

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA**

DENISE HELENA CAJAZEIRA CAMPOS

**CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM MUNICÍPIOS DO
PARANÁ: QUALIDADE DO CUIDADO E EFETIVIDADE NA ATENÇÃO AO
CÂNCER BUCAL**

CURITIBA

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

DENISE HELENA CAJAZEIRA CAMPOS

**CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM MUNICÍPIOS DO
PARANÁ: QUALIDADE DO CUIDADO E EFETIVIDADE NA ATENÇÃO AO
CÂNCER BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, na Área de Concentração Saúde Coletiva, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Julio César Bisinelli.

CURITIBA

2008

DENISE HELENA CAJAZEIRA CAMPOS

**CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EM MUNICÍPIOS DO
PARANÁ: QUALIDADE DO CUIDADO E EFETIVIDADE NA ATENÇÃO AO
CÂNCER BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, na Área de Concentração Saúde Coletiva, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Julio César Bisinelli.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Julio César Bisinelli
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. Dr. Marina de Oliveira Ribas
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck
Universidade Federal de Minas Gerais

Curitiba, ____ de _____ de 2008.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela proteção e saúde, à Mãe Santíssima pela bondade e conforto, a Jesus pela luz e pelos momentos com apenas suas pegadas na areia.

Aos meus pais Waldyr e Elisionete, pela vida maravilhosa que me deram e em especial a minha querida e doce mãe, sempre presente em todos os momentos, não deixando que eu fraquejasse jamais.

Ao meu querido marido Scyllas, por toda a compreensão pelas horas e dias ausentes, pelo estímulo e carinho sem fim.

Aos meus filhos, Bruno, Franco e Lucca, por existirem.

Ao meu orientador, Prof^o Julio Bisinelli pela tranquilidade e por acreditar em mim.

A Prof^a Simone Tetü Moysés, pelo carinho, e pela generosidade com que sempre partilhou seus tantos conhecimentos.

Um agradecimento especial a turma do mestrado, pelo companheirismo e amizade em todas as horas.

A todos aqueles que, de alguma forma, colaboraram para a realização desta pesquisa.

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade e a efetividade do cuidado ao câncer bucal em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Paraná tendo por indicador de resultados o intervalo entre a primeira consulta e o diagnóstico (tempo profissional) e comparar na capital, Curitiba, o tempo profissional no CEO e Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Erasto Gaertner(HEG). **Método:** estudo descritivo transversal com pesquisa avaliativa. A amostra foi composta de sete CEO no Paraná. Os dados foram coletados por instrumentos do Programa Nacional de Avaliações de Serviços de Saúde (PNASS) e análise dos prontuários dos casos de câncer bucal dos CEO no período de 2005 a 2007. No CACON / HEG, foram analisados os prontuários de casos de Curitiba referenciados por generalistas e diagnosticados no HEG no mesmo período. As análises compreenderam estatística descritiva, testes de correlações, testes de comparações de médias e coeficiente de variação. **Resultados:** Os CEO obtiveram em média: 74% de conformidade aos padrões, 68% de satisfação profissional e 28 dias para diagnóstico. As correlações entre tempo profissional e gestão de equipamentos apontaram coeficiente de determinação $r^2 = 0,71$ ($p = 0,01$) e entre humanização da atenção e tempo profissional $r^2 = 0,73$, ($p = 0,01$). 71% da variação do tempo profissional nos CEO foi explicada pela gestão de equipamentos e 73% pela humanização da atenção. Os tempos profissionais de CEO - Ctba e CACON foram em média de 27 e 37 dias. Estádios III e IV ao diagnóstico foram apontados em 58,3% dos casos no CEO-Ctba e em 61,1% no CACON. **Conclusões:** A qualidade do cuidado ao câncer bucal nos CEO está relacionada aos aspectos estruturais e subjetivos do cuidado e obteve resultados efetivos. A conformidade parcial aos padrões demonstrou necessidade de melhorias. No CACON, a prevalência de diagnósticos tardios demonstrou a necessidade do fortalecimento das medidas de prevenção e controle do câncer bucal.

Palavras-chave: Câncer bucal. Diagnóstico precoce. Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to assess care quality and oral cancer care effectiveness in the Centers for Dental Specialties (CEO) of Parana with the outcomes indicator the interval between the first consultation and diagnosis (professional delay) and compare in the capital, Curitiba, the professional delay between CEO- Curitiba and the High Complexity Centre on Oncology (CACON) at the Erasto Gaertner Hospital (HEG). **Method:** Cross descriptive study with evaluative research. The sample consisted of seven CEO in Parana. Data were collected by instruments of the National Assessment of Health Services (PNASS) and analysis of dental records of patients diagnosed with oral cancer in CEO between 2005 and 2007, and the medical records of patients from Curitiba diagnosed with oral cancer primarily in Erasto Gaertner Hospital between 2005 and 2007. The analysis comprised descriptive statistics, tests of correlations and coefficient of variation. **Results:** The CEO had on average: 74% of affirmative answers to the standards of compliance, 68% of job satisfaction and 28 days for diagnosis. The relations between professional delay and management of equipment with $p = 0,01$ pointed coefficient of determination (r^2) = 0.71 and humanization of care with $p = 0,01$ and (r^2) = 0.73. 71% of the variations of professional delay in CEO were explained by the management of the equipment and 73% for the humanization of care. The professional delays in CEO – Ctba and in CACON were on average 27 and 37 days. Stages III and IV at diagnosis were identified in 58,3% of the cases in CEO-Ctba and in 61,1% in CACON. **Conclusions:** The CEO showed quality of care due to the structural and subjective aspects of the care and obtained effective outcomes. The partial compliance showed the needs of improvement. In CACON the prevalence of later stage of diagnosis indicated the need of empowerment of prevention and control actions of oral cancer.

Key words: Oral cancer. Early diagnosis. Evaluation of health services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CV	Coefficiente de Variação de Pearson
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
HEG	Hospital Erasto Gaertner
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
IC	Intervalo de Confiança
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Classificação de Tumores Malignos

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos CEO em municípios do Paraná analisados no período 2005/2007	26
Tabela 2 – Roteiro de Padrões de Conformidades	27
Tabela 3 – Distribuição de grau de conformidade, média, intervalo de confiança e coeficiente de variação do roteiro de padrões de conformidade nos CEO.....	28
Tabela 4 – Distribuição de médias nas dimensões de roteiro de padrões de conformidade, relações de trabalho e tempo profissional com intervalo de confiança	29
Tabela 5 – Médias, respectivos intervalos de confiança dos tempos profissionais no CEO e no CACON – Curitiba e estágio clínico ao diagnóstico, segundo a classificação TNM	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 MÉTODO.....	14
3 RESULTADOS.....	18
4 DISCUSSÃO	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO A – INSTRUMENTO COMPONENTE DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	34
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA, DO CEP/PUCPR	47
ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA PRETENDIDA.....	51

CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO PARANÁ: QUALIDADE DO CUIDADO AO CÂNCER BUCAL

CENTERS OF DENTAL SPECIALTIES IN PARANÁ: QUALITY OF CARE ON ORAL CANCER

Denise Cajazeira Campos¹
Julio César Bisinelli²

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, enfocando as efetivas necessidades de saúde da população, propõe superar as desigualdades em saúde por meio da reorganização das práticas assistenciais com a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimento aos níveis secundário e terciário na área de saúde bucal, buscando a integralidade da atenção.¹⁵

Com a expansão do conceito de atenção básica e o aumento da diversidade de procedimentos, houve a necessidade de aumento do acesso aos serviços especializados. Nesse sentido, foram instituídos os critérios, as normas e os requisitos para a implantação e o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, através da Portaria nº. 599/GM de 23 de março de

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Odontologia-área de concentração em Saúde Coletiva. Rua Sete de Setembro, 1190. Centro – CEP 85900-220. Toledo-Pr
E-mail: cajacamp@uol.com.br. (45)3277-2868

² Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Odontologia-área de concentração em Saúde Coletiva. R. Imaculada Conceição, 1155. Prado Velho - CEP 80215-901 Cx. Postal 16210. Curitiba - PR – Brasil.

