobertura por idade no momento da coleta (Figura 6) mostrou um baixo índice no período considerado ideal para o programa. Apenas uma unidade atingiu o maior percentual na idade de 3 a 7 dias. O período ideal para a coleta das amostras é de até sete dias após o nascimento, considerando o período entre 8 e 30 dias como aceitável, e acima de 30 dias como período inapropriado. (BRASIL, 2004). Algumas unidades apresentaram coletas precoces, assim como houve coletas em período não recomendado pelo programa por serem consideradas tardias para diagnosticar as doenças triadas pelo programa.

De acordo com Salles e Santos (2009), ao orientar as mães sobre o Teste do Pezinho, é essencial que o profissional de saúde informe não só a sua realização mas também o período mais adequado para a coleta do material.

Experiências exitosas no país vêm demonstrando que através de implementações de novas estratégias é possível melhorar as coberturas da TN. No Recôncavo Baiano, a coleta do material é feita já no ato da primeira vacina no recém-nascido, uma vez que a coleta só pode ser feita a partir do 3º dia. Associado a isso, é realizado um amplo trabalho educativo com os profissionais da ESF a fim de realizarem as atividades de monitoramento do programa. Já no estado de Minas Gerais, houve a implementação da estratégia “5 dias, 5 ações”, divulgada nos serviços de pré-natal. Trata-se de os profissionais de saúde orientarem as gestantes a comparecerem aos serviços de saúde no 5º dia após o parto para vários tipos de cuidado à puérpera e ao RN, o que inclui a coleta de amostra para TN. Com uma boa divulgação, aquela estratégia teve excelente aceitação pelos profissionais e usuários, levando

o PTN a alcançar excelente cobertura e coletas mais precoces (SILVA, 2006; BOTLER, 2010).

No município em estudo, as equipes da ESF estão à frente nas atividades de coleta do teste. Representa a porta de entrada para o programa no município. Neste trabalho, os gestores apontaram como potencialidade a inserção da TN nesse nível de atenção (DSC G6) pela proximidade territorial, construção de vínculo entre profissionais e comunidade, repercutindo de maneira positiva na aceitação dos pais em relação ao teste (DSC G7).

Percebeu-se que não há correlação entre cobertura e as variáveis de estrutura (Figura 7) e processo (Figura 8). Há unidades com alto *score* de cobertura e baixo *score* de processo. Há unidades com alto *score* de processo e baixo *score* de cobertura (CSF 10), bem como de alta cobertura (CSF 3 e CSF 2).

Apesar das deficiências sinalizadas neste estudo, há uma preocupação das mães em buscar o serviço para realização do exame para seu filho, revelando o reconhecimento por parte da população quanto ao teste. O trabalho dos profissionais nessa mobilização e acolhimento nas unidades também contribui para o reconhecimento do serviço.

Podemos apreender a partir do discurso que as mães têm entendimento de que é importante realizar o Teste do Pezinho nos seus filhos. Afirmam também a importância diagnóstica do exame para algumas doenças.

Foi possível observar a atuação de alguns profissionais de saúde nessas orientações prestadas, dentre eles os profissionais da enfermagem obtiveram um papel de destaque. Silva e Lacerda (2003) afirmam que a enfermagem tem participação importante e intransferível no PNTN porque é o profissional de enfermagem quem mais interage com a clientela alvo: a mãe e o recém-nascido. Desde o pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde, é esse profissional quem deve informar e orientar a gestante que quando o seu bebê nascer ele fará um exame, na alta da maternidade, chamado “teste do pezinho”, no qual serão coletadas algumas gotinhas de sangue para preveni-lo do retardo mental e que este exame é gratuito e exigido por lei. Assim, a futura mãe já estará informada e ciente de que deverá exigir o exame quando seu filho nascer.

Os Agentes Comunitários de Saúde também foram citados pelas usuárias como um orientador acerca da necessidade da realização do Teste do Pezinho. Nascimento (2011) relata que é necessário que se tenha uma equipe de agentes de saúde responsável pela convocação, reconvocação e localização das crianças. É fundamental que seja feito, periodicamente, um trabalho de esclarecimento e reorientação nos hospitais, maternidades, unidades de saúde e postos de coleta para aperfeiçoamento dos profissionais responsáveis pela

coleta e envio das amostras de sangue, uma vez que estes, constantemente, sofrem rotatividade.

