

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES

Ronaldo Urias Mendonça

DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA
NEUROLÓGICA: ANÁLISE DE ENCAMINHAMENTOS E INTEGRAÇÃO
ENTRE OS NÍVEIS ASSISTENCIAIS.

Montes Claros- MG

2015

Ronaldo Urias Mendonça

DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA
NEUROLÓGICA: ANÁLISE DE ENCAMINHAMENTOS E INTEGRAÇÃO
ENTRE OS NÍVEIS ASSISTENCIAIS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dra. Daniela Araújo Veloso Popoff

Co-orientador: Prof^o. Dr. Antônio Prates Caldeira

Montes Claros – MG

2015

M539d

Mendonça, Ronaldo Urias.

Da atenção Primária ao serviço de referência neurológica [manuscrito] : análise de encaminhamentos e integração entre os níveis assistenciais / Ronaldo Urias Mendonça. – 2015.

95 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2015.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Araújo Veloso Popoff.

Coorientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

1. Atenção Primária à Saúde - APS. 2. Neurologia. 3. Saúde pública. I. Popoff, Daniela Araújo Veloso. II. Caldeira, Antônio Prates. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título: Análise de encaminhamentos e integração entre os níveis assistenciais.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitor: Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres Correa Lafetá Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Vanessa Souto Vieira

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dário Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Mânia de Quadros Coelho Pinto

Coordenadoria de Pós-Graduação Stricto-sensu: Idenilson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Coordenadora adjunta: Maísa Tavares de Souza Leite



CANDIDATO: RONALDO URIAS MENDONÇA

TÍTULO DO TRABALHO: “Da atenção primária ao serviço de referencia neurológica: análise de encaminhamentos e integração entre os níveis”,

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em saúde e avaliação de programas e serviços

BANCA (TITULARES)

PROFA. DRA. DANIELA ARAÚJO VELOSO POPOFF - ORIENTADORA/PRESIDENTE
PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA
PROF. DR. HUMBERTO GABRIEL RODRIGUES

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTE)

PROFA. DRA. CRISTINA ANDRADE SAMPAIO
PROFA. DRA. ROSEANE DURÃES CALDEIRA

ASSINATURAS

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

Dedico este trabalho àqueles que, num esforço de enfrentamento e busca de solução aos graves problemas e deficiências vividos pelo setor de saúde no país, conseguem cumprir suas funções da melhor forma possível, quaisquer que sejam elas, na Atenção Primária ou serviços mais complexos, garantindo, assim, aos pacientes o sagrado direito ao acesso, atendimento digno e tratamento adequado.

AGRADECIMENTOS

Quem tem Deus como estrutura de vida e trabalho, há de agradecer primeiramente a Ele por todos os objetivos alcançados.

À Dr^a Daniela Araújo Veloso Popoff, pela tranquilidade, zelo e indiscutível competência na condução da pesquisa.

Ao Dr Antônio Prates Caldeira, pela confiança e constantes estímulos para a concretização deste trabalho.

À Dr^a Josiane Brant Rocha pelas inúmeras orientações durante etapa de qualificação.

Ao Prof. Jackson Andrade Ferreira, pelo suporte na elaboração da base estatística.

À Dr^a Raquel Ferreira, por compartilhar sua experiência na área estatística.

Aos colegas neurologistas, Mário André Matos e Marcelo José Magalhães, por contribuírem com a realização da pesquisa.

Aos professores e colegas do Mestrado Profissional em Cuidados Primários pelo incentivo e amizade.

Aos funcionários da UNIMONTES, NASPP, FATEC e FIP-MOC pela gentil colaboração no processo deste trabalho.

À Hanna Argôlo que, com dedicação, participou da revisão literária e coleta de dados.

À Raquel Veloso, pela disponibilidade e sua cooperação na revisão ortográfica

À Ana Bárbara Mendonça e Liliann Veloso Rocha Mameluque pela eficiente formatação do trabalho.

À Caroline Urias Rocha por contribuir com a estruturação do banco de dados.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio; à minha esposa Elaine e filhos Carol, Jéssica, Ronaldinho, Clara por compartilharem de todos os momentos e compreenderem as ausências na busca deste objetivo.

Aos renomados professores João Jaques G. Godinho, Francisco Almir Pires, Carlos Antônio de Almeida, pelo exemplo de ética, de profissionalismo e pelo acolhimento no serviço no início da minha formação.

“Sabemos que, dentro de certos limites, não é a riqueza ou número de profissionais de saúde de um país que determina a qualidade dos serviços, mas, sim, a existência de políticas de saúde voltadas para a atenção primária, com cobertura financeira universal regulada ou sob controle do governo, além da intenção de distribuir os recursos equitativamente, visando à integralidade e baixos custos dos serviços prestados. Mesmo nos países em desenvolvimento, os estudos demonstram bons resultados quando há investimentos na Atenção Primária à Saúde - APS.”

BÁRBARA STARFIELD

RESUMO

Da atenção primária ao serviço de referência neurológica: análise de encaminhamentos e integração entre os níveis assistenciais.

A presente pesquisa teve como objetivo analisar os encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) a um serviço público de neurologia da cidade de Montes Claros, no Norte de Minas Gerais. Tratou-se de estudo epidemiológico, transversal, quantitativo, descritivo, com pacientes referenciados da APS, agendados via central reguladora de consultas da prefeitura. Foi analisado o perfil sócio demográfico dos participantes, motivo e necessidade dos encaminhamentos, tempo de espera para avaliação especializada, concordância entre diagnóstico da APS e especialista, necessidade de exames complementares, destino dos pacientes e integração entre os níveis assistenciais. Os dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS®* versão 19.0 para Windows, utilizadas medidas de tendência central, desvio padrão, frequência simples e relativa, teste qui-quadrado ($p < 0,05$). Quatrocentos indivíduos compuseram a amostra, 94% da zona urbana, idade entre 18 e 88 anos, maioria do gênero feminino, casada, parda, com renda menor que 05 salários e mais de 05 anos de estudo. Os encaminhamentos feitos por médicos (74,8%), enfermeiros (22,5%) e outros profissionais (2,7%). A primeira consulta representou o atendimento mais frequente (68%). O tempo de espera variou de 0 a 2.357 dias, sendo a mediana de 60,5, 144, e 112 dias para primeiro atendimento, nova consulta e retorno com exames, respectivamente. Apenas 3,7% dos pacientes possuíam fichas de referência e contra referência. A maioria dos encaminhamentos considerados pertinentes, porém, aproximadamente 50% dos casos passíveis de resolução no primeiro atendimento neurológico, na própria APS ou deveriam ser referenciados para outros especialistas. A hipótese diagnóstica estava presente em 24,8% dos encaminhamentos, sendo concordante em 90,9% com o diagnóstico neurológico. As patologias mais prevalentes foram cefaleia (22%) e epilepsia (15,5%). Houve necessidade de exames complementares para 49,5% dos pacientes. Análise comparativa entre grupos de pacientes, com ou sem necessidades de encaminhamentos, considerou os aspectos sócios demográficos, queixas e diagnósticos e não evidenciou diferenças estatísticas significativas. Conclui-se que houve predomínio de pacientes da zona urbana, gênero feminino, pardos, pouca escolaridade e baixa renda familiar. Tempo de espera longo, falta de critérios para encaminhamento, sem integração entre níveis assistenciais. Cefaleia e epilepsia foram as patologias mais prevalentes. Poucos encaminhamentos possuíam hipótese diagnóstica, e nestes houve boa concordância entre especialista e APS. Aproximadamente metade dos casos não necessitavam exames complementares e nem acompanhamento neurológico.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Neurologia. Saúde pública.

ABSTRACT

The Primary Health Care to the neurological referral service: referrals and integration analysis between assistance levels.