Correspondência:

Julio César Bisinelli: Rua Imaculada Conceição, 1155. Prado Velho. CEP 80215901. Cx postal 16210. Curitiba-Pr.

E-mail: julio.bisinelli@gmail.com

2006.¹⁷ Estes centros de referência para as unidades básicas ofertam um elenco mínimo de especialidades obrigatórias, dentre as quais a Estomatologia com ênfase no diagnóstico de câncer bucal.¹⁵

O câncer bucal é um grave e crescente problema de saúde pública no Brasil, constituindo 3% de todas as neoplasias, ocupando o sétimo lugar entre os tumores mais freqüentes (quinto mais comum entre os homens e sétimo entre as mulheres).⁷ O diagnóstico do câncer bucal é simples e deve ser precoce, pois sua evolução natural é rápida e num estágio avançado o tratamento é mutilador, ocasionando seqüelas estéticas e funcionais, ou ainda evoluindo para a morte do indivíduo. Por outro lado, o diagnóstico tardio resulta em aumento dos custos do tratamento e prolongamento da internação do paciente, ocasionando severo impacto no sistema de saúde.¹¹ Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de 1999 a 2003 mostraram que mais de 60% dos casos de câncer bucal foram diagnosticados tardiamente,⁸ indicando uma deficiência importante no diagnóstico destes tipos de câncer.

Os atrasos do início dos sintomas ao diagnóstico final são freqüentes. Contribuem para este atraso a evolução inicial assintomática da doença aliada à falta de informação dos pacientes, ao preparo limitado dos profissionais na detecção das lesões iniciais e a dificuldade no acesso aos serviços de saúde.¹⁰ Além disso, o paciente portador ainda pode sofrer com uma defasagem importante de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico, com uma média de lapso de tempo de até 198 dias.¹⁶ Este atraso de diagnóstico ligado ao profissional, quando superior a 30 dias, é considerado segundo Allison¹ um dos fatores preditores de risco da doença estar sendo diagnosticada em estágio avançado.

O câncer bucal é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce. O papel estratégico das ações de prevenção primária e detecção precoce ilustra a importância da atenção primária à saúde no controle do câncer bucal.²² A atenção secundária, embora imprescindível na retaguarda, para cumprir seu papel de referência, depende do modo como ocorre a interface entre os dois níveis de atenção.¹⁸

Por representar, na política de saúde bucal do SUS, uma das estratégias adotadas para a garantia da ampliação do acesso e qualificação da atenção especializada, o CEO é o objeto desta avaliação, particularmente no âmbito do cuidado ao câncer bucal.

Para Narvai,²⁰ a avaliação das ações e serviços de saúde constitui desafio permanente aos administradores e às autoridades de saúde. Na área odontológica, sem negar a relativa complexidade da avaliação em saúde bucal, é indispensável para que não se desperdice recursos e não se perca o rumo dos objetivos a alcançar.

Conill⁴ define avaliação como “um processo destinado a determinar a qualidade e a pertinência dos serviços prestados, comparando desempenho e resultados com parâmetros definidos em função de metas. Compara o que está sendo feito ou foi feito com o que deveria ter sido, ...”. A avaliação de qualidade segue o padrão das pesquisas de avaliação, que implicam geralmente a utilização de variáveis estruturais, de processo e de resultado, ao estabelecer relações de causalidade.²¹

Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi aferir a qualidade do cuidado nos CEO em municípios do Paraná e avaliar sua efetividade como serviço de

referência na atenção ao câncer bucal. No município de Curitiba estendeu-se a comparar os tempos profissionais do CEO e do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Erasto Gaertner (HEG).

2 MÉTODO

Este estudo caracterizou-se como quantitativo, com delineamento transversal descritivo e pesquisa avaliativa, dado o objetivo de conhecimento, a posição externa do avaliador, o enfoque priorizado da efetividade e a utilização da informação para demonstração.²¹ A população de estudo foram os quarenta CEO implantados no Paraná até o ano de 2007.

A amostra inicial foi composta de quatorze CEO no Paraná, do tipo I (três consultórios), II (quatro a seis consultórios) e III (sete ou mais consultórios) situados em municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde. Dos quatorze, sete atendiam aos critérios de inclusão: estar habilitado para o município ou para o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), em funcionamento desde 2005 e realizando procedimentos de confirmação diagnóstica de câncer bucal.

O estudo foi aprovado pelo CEP da PUCPR sob o número 2017, pelo CEPEP do HEG sob o número 1689, pelos CEP das Secretarias Municipais de Saúde de Curitiba e de Londrina. Nos demais CEO foi obtida a autorização dos gestores locais.

Na caracterização dos CEO, foi observado o tipo de CEO, a parceria com Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) ou com o município, a qualificação profissional, o vínculo empregatício, o número de casos de câncer bucal no período 2005 – 2007 e a existência de CACON, que visam à descentralização e a continuidade do tratamento oncológico no município.

Para aferir a qualidade do cuidado e avaliar a efetividade na atenção ao câncer bucal, foram consideradas as seguintes dimensões de análise: estrutura/processos, relações de trabalho e resultados.

Para estabelecer o tempo profissional dos CEO no diagnóstico do câncer bucal, foram analisados os casos diagnosticados nas unidades no período de 2005 a 2007. Na determinação do tempo profissional do CACON / HEG, foram analisados os prontuários de casos de Curitiba referenciados por generalistas e diagnosticados no HEG no mesmo período. Foram também coletados no serviço de arquivo médico do HEG os dados de estágio de doença ao diagnóstico de pacientes diagnosticados no CEO-Curitiba e no HEG, e categorizados utilizando a classificação de tumores malignos (TNM).⁹

Para a coleta de dados da aferição da qualidade do cuidado foram usados os instrumentos de coleta de duas das dimensões avaliativas do Programa Nacional de Avaliações de Serviços de Saúde (PNASS),¹⁴ instrumento para qualificação da assistência nos serviços de média complexidade do SUS: roteiro de padrões de conformidade e pesquisa das condições e relações de trabalho.

O roteiro de padrões de conformidade para ambulatorios de média complexidade é composto de dez critérios de avaliação divididos em três blocos temáticos, apresentados na Tabela 2.