Nesta pesquisa, podemos perceber singularidades relacionadas ao universo de cada unidade. Encontramos UC com padrões diferentes de organização do serviço de TN, assim como profissionais com diferentes níveis de conhecimento referentes ao seu processo de trabalho no programa. É possível que essas diferenças justifiquem a variabilidade entre as taxas de cobertura, como também os diferentes graus de dificuldade em relação à estrutura e processo nesta avaliação. Logo, torna-se significativa a discussão desses resultados entre os diversos atores envolvidos nas atividades da TN com as coordenações competentes a fim de buscar melhorias na qualidade do programa e, conseqüentemente, na saúde das crianças que dependem desse trabalho para uma melhor qualidade de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo possibilitou uma visão ampliada de como se encontra a TN nas UCs localizadas na sede do município de Sobral, o que tornou possível uma avaliação do desempenho das unidades de coleta, a qual considerou a tríade: estrutura-processo-resultado.

As unidades apresentaram fragilidades em seu desempenho referente à estrutura e processo. De acordo com os resultados obtidos, a cobertura da TN no município de Sobral ainda não atingiu 100%, mas está na média da encontrada em outros estados do país. Ao ser analisada a idade no momento da coleta, foi identificado que há uma baixa cobertura na coleta no período considerado ideal (3-7 dias) apesar do seu maior percentual de cobertura encontrar-se ainda dentro do prazo aceitável pelo programa (8-30 dias).

O estudo demonstrou que não há correlação entre estrutura e processo das UCs quanto à TN, pois havia unidades com boa estrutura e com problemas no processo e vice-versa. No entanto, observamos limitações do estudo no que concerne ao tamanho da amostra, o que pode influenciar na obtenção destes resultados. Outro desafio vivenciado foi a ausência de registros necessários para o preenchimento do formulário e informações obrigatórias referentes ao Programa de Triagem Neonatal nas UCs, não possibilitando uma avaliação mais aprofundada de alguns indicadores, dentre eles a cobertura do teste do pezinho de uma das unidades de coleta.

A precariedade identificada neste estudo de estrutura, assim como de processo, precisa ser considerada de modo particular. O investimento onde há deficiências é que irá promover uma melhoria na qualidade e alcance das metas propostas pelo programa.

Dentre os problemas de estrutura, os que se destacaram foram:

- Carência de treinamentos para os profissionais de saúde que atuam nos serviços de triagem neonatal;
- Embora com frequência menor ainda há relatos de falta de insumos em algumas unidades, assim como falta de materiais para divulgação das informações sobre a TN para os profissionais de saúde (manuais) e para a população (cartazes, *folders*, outros);
- A estrutura física das UC avaliadas foi considerada inadequada por não existir estrutura específica para os procedimentos de TN;

- Não há padronização nos registros das atividades realizadas nas salas de coleta de acordo com o proposto pelo programa, ocasionando omissão de informações importantes para o monitoramento do programa.

Foram identificados alguns limites com relação ao processo de trabalho na TN.

São eles:

- Apesar de as unidades informarem que não negam atendimento aos casos que chegam fora do horário, ainda existe um percentual de unidades que restringem a um dia ou a meio turno o atendimento na TN. Acreditamos que este fator pode ser considerado uma barreira no acesso às atividades do programa;
- As informações estão sendo repassadas em um maior percentual fora do período gestacional;
- A secagem das amostras permite o contato das mesmas com a superfície, o que pode comprometer a qualidade dessas amostras.

Potencialidades também foram identificadas na avaliação dos profissionais de saúde acerca das atividades nas unidades de coleta: há uma boa aceitação das mães em relação ao teste, e a descentralização para a ESF possibilitou melhorias no acesso às atividades da TN.

Na avaliação dos usuários, foi possível identificar o grau de conhecimento dos mesmos a respeito do teste, sinalizando a necessidade de os serviços investirem mais nas orientações sobre o teste em todo o processo do ciclo gravídico-puerperal; apesar de as mães referirem que não recebiam orientações sobre o teste durante o atendimento, elas mostraram-se satisfeitas com esse atendimento.