This study aimed to analyze the referrals of Primary Health Care (PHC) to a public service of neurology at the city of Montes Claros, in northern Minas Gerais. This was an epidemiological study, cross-sectional, quantitative, descriptive with referred patients of PHC, via central regulatory of appointment scheduled at City Hall. The profile analyzed was socio-demographic of the participants, reason and needs for referrals, waiting times for specialized evaluation, agreement between diagnosis of PHC and specialist, need for complementary tests, fate of patients and integration between healthcare levels. The data was analyzed by Statistical Package for the Social Sciences-SPSS® version 19.0 for Windows, used measures of central tendency, standard deviation, simple and relative frequency, Chi-square test ($p < 0.05$). Four hundred individuals composed the sample, 94% of the urban area, age between 18 and 88 years, most of the female gender, married, brown, with income less than 05 wages and over 05 years of study. The referrals made by physicians (74.8%), nurses (22.5%) and others professionals (2.7%). The first appointment represented the most frequent service (68%). The waiting time varied from 0 to 2357 days with the median of 60.5, 144 and 112 days to first appointment, new appointment and return with tests, respectively. Only 3.7% of patients own forms of reference and counter-reference. Most referrals considered relevant, however, approximately 50% of cases capable of resolution in the first neurological care, in the PHC or should be referred to other specialists. The diagnostic hypothesis was present at 24.8% of referrals being concordant in 90.9% with neurological diagnosis. The most prevalent pathologies were headache (22%) and epilepsy (15.5%). There was a need for additional tests for 49.5% of the patients. Comparative analysis between groups of patients, with or without need for referrals, considered the aspect socio-demographic, complaints and diagnoses and did not show statistically significant differences. It was concluded that there was a predominance of urban-area patients, female gender, brown, little education and low family income. Long waiting time, lack of standard for referral without integration between assistance levels. Headache and epilepsy were most prevalent diseases. Few referrals had diagnostic hypothesis, and in these there was good agreement between expert and PHC. Approximately half of the cases did not need additional tests neither neurological monitoring.

Keywords: Primary health care. Neurology. Public health.

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Análise comparativa entre grupos de pacientes segundo necessidade	60
Tabela 2 – Tempo transcorrido do encaminhamento até avaliação do especialista	60
Tabela 3 – Principais queixas segundo critérios de necessidade encaminhamento	61
Tabela 4 – Principais diagnósticos segundo critérios de necessidade encaminhamento.	61
Tabela 5- Perfil sócio demográfico da amostra	62
Tabela 6 – Tipo de atendimento	62
Tabela 7 – Encaminhamento por categoria profissional	62
Tabela 8 –Presença de ficha de referência e contrareferência.....	62
Tabela 9 – Hipótese diagnóstica no encaminhamento	63
Tabela 10 –Principais queixas dos pacientes.....	63
Tabela 11 – Principais diagnósticos dos neurologistas	63
Tabela 13 –Destino dos pacientes	64

LISTA DE SIGLAS

ABNEURO: Academia Brasileira de Neurologia

APS: Atenção Primária à Saúde

AVE: Acidente Vascular encefálico

CAETAN: Centro de Atendimento de Especialidades Tancredo Neves

CEMED: Centro de Especialidades Médicas

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CF: Constituição Federal

CRMMG: Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais

CNS: Conselho Nacional de Saúde

DABS: Departamento de Atenção Básica de Saúde

DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis

DF: Distrito Federal

DP: Desvio Padrão

ESF: Estratégia de Saúde da Família

EUA: Estados Unidos da América

FIP-MOC: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros

FUNM: Fundação Norte Mineira de Ensino Superior

FUNORTE: Faculdades Unidas do Norte de Minas

GP: General Practitioner

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

INNE: Instituto de Neurologia do Norte de Minas

MG: Minas Gerais

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Atenção à Saúde da Família

NASPP: Núcleo de Atenção à Saúde e Práticas Profissionalizantes

OMS: Organização Mundial da Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

SAN: Sociedad Andaluza de Neurologia

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

UNICEF: United Nations Children's Fund- Fundo das Nações Unidas para Infância

UNIMONTES: Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais

WHO: World Health Organization- Organização Mundial da Saúde

WTA: Wait Time Alliance

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO LITERÁRIA	15
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo Geral	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3 METODOLOGIA	25
4 PRODUTOS CIENTÍFICOS	30
4.1 Artigo	30
5 CONCLUSÕES	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	52
ANEXOS	66

1 – INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, principalmente, nos países em desenvolvimento, o aumento da expectativa de vida da população tem provocado uma maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), gerando uma demanda crescente aos serviços de saúde, tornando mais acentuados os desafios a serem vencidos pelos gestores públicos (CABRAL, 2013).

Destacam-se entre essas doenças as patologias neurológicas, que afetam cerca de um bilhão de pessoas no mundo, com proporção crescente em razão do envelhecimento da população. A mortalidade aproximada é de 6,8 milhões de pessoas por ano, o que equivale a 12% das mortes globais, segundo a Organização Mundial de Saúde (BARRETO, 2007). Epilepsia, doença cerebrovascular, cefaleia, distúrbios dos movimentos, *deficit* de memória e esclerose múltipla são as patologias mais prevalentes (WHO, 2004).

A dor de cabeça é um dos motivos mais frequentes de consulta em centros de saúde, sendo considerado um dos sintomas mais comuns vividos pela população. Em caso de dúvidas de diagnóstico ou suspeita de cefaléia secundária, o médico de cuidados primários tem que encaminhar o paciente para ser estudado e / ou tratado pelo serviço de neurologia. Um grupo de trabalho formado por médicos da atenção primária e neurologistas da Sociedad Andaluza de Neurologia (SAN) desenvolveu Guia Rápido sobre a dor de cabeça, que aborda os aspectos mais práticos para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com dor de cabeça. Este trabalho retrata a importância da interação da atenção primária e especialidades visando consenso que beneficia o paciente e o sistema de saúde (CAMPOY, 2012).

Pesquisadores do Canadá- Wait Time Alliance (WTA) acompanham e publicam, desde 2007, sobre o tempo de espera para atendimento pela atenção primária e pelos especialistas. Este é um indicador de extrema importância para demonstrar a qualidade da saúde e subsidiar estratégias políticas para atenção à saúde naquele país. No Canadá, 52% dos pacientes conseguem consulta especializada no prazo de um mês e a neurologia é a 5ª especialidade de acesso mais difícil. A Suíça registra o menor tempo de espera, com 92% dos pacientes conseguindo avaliação com especialista em um mês (WTA, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo brasileiro para desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do serviço, que deve ser capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade, através de atendimento de bom nível, prevenção das doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando, assim, a qualidade de vida da população. Os casos de maior complexidade devem ser referenciados para atendimento no nível secundário ou terciário (GIOVANELLA, 2006).

Para o atendimento especializado o fluxo se dá através do formulário de *Referência e Contra referência*, preenchido pelo médico da assistência primária com os dados do paciente. Após atendimento especializado, o médico de referência informa o diagnóstico e sugere a conduta a ser realizada no nível primário. Havendo necessidade, o atendimento passa a ser compartilhado pelo médico generalista e o especialista (OLIVEIRA; PEREIRA 2013).

Pesquisa realizada em Porto Alegre, em 2006, avaliou os encaminhamentos feitos pela Atenção Primária à Saúde ao serviço de neurologia, neste estudo verificou-se que mais de 85% dos casos foram adequadamente encaminhados, no entanto, observou-se que, 42% das patologias poderiam ter sido solucionadas na APS, o que reduziria a demanda, favorecendo quem efetivamente necessitava de avaliação especializada (FINKELSZTEJN *et al*, 2009).

O Departamento de Atenção Básica à Saúde, ligado ao Ministério da Saúde (MS), determina como índice satisfatório a realização de duas a três consultas por habitante/ano, sendo o total de 1,2% destinado à neurologia (BRASIL, 2001). Considerando a população estimada de Montes Claros (IBGE, 2014), são necessários aproximadamente 900 atendimentos neurológicos por mês, para atender à demanda sugerida pelo MS. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, na época do presente estudo eram disponibilizadas aproximadamente 145 consultas neurológicas ambulatoriais por semana no município. Ainda, por se tratar de polo regional, a demanda extrapola em muito esta estatística, ou seja, existe um *deficit* de consultas neurológicas.

Como estratégia de enfrentamento a essa realidade no Brasil, a construção de um sistema de saúde democrático-universal, igualitário e integral constitui um processo social e político que se realiza por meio da formulação de políticas públicas voltadas para a maioria da população (ALVES, 2004). Ao longo dos anos, o MS tem buscado mudar o modelo assistencial,

ampliando a cobertura das ações da APS, visando reduzir as desigualdades sociais (FRACOLLI, 2005).