Na avaliação de cada critério são considerados seis padrões de conformidade, ferramentas conceituais que balizam o exercício das práticas e permitem aferir seu cumprimento,⁵ classificados em imprescindíveis, necessários e recomendáveis. Cada critério recebe uma pontuação máxima de doze pontos com atribuição de um escore em porcentagem (resultado da razão da pontuação obtida pela pontuação máxima possível de ser obtida multiplicada por 100).

Os padrões comissão de revisão de prontuários, programa de controle de infecção hospitalar, rastreamento de medicamentos, distribuição de medicamentos

por dosagem unitária, garantia de visita aberta, não foram aplicados em virtude do perfil assistencial dos centros:

Na apuração do roteiro de padrões de conformidade além do escore em porcentagem, foi atribuída a cada bloco temático uma classificação de acordo com os graus de conformidade da resposta obtida com os padrões estabelecidos.⁵

- .Conformidade: para os critérios cujos padrões tiveram total cumprimento.
- Conformidade parcial: para os critérios em que alguns padrões foram cumpridos, mas que, no entanto, ainda são necessárias melhorias para alcançar conformidade.
- Não – Conformidade: para os critérios cujos padrões não foram cumpridos de nenhum modo.

Para a pesquisa das condições e das relações de trabalho utilizou-se um questionário estruturado com respostas variando de muito bom a muito ruim. Para análise de resultados, o resultado da razão entre a soma de muito bom e bom e o número de profissionais respondentes foi multiplicado por 100. O escore obtido correspondeu à percepção dos profissionais sobre o clima organizacional e a qualidade dos serviços prestados.

O Roteiro de Padrões de Conformidade foi preenchido pelos sete gestores locais dos CEO. A Pesquisa de Relações e Condições de Trabalho foi respondida pelas equipes de Diagnóstico Bucal (oito cirurgiões-dentistas e nove auxiliares de consultórios e técnicos de higiene dental).

A aferição da qualidade do cuidado foi apresentada em escores representativos dos graus de conformidade da resposta obtida com o padrão

estabelecido, e da satisfação dos profissionais com o clima organizacional e a qualidade dos serviços prestados.

Para adequação dos instrumentos e verificação de tempo para preenchimento dos questionários, foi feito um estudo-piloto no CEO – Distrito Sanitário Matriz em Curitiba.

As variáveis de interesse explanatório (independentes) foram os tipos de estrutura de CEO, os escores obtidos no roteiro de padrões de conformidade e na pesquisa das condições e das relações de trabalho. A variável de resposta (dependente) foi o tempo profissional (tempo decorrido entre primeira consulta e diagnóstico final)¹ nos CEO e no CACON/HEG

A análise dos dados foi realizada por meio do programa estatístico SPSS 16.0 e incluiu o método de estatística descritiva (aritmética) e o coeficiente de variação de Pearson na caracterização de variabilidade e homogeneidade das médias dos conjuntos de dados nos CEO. A relação entre as variáveis foi identificada por teste de correlação simples de Pearson, comparação de médias, por análise da variância (ANOVA) e não-paramétrico (teste de Mann-Whitney), conforme a distribuição. Em todos os casos, adotou-se o nível de 5% ($p < 0,05$) para a significância estatística.

3 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil dos CEO analisados nesta pesquisa quanto a sua localização, tipo, vínculo trabalhista, qualificação do profissional, suporte em alta complexidade (CACON) e número de casos de câncer bucal tratados no período estudado. Os sete CEO investigados se apresentaram majoritariamente como do tipo II, dos quais, 90% com especialista no serviço de Diagnóstico Bucal. 71% dos profissionais ingressaram por concurso público e 28% por contratações informais (contrato temporário ou prestação de serviços). Dos CEO habilitados em CIS, apenas um promoveu concurso público.

Dos quatro CEO em municípios menores (menos de 100.000 habitantes), três foram habilitados em CIS estendendo o atendimento a 53 municípios. Dos sete, quatro possuíam suporte em alta complexidade, garantindo a continuidade do tratamento no próprio município. A responsabilidade pela guia de encaminhamento ao CACON é dos CEO, quando habilitados para o município, e dos municípios associados para aqueles habilitados em consórcio.

A análise de padrões de conformidade nos CEO avaliados é apresentada na Tabela 3:

Foi observada Conformidade parcial dos Blocos I – Gestão organizacional e II – Apoio técnico e logístico com coeficiente de variação de Pearson de 9% e 12% respectivamente, indicando pequena variabilidade de respostas e homogeneidade de médias nos aspectos de gestão organizacional e apoio técnico e logístico entre os CEO para padrões como comunicação e integração com a comunidade, pesquisa de satisfação do usuário para tomada de decisão, educação permanente para ações de controle de infecções, utilização gerencial de indicadores, controle predial e patrimonial.

Aspectos de conformidade foram encontrados em relação à garantia da ética profissional, com atividades, responsabilidades e competências definidas, utilização das referências garantindo a continuidade da atenção, garantia de equipamentos de proteção individual e coletiva e equipamentos disponíveis em condições de uso e compatíveis com a finalidade a que se propõem.

Conformidade parcial do Bloco III-Gestão da atenção à saúde com coeficiente de variação de Pearson de 31% evidenciando a grande variabilidade de respostas e heterogeneidade de médias entre os CEO nos padrões referentes a ações para redução das filas, métodos para identificação dos profissionais para os usuários, realização de ações pró-ativas para a elevação da satisfação de usuários e profissionais, e mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção.

A Tabela 4 apresenta os resultados referentes à aplicação do roteiro de padrões de conformidades, pesquisa das condições e relações de trabalho e tempo profissional para diagnóstico por CEO pesquisado. A conformidade aos padrões obteve uma média de 75% de respostas afirmativas nos CEO, a satisfação dos profissionais com clima organizacional e qualidade dos serviços prestados foi em média de 68%, tendo-se como consenso entre os dentistas, a alta satisfação com a qualidade dos serviços prestados e a insatisfação com o salário. O tempo profissional médio para diagnóstico foi de 28 dias. Houve maior diferenciação do CEO de Foz do Iguaçu nas dimensões padrão de conformidades e relações e condições de trabalho e no tempo profissional.

O teste de correlação de Pearson demonstrou não haver relações estatisticamente significativas entre as variáveis roteiro de padrões de conformidades e tempo profissional, e entre pesquisa das condições e relações de

trabalho e tempo profissional. Porém, uma análise mais detalhada por critérios mostrou haver correlação estatisticamente significativa entre tempo profissional e dois dos critérios do roteiro de padrões de conformidades: gestão de equipamentos e humanização da atenção.

O teste de correlação de Pearson entre gestão de equipamentos e tempo profissional apontou coeficiente de determinação $r^2 = 0,71$ ($p=0,014$) e entre humanização da atenção e tempo profissional $r^2 = 0,73$ ($p= 0,019$), significando que 71% da variação do tempo profissional nos CEO pôde ser explicada pela gestão de equipamentos e 73% pela humanização da atenção. A correlação entre o roteiro de padrões de conformidade e o tipo de estrutura dos CEO (I, II ou III), apontou correlação positiva com $r^2= 0,62$ ($p= 0,03$), explicando 62% da variação na conformidade aos padrões pelo tipo de estrutura.