Diante dos resultados do estudo, sugerimos maior investimento em ações de educação permanente voltadas para os profissionais que atuam nas unidades de coleta, assim como a promoção de uma ampla divulgação do programa com a população de forma a melhorar a acessibilidade cultural contribuindo para elevação das taxas de cobertura, principalmente na primeira semana de vida da criança.

Faz-se necessário potencializar o programa enquanto política através de um maior envolvimento da gestão visando garantir uma estrutura física adequada nas unidades de coleta que permitam um melhor acolhimento, condições satisfatórias no atendimento à população e agilidade na liberação dos resultados.

Acreditamos que a partir dessas medidas é possível contribuir para a garantia do acesso ao diagnóstico precoce das doenças e conseqüentemente para a melhoria na qualidade de vida das crianças beneficiadas pelo programa.

Logo, podemos concluir que este estudo alcançou os objetivos propostos com uma visão conjuntural das ações e serviços do programa de triagem neonatal no município, contribuindo assim com informações úteis aos gestores, profissionais e usuários sobre o PNTN em Sobral, possibilitando reflexão sobre as necessidades de avanços de forma a garantir o alcance dos objetivos propostos e cada vez mais crianças sejam beneficiadas com os serviços de TN no município.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA A. M. *et al.* Avaliação do Programa de Triagem Neonatal na Bahia no ano de 2003. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 6, n. 1, p. 85-91, jan./mar. 2006.

BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BOTLER, J. **Avaliação de desempenho do programa de triagem neonatal do estado do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica Nº 58**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, ano X, maio/jun. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação- Geral de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação- Geral de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/nº. 822 - Cria o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)**. 7 jun. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 319, DE seis DE JULHO DE 2010**. Habilita o Estado do Ceará na Fase II de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal. 2010b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 514. Credencia a Secretaria Municipal de Saúde como Serviço de Referência em Triagem Neonatal. **Diário Oficial da União**. 5 nov. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de Triagem Neonatal**: Nota Informativa. Nov. 2012b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_221112.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de Triagem Neonatal:** oficinas regionais de qualificação da gestão. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do ministério da Saúde, 2006.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Ceará conquista habilitação para fase III do Teste do Pezinho.** 2012. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/45613-ceara-conquista-habilitacao-para-fase-iii-do-teste-do-pezinho>>. Acesso em: 23 fev. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. A avaliação na área da saúde: conceito e métodos. *In:* HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, jul./set. 2006.

DOMINGOS, C. R. B. Programa de Triagem Neonatal de Hemoglobinopatias: uma reflexão. **Revista Brasileira Hematologia Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 2, 2010.

DONABEDIAN, A. *Selecting approaches to assessing performance.*, in *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Bashshur, R. (Ed.) 2003, Oxford University Press: New York, NY.

FERNANDES, D. L. A. VI Simpósio Brasileiro de Anemia Falciforme. Mesa Redonda: Programa de Triagem Neonatal no Ceará, Fortaleza, 2011. 1 DVD.

GOLDBECK, Ana Stela. **A Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) na Rede de Atenção Básica em Saúde do Rio Grande do Sul:** representações sociais e qualificação do processo comunicacional. Monografia (Especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2006.

HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos a praticas na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HOROVITZ, D. D. G. *et al.* Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1055-1064, jul./ago. 2005.

KIKUCHI, B. A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Revista Brasileira Hematologia Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, july/sept. 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico:** procedimentos básicos, pesquisa bibliografia, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6 ed. 7. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. N. C. **Pesquisa da Representação Social**. Série Pesquisa, v. 20, 2011.

MAGALHÃES, P. K. R. *et al.* Programa de Triage Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 445-454, fev. 2009.

MARTINS, G. de A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. Editora Atlas, 2ª ed., São Paulo, 2009.

MENEZES, R. S. P. *et al.* Análise da Triage Neonatal no Município de Sobral-CE. 2013. Disponível em: <http://www.convibra.org/saude_2013.asp?ev=77&lang=pt&ano=2013>. Acesso em: 10 fev.14.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO, M. L. Situação da triagem neonatal para hipertireoidismo congênito: críticas e perspectivas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo**, v. 55, n. 8, p. 528-533, 2011.

NÚCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO. **Diagnóstico Situacional do Programa Nacional de Triage Neonatal nos estados brasileiros: relatório técnico/Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (NUPAD)**. Belo Horizonte: NUPAD, 2013.