Ao considerar a existência de uma grande demanda reprimida de consultas na atenção secundária, em especial na neurologia em Montes Claros-MG, o presente estudo teve por objetivo avaliar a necessidade dos encaminhamentos da atenção primária ao serviço público de referência neurológica, o tempo de espera para consultas especializadas, as patologias mais prevalentes e a integração entre os diferentes níveis de atenção.

1.1 - REVISÃO DE LITERATURA

1.1.1 - Sistema Único de Saúde e Programa de Saúde da Família

O artigo 196 da Constituição Federal (CF), promulgada em 1988, estabelece que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma transformação histórica no sistema de saúde do País, e determina que a direção do sistema de saúde tenha um comando único, porém, descentralizado, exercido no âmbito nacional pelo Ministério da Saúde; no âmbito estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde; e nos municípios, pela Secretaria Municipal de Saúde (Brasil, 1990).

O SUS estabelece ainda níveis de complexidade de assistência denominados primário, secundário e terciário. Pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organização de maneira descentralizada, hierarquizada e com inteira participação da população (CUNHA, 2001).

A compreensão ampla de saúde como direito à vida, em que se incorporam o direito à alimentação, moradia, emprego, lazer e cultura, além do acesso universal, integral e com equidade aos serviços de saúde, são os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde -

SUS, criado pela Constituição Federal do Brasil de 1988, com a saúde deixando de ser vista apenas como ausência de doença, conceito que favorecia a desigualdade dos usuários, a exclusão, a baixa qualidade dos serviços e a falta de comprometimento dos profissionais do setor (CUNHA, 2001).

O SUS propõe a municipalização, permitindo maior aproximação do cidadão às decisões dos gestores da saúde e, conseqüentemente, maior controle social. O comando único é representado em cada esfera de poder pelo Ministro da Saúde, secretários estaduais e municipais, responsáveis pela gestão do setor em sua área de atuação. O SUS prevê a participação popular através dos Conselhos e Conferências de Saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (CUNHA, 2001).

Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência, a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/ hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o Programa de saúde da Família (PSF) se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, priorizando a educação e prevenção em saúde (ALVES, 2004).

O PSF no Brasil teve início na década de 1990, com apoio do UNICEF, objetivou contribuir para a consolidação do SUS. Este programa teve como referência os resultados obtidos com o Programa de Agentes Comunitários (PACS), implantado em 1991 no Ceará/Brasil, que visava reduzir a mortalidade materna e infantil. Serviram como orientação ao modelo brasileiro os programas desenvolvidos na Inglaterra em 1945 com médicos generalistas (GP- *General Practitioner*), o modelo Chinês de 1949 (Médicos de pés descalços) e o modelo Cubano de 1984 formado por equipe multiprofissional não especializada (VELOSO, 2004). Em Minas Gerais, o PSF foi implantado inicialmente, em 1994, na cidade de Barbacena (VIANA, 1998). O PSF contribuiu efetivamente para o fortalecimento da APS e para consolidação do SUS, deixou de ser um programa, passando a ser uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (Estratégia de Saúde da Família-ESF), que tem como princípios a família como foco de abordagem, o território definido, a população adscrita, o trabalho em equipe, a integralidade, interdisciplinariedade, resolutividade, intersetorialidade, participação social (DEMENECK, 2008).

As equipes mínimas da ESF devem ser compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários (DEMENECK, 2008), devem estar capacitadas para executar ações de busca ativa de casos na comunidade adstrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos, bem como desenvolver atividades de educação em saúde visando a melhoria do autocuidado dos indivíduos (ALVES, 2004).

Os indicadores do ESF em 2011 revelaram uma cobertura populacional de 59,8%, sendo que, na região Sudeste, foi de 45,6%; em Minas Gerais de 77,7% e, especificamente no Norte de Minas, chega a 98,6% (IBGE, 2012).

Apenas a expansão do número de equipes de saúde da família não garante a construção de um novo modelo assistencial, mas tem certamente favorecido a equidade e universalidade da assistência - uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde (ROSA, 2005).

1.1.2 - Níveis de atenção

1.1.2.1 – Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde - APS é o primeiro nível de contato dos indivíduos e da família com o Sistema de Saúde, sendo a porta de entrada aos serviços e referência dos pacientes aos outros níveis de complexidade (GIL, 2006). São pressupostos básicos da atenção primária a territorialização, trabalhos em equipe, intersetorialidade, acolhimento, abordagem familiar, visita domiciliar, controle social, integralidade (DEMENECK, 2008).

Para fins de integração da Rede de Atenção à Saúde, é preciso definição de fluxos; existência de central de regulação para o encaminhamento dos usuários para os demais níveis de atenção; fichas de encaminhamento e referências pactuadas pela gestão municipal.

No nível secundário são realizados os atendimentos especializados, dentre estes a neurologia, sendo os pacientes encaminhados pelas equipes de APS. Os encaminhamentos são feitos pelo

Sistema de Referência e Contra referência, com base na história clínica, para que as informações fiquem claras e permitam a continuidade do tratamento entre os níveis de atenção. O nível terciário corresponde a atendimento hospitalar de alta complexidade, para casos não resolvidos nos outros níveis (BRASI, 2006)

1.1.2.2 – Atenção Secundária

Neurologia

O estudo do sistema nervoso é tão antigo como a própria ciência. Há cerca de 7.000 anos, já eram realizados orifícios no crânio (trepanações), com o objetivo de tratar dores de cabeça ou transtornos mentais, acreditando, desta maneira, oferecer uma porta de saída aos “maus espíritos”, aliviando, assim, o sofrimento dos pacientes (BEAR; CONNORS, 2002).

Hipócrates, em seus tratados, exalta a importância do sistema nervoso, como responsável por adquirir novas habilidades, como fundamental no nosso relacionamento interpessoal, bem como sede de inúmeras patologias.

O homem deve saber que de nenhum outro lugar, mas do encéfalo, vem a alegria, o prazer, o riso e a diversão, o pesar, o ressentimento, o desânimo e a lamentação. E por isto, de uma maneira especial, adquirimos sabedoria e conhecimento, e enxergamos e ouvimos e sabemos o que é justo e injusto, o que é bom e o que é ruim, o que é doce e o que é amargo... E pelo mesmo órgão tornamo-nos loucos e delirantes, medos e terrores nos assombram... Todas estas coisas suportamos do encéfalo quando não está sadio... Neste sentido sou da opinião de que o encéfalo exerce o maior poder sobre o homem. - Hipócrates, Acerca das doenças sagradas (Sec. IV A.C.).

A Neurologia, como especialidade médica, teve início formalmente em 1882 na França, quando Jean-Martin Charcot ((Pai da Neurologia) foi nomeado o primeiro professor de Neurologia da Faculdade de Medicina de Paris. Charcot foi um expoente da neurologia, trabalhava com uma equipe multidisciplinar no hospital de La Salpêtrière, conquistou inúmeros seguidores e em poucos anos difundiu a neurologia na Europa, Estados Unidos, Argentina e Brasil (GUSMÃO, 1998).

A neurologia brasileira completou 100 anos e pode ser dividida em quatro períodos distintos: Época Pré-clássica, Clássica, Moderna e Pós-Moderna. Na época pré-clássica a neurologia não era reconhecida como especialidade, era praticada por eminentes clínicos ou psiquiatras (NITRINI, 2013). A época clássica coincide com a chegada do discípulo de Charcot ao Rio de Janeiro, o professor Antônio Austregésilo Rodrigues Lima, considerado o “Pai da Neurologia

Brasileira”(GUSMÃO, 1998). A época moderna foi marcada pela criação da Academia Brasileira de Neurologia (ABNEURO) em 1962, período no qual ocorreu a reforma universitária e do ensino fundamental, e ocorreu a regulamentação da pós-graduação. A revolução tecnológica, o projeto genoma humano, a década do cérebro, criação de subespecialidades, grupos de estudos da ABNEURO, consolidaram o período pós-moderno (TEIVE, 2013).