A Tabela 5 permite comparar os resultados analisados do CEO-Curitiba e do CACON/ HEG. O tempo médio profissional encontrado no HEG foi de 37 dias e no CEO-Curitiba, de 27 dias. Na comparação de médias o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, mostrou haver diferenças estatisticamente significativas entre as médias de tempo profissional com $p= 0,00$. O estágio clínico ao diagnóstico pôde ser observado em 36 dos 40 prontuários investigados no CACON/HEG e em 12 dos 20 casos do CEO-Curitiba com seguimento no CACON/HEG. Estágio avançado ao diagnóstico (EIII e EIV) foi observado em 58,3 % dos casos diagnosticados no CEO-Curitiba e em 61,1% dos casos diagnosticados no CACON/HEG.

4 DISCUSSÃO

O câncer bucal apresenta características que favorecem a detecção precoce, como fatores de risco definidos (homens, acima de 40 anos, tabagistas, etilistas, excessiva exposição solar). Embora nem todos os pacientes apresentem os fatores de risco clássicos, exames regulares podem ser limitados aos grupos que se incluam neste perfil de risco, com seu posterior encaminhamento ao nível secundário ou terciário para confirmação ou não do diagnóstico da doença¹⁶.

A implantação dos CEO possibilitou a necessária descentralização dos atendimentos de casos suspeitos ou confirmados de câncer bucal, evitando tanto os deslocamentos dos pacientes até os centros especializados, com sobrecarga destes, já com demanda elevada, como a piora do prognóstico pelo atraso no diagnóstico e início do tratamento.¹¹ A recomendação do Ministério da Saúde é que os CEO atuem como local de acolhimento (em consonância com a Atenção Básica) dos pacientes identificados e como espaço para o planejamento do tratamento odontológico reabilitador ao longo do tratamento oncológico.¹⁶

Nos municípios de menor porte no Paraná é bastante comum a existência de CIS, se constituindo numa parceria capaz de potencializar a atenção à saúde, ou ainda, numa forma de conciliar interesses e aperfeiçoar recursos que levem à concretização do SUS no interior do país.¹²

A pesquisa confirmou a predominância da parceria dos CEO com os CIS em municípios menores, possibilitando tanto a descentralização dos atendimentos, quanto o acesso dos municípios aos serviços de referência. Por outro lado, evidenciou-se que a ampliação do número de usuários ocorreu com diminuição das cotas por especialidade a que os municípios associados têm direito, aumentando os riscos de se perder o controle dos casos que necessitariam de um maior

acompanhamento e avaliação. Além disso, foi constatada a precarização das relações de trabalho nestes CEO, pelo número de contratações informais, com somente um consórcio tendo realizado concurso público. Situações similares foram encontradas por Baldani ² no Paraná, e por Souza²⁴ no Rio Grande do Norte, em estudos da inclusão da saúde bucal no PSF (Programa Saúde da Família). Os autores relataram como consequências deste tipo de contratação às perdas substantivas de garantias trabalhistas, a instabilidade no emprego, o enfraquecimento do vínculo e, pela ausência de mecanismos claros de seleção, o favorecimento das práticas clientelistas.

Embora tenha limitações pelo tamanho da amostra, mediante as correlações positivas entre desempenho no roteiro de padrões de conformidade e tipo de CEO e as correlações negativas entre tempo profissional e gestão de equipamentos e humanização da atenção, este estudo suporta a idéia que os aspectos estruturais e subjetivos da relação assistencial podem estar associados à qualidade e ao desempenho dos CEO no cuidado ao câncer bucal.

Estas observações são confirmadas por Donabedian, ⁶ que afirma que quanto mais adequados os processos praticados, maiores as chances de atingir resultados efetivos. Além disso, reforçam os princípios da Política de Humanização do SUS, que explicita que melhorias da assistência à saúde e a qualidade de vida de usuários e profissionais de saúde são essenciais para a produção de saúde. ²³

A distribuição homogênea nos CEO das situações de conformidade parcial aos padrões de qualidade sugere que para a gerência da prestação dos cuidados há necessidade do desenho e aplicação de normas, regulamentos e rotinas que organizem o processo de trabalho neste segmento da assistência, contribuindo tanto

para a melhoria contínua da qualidade como para o aumento da segurança nos cuidados ao paciente.⁵

É consenso na literatura que a mortalidade por câncer possa ser reduzida se as lesões forem detectadas, diagnosticadas e tratadas em estágio precoce, sendo fundamental para um melhor prognóstico, a agilidade na confirmação diagnóstica e rapidez no encaminhamento aos centros especializados dos casos suspeitos.¹⁹

Os dados revelaram nos CEO analisados o cumprimento do seu papel de referência, com confirmação diagnóstica e encaminhamento para tratamento em tempo hábil. De acordo com Allison,¹ tal lapso de tempo, inferior a trinta dias, não contribuiu para o risco de a doença estar sendo diagnosticada tardiamente.

Em Curitiba, o tempo profissional no CEO foi inferior ao do CACON/HEG. Porém, foram predominantes no CEO (58,3%) e no CACON (61,3%), os casos diagnosticados tardiamente. Estes resultados são consistentes com os apontados na literatura^{3, 25} e, embora não se tenha dados para tal conclusão, pode-se especular que não sejam diferentes dos que ocorrem no restante do país.

Entre as ações propostas pela política de saúde bucal do SUS, têm-se a ampliação e qualificação da atenção básica como premissas à organização do modelo e à consolidação do Sistema. A este nível cabe, dentre outras ações: prevenção e controle do câncer bucal; inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica e inserção da saúde bucal na estratégia de Saúde da Família. Nessa estratégia, a ampliação do acesso se dá também pela ação dos agentes comunitários de saúde (ACS), elo entre os serviços de saúde e os moradores, que se responsabilizam por meio das visitas domiciliares e outras estratégias, pela vigilância de problemas e agravos de saúde das pessoas.¹³

Os indivíduos de risco precisam ter acesso fácil ao exame que deve ser simples e efetivo. Por uma questão de custo-benefício e pela maior proximidade com a população, recomenda-se que as ações de detecção precoce concentrem-se na atenção básica.²² Uma vez que também cabe aos ACS o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção das doenças bucais mais prevalentes no seu território de atuação,¹³ parece ser bastante viável a sua capacitação pelos cirurgiões-dentistas na identificação das lesões suspeitas de câncer bucal, havendo a identificação, caberia aos dentistas a rápida confirmação dos achados clínicos positivos e a tomada de decisão quanto ao encaminhamento ao CEO ou ao CACON, possibilitando maior chance de um prognóstico mais favorável pela precocidade diagnóstica e terapêutica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade do cuidado ao câncer bucal nos CEO avaliados em municípios do Paraná revelou aspectos positivos, tendo como fatores associados ao seu desempenho e resultados estrutura, a gestão de equipamentos e a humanização na atenção.

A habilitação em consórcios permitiu a ampliação do acesso aos serviços de referência, embora a diminuição do número de consultas por município, dificulte o maior controle do paciente. A precarização das relações de trabalho evidenciada, embora não determinante da qualidade da assistência, merece um aprofundamento nas investigações que venham a confirmar ou não a interferência nessa questão.