RAMALHO, R. J. R. *et al.* Evolução do Programa de Triage Neonatal Para o Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria no Estado de Sergipe de 1995 a 2003. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo**, v. 48, n. 6, p. 890-896, 2004.

SALLES, M.; SANTOS, I. M. M. O Conhecimento das mães acerca do teste do pezinho em uma unidade básica de saúde. **Revista de Pesquisa em Saúde: Cuidado é Fundamental**, v. 1, n. 1, p. 59-64, mai./ago. 2009.

SAMICO, I. *et al.* Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. *In*: SAMICO, I. *et al.* (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SILVA, M. B. G.; LACERDA, M. R. Teste do pezinho: por que coletar na alta hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 60-64, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

SILVA, W. S. *et al.* Avaliação da cobertura do programa de triagem neonatal de hemoglobinopatias em populações do Recôncavo Baiano, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2561-2566, dez. 2006.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: Uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 131-139, 2001. 2001.

STRANIERI, I. *et al.* Avaliação do Serviço de Referência em Triagem Neonatal para hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria no Estado de Mato Grosso, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo**, v. 53, n. 4, p. 446-52, 2009.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, Nov./dez. 2002.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 15-39.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(AVALIAÇÃO SOB O PONTO DE VISTA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA
SALA DE COLETA)**

Nº _____

Idade: _____

Formação: _____

Quanto tempo atua na TN? _____

E nesse município? _____

Recebeu algum treinamento para atuar na TN? _____ qual? _____

1. Quais as Normas e Rotinas para atuação na TN?
2. Quais as facilidades e dificuldades na TN na sua rotina de serviço?
3. Você está satisfeito com a estrutura oferecida para a realização da TN? Por quê?
4. Que sugestões você aponta para melhoria da TN na sua rotina de trabalho?

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO (AVALIAÇÃO SOB O PONTO DE VISTA DO
GERENTE DO CSF)**

- 1) Descreva o fluxo da Triagem Neonatal (TN) em sua rotina de trabalho (coleta, transporte de amostras, busca ativa)?
- 2) Como está sendo o acompanhamento/monitoramento da TN no seu serviço?
- 3) Quais as potencialidades da TN na sua unidade de trabalho?
- 4) Há dificuldades na realização da TN em sua unidade de trabalho? Se sim, cite-as.
- 5) Que sugestões você aponta para melhoria da TN no seu município?

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(AVALIAÇÃO SOB O PONTO DE VISTA DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA)**

- 1) O que você entende por “Teste do Pezinho”?

- 2) Como foi seu atendimento na unidade para a realização do teste do pezinho?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – MÃE DA CRIANÇA

Cara senhora,

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa. Meu nome é Raila Souto, sou enfermeira, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sua participação é importante, porém você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa é intitulada: “Programa Nacional de Triagem Neonatal: avaliação de desempenho das unidades de coleta dos Centros de Saúde da Família da sede no município de Sobral- CE no ano de 2012”. Tem como objetivo geral avaliar o desempenho das unidades de coleta do Programa Nacional de Triagem Neonatal dos Centros de Saúde da Família da sede no município de Sobral-CE no ano de 2012.

Esclareço que haverá participação também neste estudo, dos profissionais de saúde e gerentes que atuam nas unidades de coleta nos Centros de Saúde da Família, em Sobral. Neste sentido, estou solicitando sua contribuição nesse estudo. Nesta entrevista conversaremos sobre alguns assuntos, como por exemplo: O que é o teste do pezinho e como foi o atendimento na unidade de saúde quando foi realizada a coleta para o teste. As informações serão gravadas em áudio.

Gostaria de deixar claro que essas informações são sigilosas, e principalmente seu nome não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangida, envergonhada, durante essa nossa entrevista, você tem o direito de pedir para interrompê-la, sem causar prejuízos. Em nenhum momento haverá ônus financeiro para você, nem acarretará riscos a sua saúde. Também não haverá compensação financeira condicionada à sua participação.

Informo ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento.
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para a melhoria da assistência na Triagem Neonatal no seu município.
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento.