Neurologia em Minas Gerais e Montes Claros

Em Minas Gerais, um marco fundamental na história da medicina e, sobretudo, da neurologia, foi a fundação Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 1911. Washington Pires, assistente do professor Austregésilo foi o primeiro catedrático da neurologia da UFMG. Substituído pelo professor José Geraldo Albernaz que em 1962 iniciou a formação de neurologistas e neurocirurgiões nos Hospitais Felício Rocho e Hospital das clínicas da UFMG.

Em Montes Claros, os procedimentos em neurologia e neurocirurgia iniciaram-se no final da década de 60, associados à criação da Faculdade de Medicina da antiga Fundação Norte Mineira de Ensino Superior (FUNM), em 1969. Juvenal Gonçalves foi o pioneiro das práticas neurológicas em Montes Claros. Na década de 70, os médicos Francisco Almir Pires e João Jacques Gonçalves Godinho* naturais de Montes Claros, que após especializarem-se em Brasília/DF (Hospital de Base) e Belo Horizonte/MG (Hospital Vera Cruz, sob a orientação dos professores Francisco Rocha e José Araújo Barros), respectivamente, retornam à cidade, assumem o ensino da Neuroanatomia e Neurologia na Faculdade de Medicina, fundam o Instituto de Neurologia do Norte de Minas (INNE), difundem a prática neurológica e neurocirúrgica na região, tornando-se referência para a maioria dos neurologistas que hoje atuam no norte de Minas Gerais.

Montes Claros, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), possui uma população estimada de 390.000 habitantes, com 1615 médicos inscritos no Conselho Regional de Medicina - CRM/MG, um número relativo de 4,1 médicos/1000 habitantes, acima da média nacional, refletindo o que acontece nos grandes centros.

(*) Informação pessoal

O número médio de neurologistas por 100.000 habitantes variou de 0,03 na África; 0,89 nas Américas e de 4,84 na Europa (WHO, 2004). O número de especialistas (neurologistas) por habitantes depende de vários fatores, como número total de médicos no país, na região, número de escolas médicas, centros de especialização, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), poder aquisitivo, etc. No CRM/ MG, regional Norte estão inscritos 12 neurologistas e 09 neurocirurgiões em Montes Claros.

Os pacientes da APS quando necessitam de atendimento neurológico ambulatorial na rede pública, são referenciados ao Centro de Atendimento de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes); ao Núcleo de Atenção à Saúde e Práticas Profissionalizantes (NASPP) das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC); à Policlínica Ariosto Machado da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e ao Centro de Especialidades Médicas (CEMED) das Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE .

1.2 - JUSTIFICATIVA

Sabe-se que o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde tem papel fundamental no avanço científico, tecnológico, de gerenciamento de recursos, definição de prioridades e demandas de capacitação para o alcance de resultados que possam satisfazer as necessidades da população.

O desenvolvimento do presente estudo foi, então, motivado por relatos de dificuldade de acesso e morosidade na resolução dos problemas, com risco de agravamento à saúde dos pacientes que necessitam do atendimento neurológico em Montes Claros – MG, no âmbito do serviço público municipal.

Da mesma forma, as poucas publicações sobre o tema na literatura nacional e internacional, aliadas às diferenças socioeconômicas, culturais e de políticas de saúde do Norte de Minas em relação às regiões onde tais trabalhos foram desenvolvidos, justificaram a execução desta pesquisa, que, através de seus resultados, pretende subsidiar futuras estratégias para uma melhor, mais avançada e integral promoção da saúde.

2 - OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral

Avaliar a necessidade dos encaminhamentos da atenção primária ao serviço público de referência neurológica, o tempo de espera para consultas especializadas, as patologias mais prevalentes e a integração entre os diferentes níveis de atenção.

2.2 - Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sócio-econômico e demográfico dos pacientes referenciados para o serviço de neurologia.

Registrar o tempo decorrido entre o encaminhamento e a avaliação com o neurologista, para primeiro atendimento, nova consulta e retorno com exames.

Verificar a necessidade de avaliação neurológica dos pacientes referenciados pela atenção primária à neurologia e necessidade de solicitar exames complementares.

Identificar os principais sinais e sintomas relatados pelo paciente, e registrar as patologias neurológicas mais prevalentes no serviço.

Avaliar a concordância entre a hipótese diagnóstica contida nos encaminhamentos e a hipótese diagnóstica do especialista.

3- METODOLOGIA

3.1 CUIDADOS ÉTICOS

Este estudo foi concluído segundo às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (ANEXO E), sendo apreciado e aprovado para execução pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) das Faculdades Integradas Pitágoras (FIP-MOC) de Montes Claros/MG, sob o número 407.480 (ANEXO A).

3.2 - DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

Estudo epidemiológico, transversal, quantitativo e descritivo, conduzido no serviço de neurologia ambulatorial do Núcleo de Atenção à Saúde e Práticas Profissionalizantes (NASPP) das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros/MG (FIP-MOC), localizado à Rua Porto Seguro 04, Bairro Ibituruna, em Montes Claros, Norte do estado de Minas Gerais. Trata-se de serviço integrante da rede assistencial do Sistema Único de Saúde- (SUS) neste município.

3.3 - POPULAÇÃO

Indivíduos procedentes do município de Montes Claros/MG, referenciados da APS ao serviço público de neurologia ambulatorial, agendados via central reguladora de consultas da Prefeitura Municipal de Montes Claros, que procuraram o serviço no período de novembro de 2013 a novembro 2014 e que concordaram em participar da pesquisa, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido- TCLE (APÊNDICE A). A população médica foi composta por três neurologistas integrantes do serviço, denominados respectivamente médico 01 (M1), médico 02 (M2), médico 03 (M3) e que, da mesma forma, concordaram em participar da pesquisa, assinaram o TCLE (APÊNDICE B).

3.4 - AMOSTRA

A amostra foi de conveniência, constituída de pacientes oriundos dos diversos bairros do município, encaminhados através da APS, agendados pela central reguladora de consultas. Ao longo de um ano foram realizados 1587 atendimentos neurológicos neste serviço, neste período foram alocados 400 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão e concordaram em participar. Na época da pesquisa a secretária municipal oferecia 145 atendimentos neurológicos por semana, sendo 42 realizados no NASPP.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos que:

- Residiam no município de Montes Claros/MG;
- Foram referenciados da APS;
- Maiores de 18 anos de idade;

Foram excluídos do estudo pacientes de ambos os sexos que:

- Apresentavam fichas de encaminhamento com alguma dificuldade para extrair informações (letra ilegível, sem data de encaminhamento);
- Não possuíam encaminhamento;
- Apresentavam incapacidade de responder ao questionário, assim como seus responsáveis.

3.6 PROCEDIMENTOS

3.6.1- Estudo piloto

Realizado em outubro de 2013, ocasião em que foram aplicados vinte questionários objetivando avaliar o instrumento de coleta (APÊNDICE D- instrumento não validado) e padronizar condutas para a fase de execução da pesquisa.