No CACON em Curitiba, os resultados prevalentes de casos diagnosticados tardiamente, sugerem a necessidade do estabelecimento de estratégias que possibilitem um maior fortalecimento das ações de prevenção e controle do agravo na Atenção Básica.

Tabela 1 – Perfil dos CEO em municípios do Paraná analisados no período 2005/2007

CEO	TIPO	HABILITAÇÃO	VÍNCULO TRABALHISTA	QUALIFICAÇÃO	CACON	Nº DE CASOS DE CÂNCER BUCAL
Curitiba	II	Municipal	Concurso	Pós-graduação	X	40
Londrina	III	Municipal	Concurso	Graduação	X	34
Foz do Iguaçu	III	Municipal	Concurso	Pós-graduação	X	12
Umuarama	II	consórcio	Contrato	Pós-graduação	-	4
Apucarana	II	consórcio	Contrato	Pós-graduação	-	34
Pato Branco	II	consórcio	Concurso	Pós-graduação	X	6
Campo Mourão	II	municipal	Concurso	Pós-graduação	-	0

Fonte: A autora

Tabela 2 – Roteiro de Padrões de Conformidades

BLOCOS	CRITÉRIOS
I – Gestão organizacional	1. Liderança e organização 2. Demanda usuários e sociedade 3. Gestão da informação 4. Gestão de pessoas
II – Apoio técnico e logístico	5. Gerenciamento de risco 6. Gestão da infra-estrutura física 7. Gestão de equipamentos 8. Gestão de materiais 9. Higiene do ambiente e processamento de roupas
III – Gestão da atenção à saúde	10. Humanização da atenção

Fonte: Ministério da Saúde, 2004

Tabela 3 – Distribuição de grau de conformidade, média,* IC e+ C V do roteiro de padrões de conformidade nos §CEO

BLOCOS	MÉDIA (%)	IC (95%)	GRAU DE CONFORMIDADE	CV
I - Gestão organizacional	71	74,8- 64,0	parcial	9%
II - Apoio técnico e logístico	75	56,9 – 86,2	parcial	12%
III - Gestão da atenção à saúde	79	55,0 – 100,0	parcial	31%
Total	75	-	parcial	-

*Intervalo de Confiança; + Coeficiente de Variação; §Centros de Especialidades Odontológicas.

Fonte: A autora

Tabela 4 – Distribuição de médias nas dimensões de roteiro de padrões de conformidade, relações de trabalho e tempo profissional com IC*

DIMENSÃO				
CEO	ROTEIRO DE PADRÕES DE CONFORMIDADE %	PESQUISA DAS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO (%)	TEMPO PROFISSIONAL PARA DIAGNÓSTICO (DIAS/ IC- 95%)	
Curitiba	77	65	32	(26 - 35)
Londrina	88	85	25	(24 - 26)
Foz do Iguaçu	89	68	18	(7- 24)
Umuarama	68	70	30	(22 - 38)
Apucarana	59	65	22	(18 - 22)
Pato Branco	79	70	15	(12 - 18)
Campo Mourão	62	55	60	(57- 63)

* Intervalo de Confiança

Fonte: A autora

Tabela 5 – Médias e respectivos intervalos de confiança dos tempos profissionais no *CEO e no+ CACON – Curitiba e estágio clínico ao diagnóstico segundo a classificação §TNM

	POP	TEMPO MÉDIO (IC 95%)	ESTÁDIO CLÍNICO				TOTAL
			I	II	III	IV	
CEO	N = 20	27 25,51 – 31,79n	2	3	2	5	12
CACON	N = 40	37 34,99 – 38,030	6	8	8	14	36

*Centro de Especialidades Odontológicas;+Centro de Alta Complexidade em Oncologia;§Classificação de Tumores malignos
Fonte: A autora

REFERÊNCIAS

1. Allison P, Franco E, Black M, Feine J. The role of professional diagnostic delays in the prognosis of upper aerodigestive tract carcinoma. *Oral Oncology* 1998; 34: 147-53.
2. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 1026-1035
3. Campos JLG, Chagas JFS, Magna LA. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço* 2007;36:65-8.
4. Conill EM. Epidemiologia e sistemas de saúde. In: Tojal SBB, organizador. Manual conceitual do Curso de especialização à distância em Direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Programa de apoio ao fortalecimento do controle social no SUS Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 63-81.
5. Cordeiro H, Pereira TR, Costa-Junior H, Pereira ATS.. Acreditação como avaliação nos serviços de atenção primária. In: Hartz Z.; Felisberto E, V SLM, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. 22 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 153-166.
6. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring; the definitions of quality and approaches to its assessment. Michigan:Health Administration Press,1980.
7. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde (Brasil). Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
8. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde (Brasil). Situação de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
9. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde (Brasil). TNM: classificação de tumores malignos/ traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

10. Jitomirski F. Câncer bucal. In: Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 5 ed. São Paulo: Santos; 2008. p. 529-373.
11. Kowalski LP, Magrin J, Riera C, Coelho FR, Zeferino LC. Modelo de programa de prevenção e detecção precoce do câncer bucal. *Saúde Debate* 1991; 32:66-71.

12. Lima APG. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:985-96.

13. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos de Atenção Básica n.17 (série A normas e manuais técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

14. Ministério da Saúde (Brasil). Caderno do programa nacional de avaliação dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [acesso em: 11 maio 2007]. <<http://www.pnass.datasus.gov.br/documentos/cadernogestãodepessoas>>

15. Ministério da Saúde (Brasil); Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. A política nacional de saúde bucal: uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2006.

16. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 599/GM de 23/03/2006. Define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelece critérios, normas e requisitos para o seu credenciamento. Diário Oficial da União, s. 1, p.51. 16.

18. Morris AJ, Burke FTJ. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *Br Dent J* 2001, 191: 666-4.

- 19 Naffah MF, Cecílio MAM. Subsídios para um novo modelo de atenção ao câncer no Estado de São Paulo. *RAS* 2005; 7:95-111

20. Narvai PC. Avaliação de ações de saúde bucal. Oficina Saúde Bucal no SUS. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, 1996.

21. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34:547-79.

22. Parada R, Assis M, Silva RCF, Abreu MF, Silva AF, Dias MBK et al. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Rev APS* 2008; 11: 199- 206.

23. Perez RS, Freitas SM, Dedivitis RA, Rapoport A, Denardin OVP, Sobrinho JÁ. Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. *Arq. Int. Otorrinolaringol* 2007; 11:271-77.

24. Salgueiro JB, Ramos MZ, Falk MLR, Raymund MM, Schenkel SS. Avaliação das ações humanizadoras desenvolvidas na pediatria do hospital de clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA* 2007; 27:5-9.

25. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: 2727-2739.