Se necessário entrar em contato com esta pesquisadora para quaisquer esclarecimentos, poderá dirigir-se a:

Nome: Raila Souto Pinto Menezes

Endereço: Rua Radialista Francisco Aristeu Barbosa, 177 – Bairro Domingos Olímpio – Sobral

Contato: (88) 99250310 e-mail: railasouto@hotmail.com

Poderá também, caso queira realizar questionamentos com relação a esta pesquisa, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, que se localiza na Rua General Rangel nº 186, bairro Derby – Telefone: (88) 3677.4255.

Diante disso, gostaria muito de poder contar com sua colaboração.

Atenciosamente,

Pesquisador

Mãe da criança

Consentimento Pós – informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende avaliar as unidades de coleta do Programa Nacional de Triagem Neonatal nos Centros de Saúde da Família da sede no município de Sobral-CE, cujo título é: “**Programa Nacional de Triagem Neonatal: avaliação de desempenho das unidades de coleta dos Centros de Saúde da Família da sede no município de Sobral- CE no ano de 2012**”, realizado pela pesquisadora Raila Souto Pinto Menezes, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, e estou ciente que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador

Mãe da criança

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – (PROFISSIONAIS E GERENTES DOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA)

Caro profissional de saúde,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Meu nome é Raila Souto, sou enfermeira, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sua participação é importante, porém você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa é intitulada: “Programa Nacional de Triagem Neonatal: avaliação de desempenho das unidades de coleta dos Centros de Saúde da Família da sede no município de Sobral- CE no ano de 2012”. Tem como objetivo geral avaliar o desempenho das unidades de coleta do Programa Nacional de Triagem Neonatal dos Centros de Saúde da Família da sede no município de Sobral-CE no ano de 2012.

Esclareço que haverá também a participação neste estudo das mães das crianças que foram atendidas no Programa de Triagem Neonatal nas unidades de coleta nos Centros de Saúde da Família da sede, em Sobral. Neste sentido, estou solicitando sua contribuição nesse estudo. Será aplicado um questionário que abordará perguntas abertas relacionadas à: rotinas de trabalho na triagem neonatal assim como os limites e potencialidades percebidas nessas atividades. As informações serão gravadas em áudio.

Gostaria de deixar claro que essas informações são **sigilosas**, e principalmente seu nome não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangido, envergonhado, durante a aplicação do questionário, você tem o direito de pedir para interrompê-lo, sem causar prejuízos. Em nenhum momento haverá ônus financeiro para você, nem acarretará riscos a sua saúde. Também não haverá compensação financeira condicionada à sua participação.

Informo ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento.
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para a melhoria da assistência na Triagem Neonatal.
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento.

Se necessário entrar em contato com esta pesquisadora para quaisquer esclarecimentos, poderá dirigir-se à:

Nome: Raila Souto Pinto Menezes

Endereço: Rua Radialista Francisco Aristeu Barbosa, 177 – Bairro Domingos Olímpio – Sobral

Contato: (88) 99250310 e-mail: railasouto@hotmail.com

Poderá também, caso queira realizar questionamentos com relação a esta pesquisa, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, que se localiza na Rua General Rangel nº 186, bairro Derby – Telefone: (88) 3677.4255.

Diante disso, gostaria muito de poder contar com sua colaboração.

Atenciosamente,

Pesquisador

Profissional de Saúde

Consentimento Pós – informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende avaliar as unidades de coleta do Programa Nacional de Triagem Neonatal nos Centros de Saúde da Família da sede no município de Sobral-CE, cujo título é: “**Programa Nacional de Triagem Neonatal: avaliação de desempenho das unidades de coleta dos Centros de Saúde da Família da sede no município de Sobral- CE no ano de 2012**”, realizado pela pesquisadora Raila Souto Pinto Menezes, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, e estou ciente que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador

Profissional de saúde

ANEXO A – QUESTIONÁRIO ADAPTADO APLICADO JUNTO ÀS UNIDADES DE COLETA. (Botler, 2010).