3.6.2 - Coleta de dados

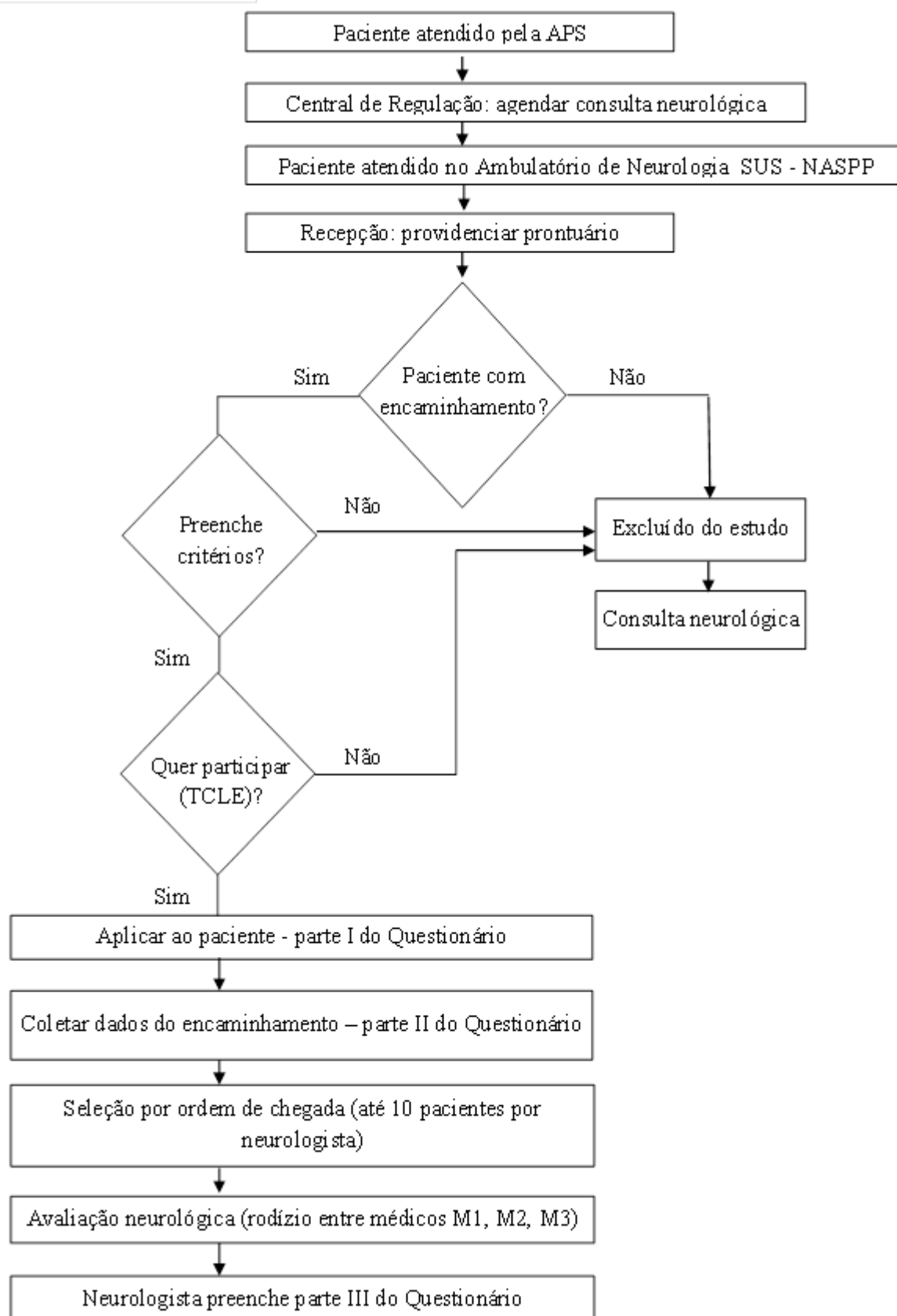
A coleta de dados ocorreu nos horários regulares de atendimento do NASPP, no período de novembro de 2013 a novembro de 2014. Os pacientes, ao serem convidados a participar da pesquisa, eram informados sobre sua natureza e seus objetivos. Caso aceitassem e preenchessem os critérios de inclusão, assinavam o TCLE (APÊNDICE - A).

Em razão da diferença na quantidade de atendimentos/profissional/semana, foi estabelecido um sistema de rodízio entre os três neurologistas (M1, M2, M3) para composição da amostra. Assim por ordem de chegada foram selecionados os 10 primeiros encaminhamentos que preencheram os critérios de inclusão para o médico 01 (M1), seguindo o mesmo procedimento para o médico 02 e médico 03. Estes ciclos foram repetidos ao longo do ano.

Os pacientes incluídos na pesquisa, ao responderem ao questionário (APÊNDICE - D), informaram sua procedência, sexo, idade, escolaridade, renda familiar, sinais e sintomas apresentados. A análise dos dados identificou a categoria profissional do responsável pelo encaminhamento (médico, enfermeiro, outros); o tempo de espera para o atendimento neurológico; a existência de ficha de referência e contra referência e a hipótese diagnóstica registrada no encaminhamento.

Os neurologistas (médico 1, médico 2 e médico 3), que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE (APÊNDICE B), após cada atendimento, preencheram a parte III do instrumento de avaliação, informando sobre a necessidade do atendimento neurológico, a coerência entre as queixas relatadas pelo paciente e o motivo descrito no encaminhamento, a concordância entre a hipótese diagnóstica do profissional da APS e do especialista, além de registrarem a solicitação de exames complementares e o destino do paciente.

Fluxograma da pesquisa:



3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Uma descrição do perfil da amostra foi realizada considerando as variáveis, gênero, cor, faixa etária, procedência, estado civil, escolaridade, renda, tempo de espera para consulta neurológica, queixas, concordância entre diagnóstico do especialista e APS, existência de ficha de referência e contra referência. Os dados foram submetidos a análises estatísticas pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS® versão 19.0 para Windows, foram utilizadas as medidas de tendência central mediana e média, analisado o desvio padrão, frequência simples e relativa. O perfil sócio demográfico, foi submetido ao teste qui-quadrado ($p < 0,05$) sendo analisada a existência de critérios para encaminhamento.

4- PRODUTOS CIENTÍFICOS

Ciência & Saúde Coletiva

para a sociedade

RESUMO

DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA NEUROLÓGICA: ANÁLISE DE ENCAMINHAMENTOS E INTEGRAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS.

A presente pesquisa avaliou encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) ao serviço público de neurologia de Montes Claros, Minas Gerais. Tratou-se de estudo epidemiológico, transversal, quantitativo, descritivo que analisou a necessidade, motivo, tempo de espera, concordância entre diagnóstico da APS e do neurologista, necessidade de exames complementares, destino dos pacientes e integração entre os níveis de assistência. Participaram 400 indivíduos, maioria da zona urbana, femininos, casados, pardos, baixa renda e mais de 5 anos de estudo. O tempo de espera variou de zero a 2357 dias, 68% dos atendimentos foram primeira consulta, 96,3% não possuíam ficha de referência e contra referência. Cerca de 50% dos casos considerados simples não necessitando de acompanhamento neurológico, nem exames complementares. Poucos encaminhamentos possuíam hipótese diagnóstica. As patologias mais prevalentes foram cefaleia, epilepsia e doença cerebrovascular. Análise estatística dos dados utilizando o SPSS® por medidas de tendência central, desvio padrão, frequência simples e relativa, teste qui-quadrado ($p < 0,05$), permitiram concluir que o tempo de espera é longo, não existe integração entre os níveis, nem critérios definidos para encaminhamento.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Neurologia. Saúde Pública

ABSTRACT

THE PRIMARY HEALTH CARE TO THE NEUROLOGICAL REFERRAL SERVICE: REFERRALS ANALYSIS AND INTEGRATION BETWEEN LEVELS.

This research evaluated referrals of Primary Health Care (PHC) to public service neurology Montes Claros, Minas Gerais. This was an epidemiological study, cross-sectional, quantitative, descriptive examining the need, reason, waiting time, agreement between diagnosis of APS and neurologist, need for additional tests, fate of patients and integration between levels of care. Four hundred individuals participated, most of the urban area, female, married, brown, low-income and more than five years of study. The waiting time varied from zero to 2357 days, averaging 144 days, 68% of calls to the first consultation, 96.3% had no form of reference and counter-reference. About 50% of cases were simple and did not require neurological monitoring. Although few referrals possess diagnosis, there was good agreement (90.9%). The most prevalent pathologies identified were headache, epilepsy and cerebrovascular disease. Statistical analysis of the data using SPSS® for measures of central tendency, standard deviation, simple and relative frequency, chi-square test ($p < 0.05$) made it possible to conclude that the waiting time is long, there is no integration between the levels, no criteria defined for referral.

Keywords: Primary health care. Neurology. Public Health.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, principalmente, nos países em desenvolvimento, o aumento da expectativa de vida da população tem provocado uma maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), gerando uma demanda crescente aos serviços de saúde, tornando mais acentuados os desafios a serem vencidos pelos gestores públicos¹. Destacam-se entre estas doenças, patologias neurológicas que afetam um bilhão de pessoas no mundo, com proporção crescente. A epilepsia, doença cerebrovascular, cefaleia, distúrbios dos movimentos, *deficit* de memória estão entre as patologias neurológicas mais prevalentes². A mortalidade por estas condições é de aproximadamente 6.8 milhões de pessoas por ano, o que equivale a 12% das mortes globais, segundo a Organização Mundial de Saúde³. Esses valores destacam a relevância do problema para os gestores da saúde.