**ANEXO A – INSTRUMENTO COMPONENTE DO PROGRAMA NACIONAL DE
AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO E DO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO

Número de cadastramento no CNES:

Número de Alvará Sanitário:

Data de Emissão do Alvará Sanitário:

Data de Validade do Alvará Sanitário:

Número do contrato com o SUS:

Data de validade do contrato:

Responsável pela Avaliação:

Função e CPF do responsável pela Avaliação:

Ministério da Saúde – MS

Secretaria de Atenção à Saúde – SAS

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC

Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

BLOCO I – GESTÃO ORGANIZACIONAL

1. LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	1. O funcionamento do estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.	D			3,28,84 125
I	2. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que Esteja acessível durante todo o período de funcionamento.	D			15
N	3. O estabelecimento dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.	D			91, 126
N	4. As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.	D			15,99,100
R	5. Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.	D			
R	6. Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.	D			

- 1. Verificar a existência do responsável técnico médico pelo estabelecimento. Este item não se propõe a verificar a existência de chefes de serviços;
- 2. Verificar a existência de um responsável, seja administrativo ou não, para resolver qualquer situação não usual ou cotidiana. Esta verificação poderá ocorrer por meio de portaria, nota impressa, regimento, escala de plantão e outros;
- 3. Verificar as iniciativas implantadas ou em implantação sobre ética profissional; (Comissão, comitê, Seminários, oficinas, reuniões e outros.);
- 4. Manuais de normas, rotinas, competências, etc, estão atualizados, disponíveis, de fácil acesso e em uso;
- 5. Verificar o envolvimento de todos os níveis hierárquicos nas tomadas de decisões através de reuniões com representantes de todas as categorias, grupos de trabalho, oficinas de discussão e outros;
- 6. Avalia periodicamente e sistematicamente a produção e gastos. Ex.: planejado X executado, disponibilização de planilhas de metas e resultados e outros.

Ministério da Saúde – MS
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
 Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

2. DEMANDA, USUÁRIO E SOCIEDADE.

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	7. Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários.	O,D			15
I	8. Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção.	D			99,100 114
N	9. Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem.	D,O			15, 114
N	10. Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações.	O,D			15 , 114 124
R	11. Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.	D			
R	12. Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.	D,O			

-
- 7. Existência de seguranças, guardas, barreira de proteção, alerta de piso escorregadio, vigilância acessível e em alerta;
- 8. Observar se o estabelecimento tem mapeado os serviços e/ou estabelecimento de referência;
-
- 9. Divulga por meio de impressos os serviços, compromissos públicos e ações de melhorias implantadas no estabelecimento;
-
- 10. Verificar a existência de ouvidorias, caixas de sugestões e/ou outros meios de comunicação observando o período de apuração, os mecanismos de respostas e de intervenção;
-
- 11. Verificar a existência de pesquisa de satisfação com usuários, bem como a utilização destas nas tomadas de decisão;
- 12. Verificar a existência de mecanismos que envolvam a sociedade, tais como: reciclagem do lixo; horta comunitária; alfabetização de servidores e/ou familiares; coleta seletiva do lixo; uso racional de água e/ou energia elétrica e outros.

Ministério da Saúde – MS
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
 Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	13. Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.	P/D			15,17
I	14. Assegura a guarda dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso.	D,O			15,17
N	15. Existe Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.	D			90
N	16. Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória.	O,D			6,59
R	17. Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços.	D			
R	18. Mantém o Sistema de Informações Gerenciais atualizado em relação ao controle de custos.	D			

- 13. Verificar por amostragem a existência dos registros/anotações de todos os atendimentos do dia nos diversos serviços (ambulatório, emergência e internação);
- 14. Verificar se todos os prontuários, inclusive os de arquivo morto, estão em local seguro, em boas condições de conservação e organização e acessível. Observar o fluxo dos prontuários e a garantia da confiabilidade das informações contidas;
- 15. Verificar por meio de documento as ações da comissão de revisão de prontuário e/ou óbito quando existir;
- 16. Verificar a existência de serviço de vigilância epidemiológica com formulário específico para notificação compulsória e na existência de ter algum registro, verificar o preenchimento e o protocolo de encaminhamento;
- 17. Verificar se o estabelecimento cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção e busca melhorar a atenção conforme os resultados. Ex. Indicador de mortalidade;
- 18. Mantém atualizadas as informações gerenciais em relação a controle de custos.

TABELA DE AMOSTRA

Atendimentos no dia	% de documentos a serem verificados
1 a 10	100 %
11 e 12	90 %
13 a 19	80 %
20 a 30	70 %
31 a 40	60 %
Mais de 40	50 % com no mínimo 20 usuários

Ministério da Saúde – MS
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
 Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

4. GESTÃO DE PESSOAS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	19. Os postos de trabalho estão completos em conformidade com a finalidade e a necessidade do estabelecimento.	D,O			12,27, 30, 85, 88, 127
I	20. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.	D			3,12, 28, 78,94,95
N	21. Os funcionários são avaliados periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho.	D			10,11
N	22. O estabelecimento dispõe de mecanismo de controle de acidentes de trabalho.	D			101
R	23. Há política de educação permanente.	D			
R	24. O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores.	D			

19. Verificar se todos os funcionários da área da saúde estão em exercício conforme as escalas e necessidade de cada setor;

20. Verificar por meio de amostragem a existência de documento que comprove que os funcionários da área da saúde tenham registros nos conselhos de classe;

21. Verificar a existência de registros na medicina do trabalho e observar por meio de amostra a existência de exames periódicos ou qualquer outro que comprove pelo menos um atendimento por ano ou quando necessário;

22. Verificar a existência e atuação por meio de documento da Comissão Interna de Prevenção de Acidente - CIPA ou serviço equivalente;

23. Existência de educação permanente, excluindo capacitações e treinamentos sem continuidade.

Verificar o programa de educação permanente e o cronograma das realizações por escrito;

24. Verificar a existência de pesquisa de clima organizacional, pesquisa de satisfação, avaliação de desempenho e outros.

TABELA DE AMOSTRA

Funcionários por Classe Profissional	% de documentos a serem verificados
1 a 10	100 %
11 e 12	90 %
13 a 19	80 %
20 a 30	70 %
31 a 40	60 %
Mais de 40	50 % com no mínimo 20 usuários

Ministério da Saúde – MS
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
 Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

BLOCO II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO

5. GERENCIAMENTO DE RISCO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.	O,D			20, 42
I	26. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.	O,D			20, 42, 113
N	27. Há métodos que visam garantir o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC.	O,D			20,42, 101,113
N	28. Realiza o controle de vetores.	O,D			20,42, 62,72,75, 113
R	29. Há programa de educação permanente em controle de infecção.	D			
R	30. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.	D			

- 25. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. A CCIH deverá elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição;
- 26. Verificar se as normas, rotinas dos processos de limpeza, desinfecção e esterilização estão descritas, acessíveis, atualizadas, datadas e assinadas;
- 27. Equipamento Conjugado de Proteção Individual, todo aquele composto para proteger contra um ou mais riscos que possam ocorrer simultaneamente e que sejam suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho (luvas, botas, aventais, máscara, gorros e outros.) Os Equipamentos de Proteção Coletiva.: (EPC) dizem respeito ao coletivo, devendo proteger todos os trabalhadores expostos a determinado risco. Exemplo: isolamento acústico de fontes de ruído, ventilação dos locais de trabalho, proteção de partes móveis de máquinas e equipamentos, a sinalização de segurança, a cabine de segurança biológica, capelas químicas, cabine para manipulação de radioisótopos, extintores de incêndio, dentre outros;
- 28. Verificar janelas teladas, ralos escamoteados, registros de limpeza, desratização, descupinização, desinsetização, acondicionamento adequado do lixo, manutenção e limpeza do ambiente externo (jardim e proteção da caixa de água e outros);
- 29. Existência de educação permanente, excluindo capacitações e treinamentos sem continuidade.
Verificar o programa de educação permanente e o cronograma das realizações por escrito;
- 30. Verificar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, conforme a Resolução-RDC-306/04