COMPONENTE	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÃO
GERAL	EF- 1) Quantas vezes por semana são realizadas as coletas para triagem neonatal?(1a7 dias- 2; 1 dia – 1; nenhum dia – 0		
	EF-2) Em quantos turnos diários são realizadas as coletas de triagem neonatal, (dia inteiro – 2; meio turno - 1)?		
	EF-3) Qual o horário determinado para realização das coletas?		
	EF-4) Qual o tempo de tolerância dado para as crianças que chegam fora do horário regular de coletas?(2- coleta a qualquer hora; 1- até 1/2 hora após; 0- não há tolerância;)		
	EF-5) Em caso de não realização da coleta em virtude do horário, é feito algum registro do nome da mãe ou da criança em questão? (1- sim; 0- não)		
	EF-6) É monitorado se a criança que não teve coleta realizada por causa do horário de chegada voltou e quanto tempo levou? (1-sim; 0-não)		
	EF- 7) Há alguma rotina prevista para coleta nos finais de semana/feriados? (1-sim; 0-não)		
	EF-8) Como você procede quando uma mãe residente em região coberta por outra Unidade de Saúde comparece para a realização do teste na sua Unidade?(2- realiza a coleta; 1- encaminha para a Unidade de Coleta de onde reside; 0- Outra?)		
	EF-9) A busca ativa é feito em horário diferente do horário de coleta (1- sim; 0-não; 2- ambos os horários)		
	EF-10) Há alguma rotina prevista para busca ativa nos finais de semana/feriados? (1-sim; 0-não)		
	EF-11) Como é feita a comunicação da Unidade de Coleta com outras instâncias externas (1-telefone, 2- fax, 3-computador, 4-internet, 5- outros? quais?) (Obs.: Exemplos de instâncias externas: outras Unidades de Coleta, a Secretaria Municipal de Saúde, o SRTN, os usuários, etc.)		
	EF-12) Há quanto tempo a Unidade de Coleta realiza os procedimentos de Triagem Neonatal? (1- ≤ 1 ano; 2- > 1 a 2 anos; 3- > 2 a 4 anos; 4> 4 anos)		

	EF-13) Qual o perfil administrativo da Unidade de Coleta? (1- vinculada à SES; 2- vinculada à SMS; 3- filantrópica; 4- mista (pública e privada); 5- privada vinculada ao SUS; 6- privada sem vínculo com SUS; 7- outros? Quais?)		
RECURSOS HUMANOS	RH-1) Os funcionários que trabalham para a triagem neonatal realizam outras funções além da triagem neonatal? (2- nunca; 1- excepcionalmente; 0- regularmente)		
	RH-2) Os profissionais que fazem as coletas têm algum treinamento prévio sobre manuseio de material biológico? (1-sim; 0-não)		
	RH-3) Existe ao menos uma recepcionista ou auxiliar administrativo para atendimento da triagem neonatal? (1-sim; 0-não)		
	RH-4) Nº de profissionais que realizam a coleta?		
	RH-5) Quantos profissionais que fazem coleta receberam treinamento para TN? (2- todos; 1- parte; 0- nenhum)		
	RH-6) Nº de profissionais que realizam a busca ativa (se esta atividade for realizada na Unidade de Coleta)?		
	RH-7) Quantos profissionais que realizam a busca ativa receberam treinamento específico sobre Triagem Neonatal? (2- todos; 1- parte; 0- nenhum)		
	RH-8) Existe, na UC, estrutura específica de Serviço Social para dar apoio nos procedimentos de busca ativa? (1-sim; 0-não)		
	RH-9) Os profissionais que realizam a coleta são os mesmos que realizam a busca ativa? (1-sim; 0-não)		
	RH-10) Por quanto tempo os profissionais da UC permanecem nas atividades relativas à TN (1- mais de 1 ano; 0- menos de 1 ano)?		
	RH-11) A UC notifica o SRTN quando há substituição de algum profissional que realiza coletas/busca ativa? (1-sim; 0-não)		
	RH-12) A UC dispõe de manual para orientação sobre os procedimentos de coleta e busca ativa? (1-sim; 0-não)		
	RH-13) Quem são os profissionais que realizam as coletas? (marque as opções que se aplicarem) 1- Médico(s); 2- Enfermeiro(s); 3- Técnico(s) de Enfermagem; 4- Agente(s) de Saúde; 5- Flebotomista(s); 6- Outros? Quais?		
	RH-14) Quem são os profissionais que realizam a busca ativa? (marque todas as opções que se aplicarem) 1- Médico(s); 2- Enfermeiro(s); 3- Técnico(s) de Enfermagem; 4- Agente(s) de Saúde; 5- Assistente(s) Social (is); 6- Outros? Quais?		
	RH-15) Nos últimos 2 anos, quantas avaliações de desempenho de cada profissional foram feitas?(1- nenhuma; 2- 1 a 2; 3- 3 ou mais)		