Para o enfrentamento a este e outros problemas decorrentes do novo perfil de morbidade, o Ministério da Saúde no Brasil tem buscado mudar o modelo assistencial, ampliando a cobertura das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), visando reduzir as desigualdades assistenciais com ênfase na promoção da saúde e atenção oportuna e precoce à população⁴.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa o modelo brasileiro de operacionalização da APS, deve ser capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade e, atuar na prevenção das doenças, evitar internações desnecessárias e melhorar a qualidade de vida da população. Os casos de maior complexidade devem ser referenciados para atendimento no nível secundário ou terciário⁵.

Para o atendimento especializado o fluxo, em tese, se dá através do formulário de *Referência e Contra referência*, importante para integrar as informações entre os níveis de atenção e permitir a continuidade do tratamento⁶.

Trabalho realizado em 2009 verificou que os pacientes são mal encaminhados para o especialista⁷. Motivados por esta informação e pela declaração da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros- MG, que informa a existência de uma grande demanda reprimida de consultas na atenção secundária, em especial na Neurologia, além da percepção de que a morosidade deste fluxo pode ser fator de risco que agrava a saúde dos pacientes que necessitam do atendimento neurológico, realizou-se este estudo com o objetivo de verificar a necessidade dos encaminhamentos da atenção primária ao serviço público de referência neurológica, o tempo de espera para esta consulta especializada, a prevalência de patologias atendidas pela neurologia e a integração entre os diferentes níveis de atenção.

MÉTODOS

Este estudo – epidemiológico, transversal, quantitativo e descritivo, foi conduzido segundo a Resolução CNS (Conselho Nacional de Saúde) 466/12⁸ sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras (FIP-MOC) de Montes Claros/MG, sob o número 407.480.

A pesquisa foi realizada no serviço de neurologia ambulatorial do Núcleo de Atenção à Saúde e de Práticas Profissionalizantes (NASPP), das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC), integrante da rede assistencial do Sistema Único de Saúde-

(SUS), na cidade de Montes Claros, no Norte do estado de Minas Gerais. Seus resultados, pretendem subsidiar estratégias para uma melhor, mais avançada e integral promoção à saúde.

A população estudada foi composta de pacientes, maiores de 18 anos, procedentes do município de Montes Claros/MG, referenciados da APS ao serviço público de neurologia ambulatorial do Núcleo de atenção à saúde e práticas profissionalizantes (NASPP), das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros.

Amostra de conveniência, constituída de pacientes oriundos dos diversos bairros do município, encaminhados através da APS, agendados pela central reguladora de consultas. Ao longo de um ano foram realizados 1587 atendimentos neurológicos neste serviço, neste período foram alocados 400 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão e concordaram em participar. Na época da pesquisa a secretária municipal oferecia 145 atendimentos neurológicos por semana, sendo 42 realizados no NASPP

Foram excluídos os pacientes que não possuíam encaminhamento ou quando neste não era possível extrair informações; pacientes com incapacidade de responder ao questionário, assim como seus acompanhantes; e aqueles que não concordaram em participar da pesquisa ou assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Realizou-se estudo piloto em outubro de 2013, quando foram aplicados 20 questionários para análise do instrumento e padronização de condutas durante a pesquisa. Em razão da diferença na quantidade de atendimentos/profissional/semana, foi estabelecido um sistema de rodízio entre os três neurologistas (M1, M2, M3) para composição da amostra. Assim, os pacientes que compareceram para a consulta no período de novembro de 2013 a novembro de 2014

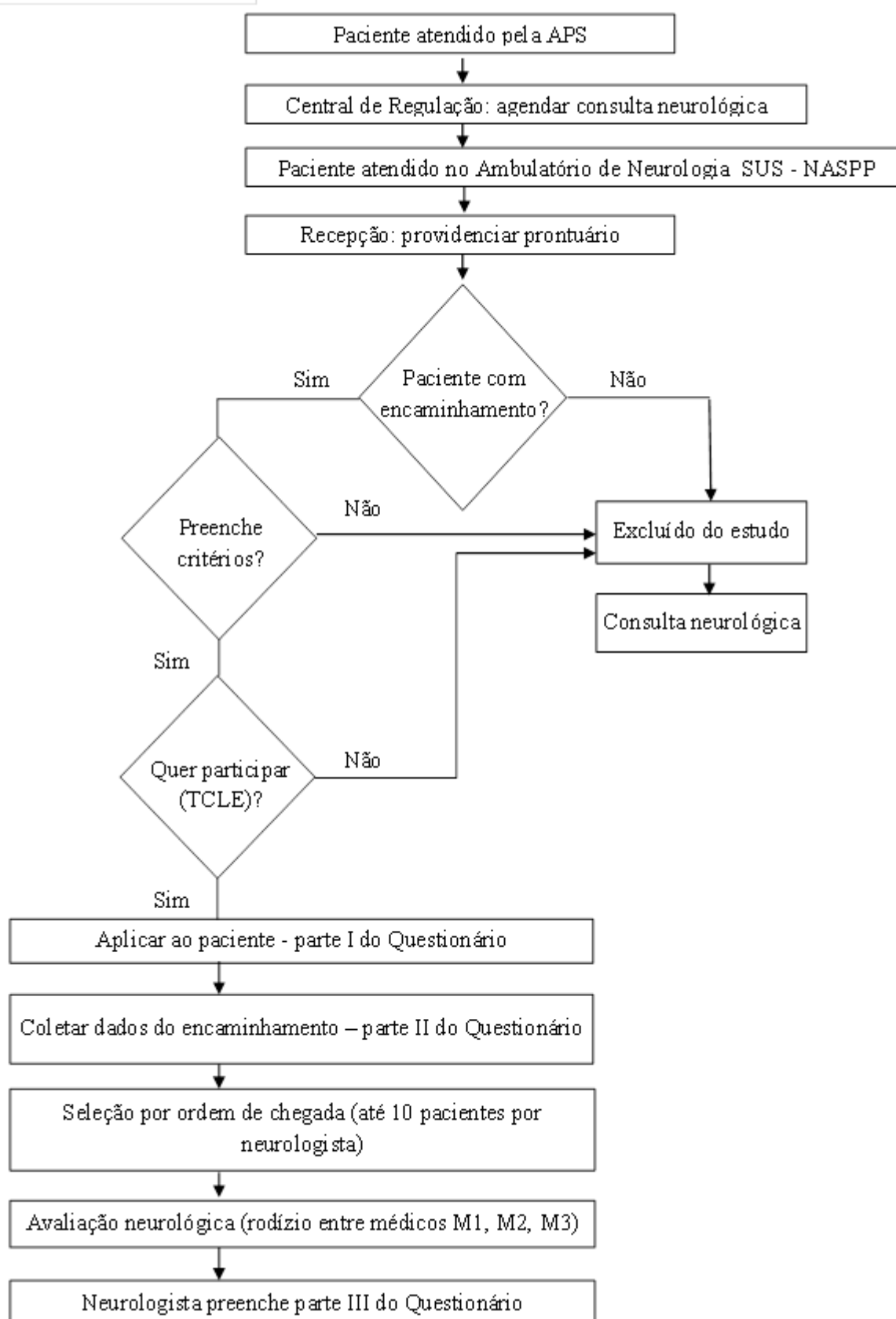
foram selecionados de forma aleatória e por ordem de chegada. Sendo convidados os primeiros pacientes que preenchessem os critérios de inclusão, até completar 10 pacientes para o M1, M2, M3, estes ciclos se repetiam ao longo de um ano.

Os pacientes incluídos na pesquisa, ao responderem ao questionário, informaram sua procedência, sexo, idade, escolaridade, renda familiar, sinais e sintomas apresentados. A análise dos dados identificou a categoria profissional do responsável pelo encaminhamento (médico, enfermeiro, outros); o tempo de espera para o atendimento neurológico; a existência de ficha de referência e contra referência e a hipótese diagnóstica registrada no encaminhamento.