Ministério da Saúde – MS
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
 Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

6. GESTÃO DA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	31. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública.	O/D			72,75, 129
I	32. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede pública.	O			72,75
N	33. Realiza manutenção predial corretiva.	D			72,75
N	34. O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes.	D			72,75
R	35. Garante condições de segurança contra incêndio.	O,D			
R	36. As sinalizações dos ambientes são visíveis e de fácil entendimento.	O			

- 31. Verificar a existência, limpeza periódica e a capacidade das caixas d'água. Observar o registro de outros recursos utilizados de água potável no caso de falta de água no estabelecimento ou quando houver a necessidade do desligamento para a manutenção ou por contaminação da rede hidráulica;
- 32. Verificar a existência de equipamento de acionamento automático (no break, gerador de energia e outros) risco;
- 33. Verificar contrato ou convenio escrito com serviço de manutenção;
- 34. Verificar a aprovação do projeto pelos órgãos competentes, conforme a Resolução RDC nº 189, de 18 de julho de 2003 que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- 35. Verificar as condições de segurança em caso de incêndio: extintores e sua validade, sinalização, vias de escape, escada de incêndio, porta resistente ao fogo e outros;
- 36. Verificar a existência de placas de sinalização, orientação, sirenes, luzes indicadoras e outros. Seguir as orientações descritas na RDC 50/02.

Ministério da Saúde – MS
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
 Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

7. GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	37. Os equipamentos (<i>autoclaves e/ou raios-X</i>) estão disponíveis em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente.	O,D			7,9,56, 65, 77
I	38. Os equipamentos têm registro de manutenção corretiva.	D			7,9,56, 65, 77
N	39. O equipamento tem registro na ANVISA	D			7,9,56, 65, 77
N	40. Há manutenção preventiva dos equipamentos.	D			65,77
R	41. Os equipamentos são manuseados por profissionais qualificados.	D			
R	42. Todos os equipamentos estão inventariados	D			

Observar o agendamento das manutenções, lista de espera, equipamentos de reposição ou substituição. Importante: Em caso de serviço de TRS isolado, substituir esses equipamentos por máquinas de propo rção para hemodiálise. Em caso de serviço de Quimioterapia, substituir esses equipamentos por capela de fl uxo laminar.

- 37. Verificar a quantidade, condições de uso, período de funcionamento e a suficiência destes equipamentos, para suprir a demanda;
- 38. Verificar a existência de contrato ou convênio legal e registro das manutenções corretivas em documento específico;
- 39. Verificar no equipamento a identificação de registro junto ao MS/ ANVISA;
- 40. Verificar a existência de contrato ou convênio legal, registro e cronograma das manutenções preventivas em documento específico;
- 41. Verificar o nome e o registro profissional do operador;
- 42. Verificar nos equipamentos o número do patrimônio. Caso o estabelecimento mantenha outra f orma de inventariado, observar se todos os equipamentos estão listados e com o respectivo número de patrimônio.

Ministério da Saúde – MS
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
 Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

8. GESTÃO DE MATERIAIS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	43. O estabelecimento realiza armazenamento adequado com a disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada, obedecendo à separação para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos para saúde (artigos médicos – hospitalares e diagnóstico), observando o cumprimento dos requisitos de segurança (registro, cadastro, validade e estocagem).	O,D			7,9, 69
I	44. Os medicamentos sujeitos a controle especial são rastreáveis desde sua aquisição até o consumo pelo paciente.	D,O			7,8,9,29, 32,123
N	45. Realizam padronização e seleção dos produtos adquiridos.	D,O			7,9,15
N	46. Há mecanismos que visam garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.	D,O			15,16
R	47. Realizam ações de farmacovigilância.	D			
R	48. Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.	D,O			

- 43. Dispor de locais, instalações e equipamentos adequados e suficientes de forma a assegurar uma boa conservação e distribuição dos produtos de natureza diversa, inclusive farmacêuticos. Verificar se os produtos possuem registro junto ao Ministério da Saúde;
- 44. Verificar se existe livro de registro específico que é destinado à anotação de medicamentos sujeitos ao controle especial sendo que este deverá ser, obrigatoriamente, guardado e controlado em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico;
- 45. Verificar a existência de Comissão de Farmácia e terapêutica ou a existência de documentos e ou relatórios que indiquem a normatização de medicamentos, saneantes e produtos no estabelecimento;
- 46. Verificar a margem de segurança de estoque de materiais e medicamentos, fornecedores contratados, fornecedores secundários e outros;
- 47. Verificar o registro de detecção, avaliação, e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos;
- 48. Verificar a prescrição, forma de acondicionamento e dispensação dos medicamentos na farmácia e nos setores de distribuição.

Ministério da Saúde – MS
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
 Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

9. HIGIENE DO AMBIENTE E PROCESSAMENTO DE ROUPAS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	49. A diluição dos saneantes é realizada por pessoa treinada e supervisionada por profissional capacitado.	D,O			20,42, 69, 113
I	50. São realizadas as trocas diárias de roupas, ou substituição de compressas e campos, para cada paciente, sempre que necessário.	O			15,20,42, 114
N	51. O transporte e o processamento de roupas limpas e sujas ocorre sem que haja o contato direto das mesmas.	O			20,42, 112,113
N	52. Os procedimentos e rotinas de limpeza e desinfecção são registrados, supervisionados e estão em locais disponíveis e de fácil acesso.	D,O			20,42, 112,113
R	53. Os saneantes usados são registrados junto a ANVISA	D			
R	54. Existem ações de educação permanente em higienização do ambiente e processamento de roupas.	D			

- 49. Observar protocolos e normas referentes ao preparo e diluição dos produtos e saneantes, datados e assinados. Verificar o nome e registro profissional do responsável pelo preparo e diluição, bem como o nome e validade das soluções;
- 50. Verificar o número de enxovais disponíveis, a existência de roupas de reserva para reposição, comparando com o número de pacientes, nº de máquinas e turnos de lavagens, observar estoque na lavanderia e no setor. Em caso de ambulatório isolado ou outro serviço que não forneça roupas para os pacientes, observar se os campos e compressas utilizadas para pequenos procedimentos são usados de maneira unitária, ou seja, um campo e/ou compressa para cada paciente;
- 51. Observar os fluxos, horários de recolhimento e distribuição das roupas usadas e limpas, observar quais são os funcionários envolvidos neste procedimento, quais são os recursos usados (carrinhos, *hampers* e outros.) e quais os procedimentos adotados (banho e troca de roupas pelo profissional, após o recolhimento das roupas usadas e antes de distribuir as roupas limpas);
- 52. Verificar a existência de normas e rotinas dos processos de preparo dos saneantes e dos procedimentos de limpeza e desinfecção, manuseio e lavagem das roupas. Observar se estes estão atualizados e datados e em local acessível;
- 53. Determinar que o registro dos produtos saneantes, domissanitários "água sanitária" e "alvejante" categoria congênere a detergente alvejante e desinfetante para uso geral seja procedido de acordo com as normas descritas na PORTARIA Nº 89, DE 25 DE AGOSTO DE 1994;
- 54. Existência de educação permanente, excluindo capacitações e treinamentos sem continuidade.
Verificar o programa de educação permanente e o cronograma das realizações por escrito.