PROCEDIMENTOS DE COLETA E TRANSPORTE DE AMOSTRAS	PT-1) Qual a forma de registro utilizado pela UC das amostras novas? (2- Livro de Ata; 1- outras formas de registro; 0- Nenhuma)		
	PT-2) No caso em que há registro das amostras novas, os dados estão completos conforme as orientações do Manual do PTN brasileiro? (1- sim; 0- não)		
	PT-3) Há registro das amostras reconvocadas? (1- sim; 0- não)		
	PT-4) Na UC há material educativo disponível sobre a TN (cartazes, informativo, folders, outros)? 1- sim; 0 – não)?		
	PT-5) Com que frequência a UC recebe material para coleta (1- 1 vez/mês; 2- 2 vezes por mês; 3-1 vez a cada 2 meses; 4- outros) ?		
	PT-6) Já houve interrupção da coleta por falta de material para coleta nos últimos 12 meses? (1-não; 0-sim)		
	PT-7) (<i>Caso a resposta anterior tenha sido positiva</i>) Por quanto tempo? (1- 1 a 5 dias; 2- 6 a 14 dias; 3- ≥ 15 dias)		
	PT-8) Há um manual com orientações sobre os procedimentos relacionados à TN disponível para os profissionais envolvidos na atividade (1- sim; 0- não)		
	PT-9) Há controle da data e quantidade do material recebido para coleta (lancetas, filtros, etc.)? (1-sim; 0-não)		
	PT-10) O nº seqüencial único de identificação do cartão de papel-filtro é registrado no cadastro da criança na Unidade de Coleta ? (1-sim; 0-não)		
	PT- 11) Como os pais são informados sobre a coleta do Teste do Pezinho? (3- Pré-natal; - 2-Maternidade; 1- Visita puerperal; 0- Outros)		
	PT-12) Quando a criança traz encaminhamento do pediatra, com solicitação de TN para um nº maior de doenças, qual o procedimento adotado? (1- a coleta é realizada e a família encaminhada a um laboratório privado para a TN das demais; 0,5- a coleta não é realizada e a criança é encaminhada; 0- outros? Quais?)		
	P-13) Qual o prazo mínimo informado aos pais para coleta? (2 - a partir do 3o. dia; 1- a partir do 2o. Dia; 0 - no primeiro dia de vida)		

PROCEDIMENTO DE COLETA E TRANSPORTE DE AMOSTRAS			
	PT- 14) Qual o prazo máximo informado aos pais para coleta? (2 - até o 7º dia de vida; 1- até o 10º dia de vida: 0 - > 10 dias de vida)		
	PT-15) Para cada coleta, são realizados os seguintes procedimentos de controle: a) Checagem se os dados do bebê/mãe no cartão estão corretos, completos, precisos e legíveis? (1-sim; 0-não)		
	b) Existem procedimentos para evitar trocas de amostras ? (1-sim; 0-não)		
	c) A UC mantém em seus arquivos as informações sobre a coleta e os seus resultados? (1-sim; 0-não)		
	PT-16) Há monitoramento sobre a qualidade do sangue da amostra no momento da coleta? (1-sim; 0-não)		
	PT-17) Em que posição, as amostras ficam secando? (2- suspensas e sem contato umas com as outras; 1- deitadas sobre uma superfície separadas; 0- deitadas e superpostas;)		
	PT-18) Por quanto tempo as amostras ficam secando? (0- < 1 hora; 1- 1 a 2 horas; 2- > 2 horas)		
	PT-19) Há um procedimento padronizado para quando houver recusa dos pais em autorizar a coleta? (1-sim; 0-não)		
	PT-20) Há revisão periódica dos nº e motivos para recusa para avaliar possíveis modificações no programa?(1-sim; 0-não)		
	PT-21) Há previsão para nova coleta nos casos em que houve transfusão de sangue? (2- ≥ 30 dias; 1- < 30 dias; 0- não)		
	PT-22) Há checagem sobre se todos RN atendidos na Unidade de Saúde foram submetidos à coleta? (1-sim; 0-não)		
	PT-23) Se houver transferências de RN para outra Unidade de Saúde, há Encaminhamento para realização de coleta? (1-sim; 0-não) (em caso de hospital)		
	PT-24) Há checagem para que todas as crianças internadas tenham coletas feitas até o 7º dia de vida? (1-sim; 0-não; 0- não se aplica) (em caso de hospital)		
PT- 25) Qual o tempo aproximado de armazenamento das amostras entre a coleta e o envio ao laboratório? (3- 1 dia; 2- 2 dias; 1- 3			