Os neurologistas completavam o instrumento de avaliação após realizar consulta informando sobre a necessidade do atendimento, a coerência entre as queixas relatadas pelo paciente e o motivo descrito no encaminhamento, a concordância entre a hipótese diagnóstica do profissional da APS e do especialista, além de registrarem a solicitação de exames complementares e o destino do paciente.

Os dados foram submetidos a análises estatísticas pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS® versão 19.0 para Windows, foram utilizadas medidas de tendência central mediana e média, analisado o desvio padrão, frequência simples e relativa. Estudadas as correlações entre os dados do perfil através de teste qui-quadrado (χ^2), considerando o nível de significância de 5%.

Fluxograma da pesquisa



RESULTADOS

Durante o período do estudo, 1.587 pacientes compareceram ao serviço de neurologia clínica ambulatorial de adultos do NASPP. Do total de pacientes, 400 (25,2%) preencheram os critérios de inclusão, sendo os outros 1187 (74,8%) excluídos da pesquisa por não possuírem encaminhamento; por não terem sido encaminhados da Atenção Primária; por apresentarem encaminhamentos sem data ou com letra ilegível; por possuírem idade inferior a 18 anos; quando apresentavam incapacidade para responder ao questionário por dificuldade de compreensão e/ou expressão.

Analisando os aspectos sócio demográficos, 94% eram procedentes da zona urbana, com idade entre 18 e 88 anos, tendo em média 43 anos (DP=17,49). Cinquenta e quatro por cento eram do gênero feminino, 49,8% casados, 67,3% da raça parda, em média com 7,7 anos de estudo (DP=3,97). Com relação à renda, a maioria (84,8%) declarou receber entre 01 e 05 salários (Tabela 1)

Tabela 1- Análise comparativa entre grupos de pacientes encaminhados para avaliação neurológica, segundo classificação da necessidade de encaminhamento; Montes Claros (MG), 2014

Variáveis		Necessidade de encaminhamento		Total	p-valor*
		Não	Sim		
Gênero	Masculino	43	141	184	0,869
	Feminino	52	164	216	
Zona	Rural	6	18	24	0,882
	Urbana	89	287	376	
Relação estável	Sim	47	160	207	0,611
	Não	48	145	193	
Cor	Branca	22	69	91	0,914
	Não - branca	73	236	309	
Escolaridade	< 5 anos	41	116	157	0,372
	≥ 5 anos	54	189	243	

Renda	< 5 salários mínimos	87	260	347	0,112
	≥ 5 salários mínimos	8	45	53	
Habitante/domicílio	≤ 4 pessoas	69	195	264	0,118
	> 4 pessoas	26	110	136	
Idade	< 60 anos	76	249	325	0,721
	≥ 60 anos	19	56	75	
Total		95	305	400	

(*) Teste qui-quadrado

O tempo decorrido entre o encaminhamento e o atendimento pelo especialista foi extremamente variável: de 0 (zero) a 2.357 dias, com média global de 144,825 dias (DP=238,22). Da amostra 68,0% foram encaminhados para primeiro atendimento, 10,8% para nova consulta e 21,2% para retorno com exames. A mediana foi de 60,5 dias para primeira consulta, 144 dias para nova consulta e 112 dias para retorno com exames. (Tabela 2)

Tabela 2- Tempo decorrido em dias entre o encaminhamento e avaliação pelo especialista para diferentes tipos de atendimentos

		dias	DP
1a Consulta	Media	138,2353	270,51
	Mediana	60,5	
Nova Consulta	Media	180,6744	144,61
	Mediana	144	
Retorno com exames	Media	148,0353	149,54
	Mediana	112	

Tabela 3 - Principais queixas e diagnósticos de pacientes encaminhados para avaliação neurológica, segundo critério de necessidade de encaminhamento, avaliada pelo neurologista

Queixas	SEM Necessidade		COM necessidade	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Cefaleia	38	22,5	122	21,3
Convulsão	22	13,0	76	13,2
Distúrbios dos Movimentos	8	4,7	28	4,9
Tonturas	11	6,5	31	5,4

Transtorno do Humor	5	3,0	29	5,1
Déficit de memória	6	3,6	19	3,3
Trauma craniano	6	3,6	25	4,4
Lombalgia	6	3,6	17	3,0
Déficit de Aprendizado	4	2,4	13	2,3

Dentre as patologias diagnosticadas pelos neurologistas as mais prevalentes foram cefaleia com 22%, epilepsia 15,5%, doença cerebrovascular 8,1%, traumatismo craniano 6,0%, depressão 5,4%. (Tabela 4)

Tabela 4 – Principais diagnósticos de pacientes encaminhados para avaliação neurológica, segundo critério de necessidade de encaminhamento, avaliada pelo neurologista

Diagnósticos	Com necessidade		SEM necessidade		
	n	(%)	n	(%)	
Epilepsia	68	14,5	Epilepsia	29	21,5
Cefaleia secundária	37	7,9	Cefaleia secundária	11	8,1
Cefaleia tensional	32	6,8	Cefaleia tensional	9	6,7
Sequela de TCE	32	6,8	Sequela de TCE	5	3,7
Sequela de AVE	31	6,6	Sequela de AVE	4	3,0
Depressão	28	6,0	Depressão	6	4,4
Enxaqueca sem aura	10	2,1	Enxaqueca sem aura	9	6,7
Doença de Parkinson	8	1,7	Doença de Parkinson	4	3,0
Sinusite	7	1,5	Sinusite	3	2,2
Outros	187	39,9	Outros	45	33,3
Total *	469	100,0	Total	135	100,0

(*) Pacientes com mais de um diagnóstico

Dos entrevistados apenas 15 pacientes (3,8%) foram encaminhados com ficha de referência e contra referência, sendo que 74,8% foram encaminhados por médicos, 22,5% por enfermeiros e 2,7 por outros profissionais da saúde, e apenas 99 participantes (24,7%) possuíam hipótese diagnóstica no encaminhamento.

Após cada atendimento, os neurologistas completaram o instrumento de avaliação, observando que 76% dos encaminhamentos eram procedentes, em 53% dos casos existia concordância entre as queixas do paciente e o motivo do encaminhamento.

A maioria dos encaminhamentos, 301 (75,3%) não possuía hipótese diagnóstica, porém, naqueles que possuíam foi verificada concordância entre o médico da APS e o especialista em 93% dos diagnósticos e entre o enfermeiro e o especialista de 33,3%.

Dos indivíduos avaliados, apenas 53,3% necessitavam acompanhamento neurológico. Dentre os demais, 6,5% apresentavam patologias neurológicas simples com alta no primeiro atendimento, 19,0% poderiam ter tido suas queixas resolvidas pelo médico da APS e 21,2% deveriam ter sido encaminhados para outros especialistas. Do total de pacientes avaliados, 198 (49,5%) necessitaram de exames complementares.

DISCUSSÃO

São escassos os trabalhos na literatura que tratam deste tema, sendo inédita esta avaliação no estado de Minas Gerais. Este trabalho retratou a situação atual do atendimento ambulatorial da neurologia a partir do encaminhamento da APS.

Na análise dos dados, observou-se longo tempo de espera para atendimento com neurologista, que variou de 0,0 (zero) a 2.357 dias (6,5 anos). O tempo médio foi de 144 dias, com mediana

de 60,5, 144, 112 dias, para primeira consulta, para nova consulta e retorno com exames, respectivamente. Em Porto Alegre, estudo realizado em 2009 verificou tempo de espera de até 04 anos⁷. No Canadá, considerado o 10º país quanto ao tempo de espera para atendimentos especializados, 52% dos pacientes conseguem atendimento com especialista em 30 dias, sendo a neurologia a 5ª especialidade de acesso mais difícil. Na Suíça é observado o menor tempo de espera, 92% dos pacientes conseguem consulta com especialista em 30 dias¹⁰.

A maioria dos pacientes foi encaminhada sem ficha de referência (97%) e sem hipótese diagnóstica (75,3%), demonstrando a falta de integração entre os níveis de atenção. Na região da Catalúnia (Espanha), os resultados divergiram desta pesquisa, uma vez que a maioria dos pacientes referenciados da APS aos serviços secundários possuíam ficha de referência e um terço retornavam à APS com a contra referência, o que permite melhor continuidade do tratamento¹¹.