Ministério da Saúde – MS
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
 Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

BLOCO III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

13. HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Ver.	Sim	Não	Normas
I	73. Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.	O,D			1,15,16, 99,100, 114
I	74. Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos.	O/D/P			1,14, 15,16,26, 45, 114, 127
N	75. Há a garantia de visita aberta, propiciando a presença da rede social do paciente, respeitando a dinâmica de cada unidade.	O/D			15, 114
N	76. Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.	O			15, 114
R	77. Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.	D,O			
R	78. Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.	D,O			

- 73. Uma das marcas da Política Nacional de Humanização é a redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso. O acolhimento com avaliação de risco, o código dos direitos dos usuários e a educação em saúde são estratégias que podem ser utilizadas;
- 74. Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm assegurado, por norma, o direito de acompanhante. É importante que os acompanhantes tenham condições mínimas de conforto, tais como higiene, alimentação, banheiro e local para repouso e outros.
- 75. Visita aberta amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o vínculo entre o paciente, sua rede social (familiares e amigos). Sem horários pré-fixados, mas mantendo a dinâmica da unidade de internação. Por exemplo: em casos de unidades de terapia intensiva, para a realização de alguns procedimentos, pode-se solicitar que os acompanhantes saiam da unidade durante certo tempo.
- 76. O profissional pode identificar-se de várias maneiras, quer seja apresentando-se ao paciente, utilizando crachá com nome legível e outros;
- 77. Ações pró-ativas são aquelas que buscam se adiantar a possíveis problemas. Verificar a existência de Pesquisa de opinião, ouvidoria, serviço de atendimento ao usuário, caixas de sugestões e outros.
- 78. Verificar as iniciativas implantadas ou em implantação sobre a Política Nacional de Humanização - PNH; (Presença do Grupo de Trabalho de humanização -GTH; com característica multiprofissional e interdisciplinar; aberto a gestores, trabalhadores e usuários).

Ministério da Saúde – MS
 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
 Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DAS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO

PERFIL DO TRABALHADOR				
Sexo:	()	Idade:		
Profissão:				
Escolaridade:	()			
Carga horária semanal:				
<i>Observação: Preencha necessariamente todos os itens.</i>				
1. Qual o tipo de vínculo/contrato formal de trabalho você tem com esse estabelecimento de saúde?				
()	()	()	()	()
()	()	()	()	()
2. Como você julga o (a):				
Carga de trabalho	()	()	()	()
Tamanho (dimensionamento)	()	()	()	()
Distribuição das tarefas	()	()	()	()
Segurança para execução do trabalho	()	()	()	()
Acomodações e mobiliário	()	()	()	()
Higiene do ambiente	()	()	()	()
Disponibilidade de materiais e equipamentos	()	()	()	()
Salário	()	()	()	()
Medicina do trabalho	()	()	()	()
Relacionamento com a chefia imediata	()	()	()	()
Estimulo do estabelecimento ao seu trabalho	()	()	()	()
Valorização de seu trabalho	()	()	()	()
3. As atividades que você realiza estão de acordo com cargo e/ou função para qual foi contratado?				
()				
4. Você se sente motivado neste serviço? ()				
5. Você participa das reuniões de equipe? () () () ()				
6. Existe um local neste estabelecimento que acolha suas opiniões, reclamações ou dificuldades?				
()				
7. Você utilizaria este estabelecimento de saúde ou indicaria para um amigo ou parente? () () Não				
8. De forma geral você considera que este estabelecimento é:				
() () () ()				

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA,
DO CEP/PUCPR**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ**NÚCLEO DE BIOÉTICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PUCPR****PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA****Parecer nº:** 664/07 CEP PUCPR**Registro do projeto no CEP:** 2017

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COMO ESTRATÉGIA DE AÇÃO NO DIAGNÓSTICO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL

Grupo: 3**Pesquisador responsável:** DENISE HELENA CAJAZEIRA CAM**Instituição:** PUCPR**Objetivos:**

Geral:

Avaliar a efetividade dos CEOS como estratégia de ação para modificação do atual quadro epidemiológico de câncer bucal com a utilização de um modelo teórico-lógico de funcionamento do sistema .

Específicos:

- a) Proceder à qualificação do serviço de atenção, com avaliação da estrutura, dos processos de trabalho, resultados e condições de trabalho e relacionamento dos profissionais.
- b) Descrever o tempo médio decorrido entre diagnóstico da lesão e início do tratamento.
- c) Descrever estágio de lesão ao 1º atendimento no CEO.

d) Avaliar a efetividade da estratégia, relacionando os resultados das variáveis independentes de desfecho àqueles encontrados nas de desfecho.

Comentários: Projeto com boa estruturação e fundamentação teórica.

Considerações: O número de participantes consta somente na folha de rosto e deve também estar referido na metodologia. O procedimento estatístico indicado nas páginas 49 e 50 deve ser inserido na metodologia do trabalho.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Inserir a informação de que no questionário também constam perguntas abertas, ou seja, aquelas que demandam exposição de opinião mais detalhada por parte do participante.

Recomendações: 1. inserir o número de participantes na metodologia; 2. Inserir o procedimento estatístico indicado nas páginas na metodologia do trabalho; 3. Inserir no TCLE que no dicionário também há questões abertas.

Conclusões:

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: 3/10/2007, manifesta-se pela **APROVAÇÃO COM RECOMENDAÇÕES** do projeto.

Situação: PROJETO APROVADO COM RECOMENDAÇÕES

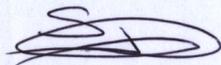
Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Saliemos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.



Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Curitiba, 5 de outubro de 2007



Prof. Dr. Sergio Surugi de Siqueira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
PUC PR



ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA PRETENDIDA



ISSN 0034-8910 *versão impressa*
ISSN 1518-8787 *versão on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Categorias de artigos](#)
- [Autoria](#)
- [Processo de julgamento dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Suplementos](#)
- [Conflito de interesses](#)
- [Documentos](#)

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análise
- [QUOROM](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- [STROBE](#) para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas

normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página*.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de

juízo.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de juízo.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de

correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver [permissão expressa](#) dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts

R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org/>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à

publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e

encaminhar uma nova versão.

- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de “consulta/ alteração dos artigos submetidos”, o autor tem acesso às seguintes funções:

“Ver”: Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

“Alterar”: Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em “aguardando documentação”.

“Avaliações/comentários”: Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

“Reformulação”: Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a

"responsabilidade de autoria"

10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua

publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capá da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição:

Local, data

Assinatura

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos

mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchem os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data
Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todas as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Local, data

Assinatura

Local, data

Assinatura

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2008 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3068-0539



revsp@org.usp.br

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)