	dias; 0- ≥ 4 dias)		
	PT-26) Como são armazenadas as amostras colhidas até que sejam transportadas ao laboratório (3- geladeira; 2- congelador; 1 - prateleira; 0- outros)?		
	PT-27) Durante o armazenamento, como são acondicionadas as amostras? (2- individualmente; 1 - em conjunto; 0- outros?)		
	PT-28) A UC mantém registros sobre envio das amostras até o SRTN? Marque as opções que se aplicam: 1- data de envio; 2- nº de envelope, 3- relação das amostras enviadas, 4- outros? Quais?		
	PT-29) Qual o meio de transporte utilizado - marque os que se aplicam (1-correio; 2-courier;, 3-entrega pessoal; 4- malote; 5- outros? Quais?)		
	PT-30) Com que frequência as amostras são enviadas ao laboratório (3- sempre que há amostra colhida; 2- 2 vezes/semana; 1- 1 vez/sem; 0- períodos > 7 dias)		
	PT-31) Há meio de transporte alternativo para as amostras no caso de interrupção do meio regular? (1-sim; 0-não)		
	PT-32) Nos últimos 12 meses, houve interrupção no transporte das amostras até o SRTN? Em caso positivo, explique as razões. (1-sim; 0-não)		
	PT-33) Existe alguma relação das amostras enviadas, para protocolo e checagem da sua chegada no SRTN? (1-sim; 0- não)		
ENTREGA DE RESULTADOS E BUSCA ATIVA	BA-1) Como os resultados normais de TN chegam aos pais? (2- Entrega pela UC; 1- Envio pelo correio; 0- outros?)		
	BA-2) Qual o tempo estimado para que a UC tenha os resultados disponíveis para os pais? (3 - ≤ 7 dias; 2- 8 a 15 dias; 1- 16 a 30 dias; 0- > 30 dias)		
	BA-3) A UC mantém algum registro da entrega de resultados aos responsáveis? (1-sim; 0-não) Onde?		
	BA-4) Quem contata os pais e reconvoca as crianças em caso de amostra inválida ou resultado alterado (2- UC; 1- SRTN; 0- outros?)		
	BA-5) A UC controla as datas de reconvocação na UC e no SRTN? (1-sim; 0-não)		
	BA-6) Quando há dificuldade na localização das famílias/recusa em comparecer, que mecanismos são acionados: (marque os que se aplicarem) 1- Secretaria Municipal de Saúde; 2- Conselho Tutelar; 3- Imprensa (rádio, televisão, jornal, etc.); 4- Outros? Quais? (Polícia, Bombeiros, etc.)		

	BA-7) A Unidade de Coleta checa se as famílias de fato compareceram : a. À Unidade de Coleta para realização da 2a. Coleta? (1-sim; 0-não) b. Ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal para confirmação diagnóstica? (1-sim; 0-não)		
	BA-8) Quanto aos resultados confirmatórios dos casos convocados por resultado alterado, a Unidade de Coleta: 1- recebe e registra na ficha; 0- não recebe)		
DESEMPENHO			
RESULTADO	RC-1) Total de amostras colhidas no ano		
	RC-2) Total de profissionais que foram treinados		
	RC-3) Total de amostras colhidas < 7 dias/ano		
	RC-4) Total de amostras colhidas com 8 a 30 dias/ano		
	RC-5) Total de amostras colhidas > 30 dias/ano		
	RC-6) Total de convocações por inadequações de coleta/identificação de amostras		
	RC-7) Total de comparecimentos na UC após reconvocação		
	RC-8) Média de tempo entre nascimento e coleta		
	RC-9) Média de tempo entre coleta e chegada ao laboratório		