Em relação ao critério de necessidade de encaminhamento (com ou sem necessidade) avaliado pelos neurologistas, analisando aspectos sócio demográficos, queixas e diagnósticos não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos, o que demonstra a falta de critérios que justifiquem os encaminhamentos ao serviço de neurologia. Estes resultados coincidem com os dados de pesquisa realizada em Huelva (Espanha)¹², que aponta para necessidade de maior seleção dos pacientes a serem referenciados.

Os achados deste trabalho são concordantes com o estudo realizado em Porto Alegre⁷ e concluíram que apesar de a maioria dos encaminhamentos serem pertinentes, quase metade dos pacientes não necessitavam de acompanhamento neurológico, nem de exames complementares, sendo suas patologias consideradas simples, justificando alta no primeiro

atendimento neurológico, ou mesmo a condução do atendimento pelo médico da APS ou em outras especialidades.

Estudo multicêntrico realizado na Espanha, concluiu que as taxas de derivações para especialistas eram de 9,0%, sendo 2,5% do total referenciados à neurologia. Vários fatores interferiam nestas taxas de derivações, como aspectos sócio demográficos das populações estudadas (idade, prevalência das patologias, população rural ou urbana), do próprio sistema de saúde (oferta de serviços, acessibilidade geográfica, coordenação entre os diferentes níveis, adequação dos protocolos de derivação) e fatores dependentes dos profissionais, como formação, experiência e práticas médicas¹³. Na presente pesquisa as taxas de derivações não foram influenciadas pelos aspectos sócio demográficos, pelas queixas e diagnósticos, o que aponta para a diferença na oferta de serviços e capacitação de profissionais nos dois países.

Os diagnósticos mais prevalentes nesta pesquisa, cefaleia, epilepsia, doença cerebrovascular, traumatismo craniano, depressão, distúrbios dos movimentos e transtornos de ansiedade, coincidem com os dados de estudos ambulatoriais realizados em São Paulo¹⁴, Porto Alegre⁷ USA¹⁵, e com o estudo de prevalência das doenças neurológicas realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁶. Pesquisa realizada em Santa Catarina com pacientes submetidos a perícias médicas demonstra resultados discordantes, observando-se elevada prevalência de distúrbios reumatológicos, psiquiátricos, polineuropatias, síndrome pós TCE, doença cerebrovascular, cefaleia e outras¹⁷.

Apesar do crescimento exponencial do número de médicos no Brasil, a distribuição entre as diferentes regiões é muito desigual, com maior concentração nos grandes centros urbanos, a

média nacional de profissionais é bem inferior aos países da Europa¹⁸, o mesmo ocorre com a neurologia, cujo número é cinco vezes maior na Europa¹⁶.

Montes Claros - MG é um polo macrorregional, com população aproximada de 390.000⁹, possuindo uma população flutuante que atinge mais de 1.000.000 de habitantes. Considerando a recomendação do Departamento de Atenção Básica à Saúde do Ministério da Saúde¹⁹ quanto ao número de atendimentos ambulatoriais/habitantes/ano, o número de neurologistas em atividade na rede pública e o número de consultas disponibilizadas por mês, conclui-se que os atendimentos não são suficientes para suprir sequer as necessidades do município, criando um longo tempo de espera, o que gera uma grande demanda reprimida e ocasiona risco de agravo à saúde dos pacientes.

O presente estudo verificou que predominaram participantes urbanos, femininos, pardos, pouca escolaridade e baixa renda familiar. Metade dos pacientes não necessitavam de acompanhamento neurológico, nem de exames complementares. O tempo de espera entre encaminhamento e atendimento especializado foi longo, a maioria dos encaminhamentos não possuíam hipótese diagnóstica, porém, naqueles que a possuíam foi boa a concordância. As patologias mais prevalentes foram cefaleia, epilepsia, doença cerebrovascular. Foi nítida a falta de critérios para encaminhamento. Um dos limites deste estudo está no fato de não ter abrangido todos os serviços ambulatoriais do município de Montes Claros.

Diante dos resultados encontrados fica constatada a importância de intensificar a comunicação entre os níveis de atenção, elaborar protocolos pertinentes para o atendimento na APS relacionados à área neurológica e sistematizar treinamentos que possibilitem maior

resolutividade, com vistas em reduzir as demandas de casos que não necessitam do real acompanhamento especializado.

Diante destas medidas, além da implementação de estratégias que garantam acesso igualitário, será mais concreto confiar na qualidade, humanização, promoção da saúde e satisfação dos clientes encaminhados para o serviço público ambulatorial de neurologia em Montes Claros.

REFERÊNCIAS

1. Cabral N. Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. IN: NETO JPB, Takayanagui OM, organizadores. Tratado de Neurologia - Academia Brasileira de Neurologia. São Paulo: edi Elsevier; 2013. p.181-189.
2. World Health Organization- (WHO) Atlas- Country Resources for Neurological Disorders - Programme for Neurological Diseases and Neuroscience - Department of Mental Health and Substance Abuse .Geneva, Switzerland - World Federation of Neurology (London), 2004.
3. Barreto, M.L; Carmo, E.H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde - Ciência & Saúde Coletiva, 12(sup): 1779-90, 2007.
4. Fracolli LA. O programa de saúde da família como uma estratégia para a inclusão social na perspectiva do trabalho de enfermagem. O Mundo da Saúde - Ano 29 v. 29, n. 1. p 35 - 9, 2005.
5. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990 - Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5): 951-963, mai, 2006.
6. Oliveira MAC; Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, v 66, no spe, Brasília 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/50034-71672013000700020>.
7. Finkelsztejn A; Acosta LMW; Cristovam RA; Moraes GS; Kreuz M; Sordi AO; Souza PC; Eyff TF; Fracasso AM; Chaves MLF. Revista de Saúde Coletiva - Rio de Janeiro/2009, v. 19, n. 3, pp. 731-741.<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300010>>. Acesso: 23 de jul. 2013.
8. Brasil - Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União nº 12, 13 Junho 2013 - Seção 1 - Página 59, 2012.

9. Brasil - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)- Censo Demográfico 2010; Infográficos, Montes Claros - MG. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel/painel>>. Acesso: 23 jul, 2013.
10. Wait Time Alliance (WTA), Shedding Light on Canadians' Total Wait for care - Report Card on Wait Times in Canada, June, 2012.
11. Marta-Beatriz A; Vargas I; Waibel,S; Coderch-Lassaleta J; Sanches-Perez I; Llopart JR; Colomé L; Ferran M; Garcia-Subirats I; Navarrete MLV. Fatores associados a la continuidade assistencial entre atención primaria y atención secundaria ambulatoria experimentada por los usuarios en el sistema de salud catalán. Gaceta sanitaria, Espanha; v 27: 207-13; 2013. Doi: 10.1016/j.gaceta. 2012.06.011.
12. López-Domínguez JM; Rojas-Marcos I; Sanz-Fernandes G; Blanco-Ollero A;Robledo-Strauss A; Diaz-Espejo C. Análisis descriptivo de la demanda de asistencia neurológica ambulatoria en un área sanitaria de Huelva, España, Revista neurológica; 44 (9): 527-30; 2007, PubMed, PMID 17492610.
13. Sicras-Mainar A; Navarro-Artieda R. Perfil de eficiência en las derivaciones neurológicas efectuadas a los especialistas de referencia: utilización del sistema de casuística Adjusted Clinical Groups - Anales de Medicina Interna, Madrid, v 25 nº 5:213-21; 2008
14. Nitrini R, Ferri-Barros JE. O que atende o neurologista - Arquivo em neuropsiquiatria, 54(4): 637-44. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v54n4/13.pdf>>,1996. Acesso: 23 de julho de 2013.
15. Hirtz D, Thurman DJ, Gwinn-Hardy K, Mohamed M, Chaudhuri AR, Zalutsky R. How common are the “common” neurologic disorders ? Bethesda, USA, Neurology, 30; 68 (5) 326-37; Jan, 2007; PMID 17261678.
16. Organização Mundial de Saúde (OMS) World Federation of Neurology. Country Resources for Neurological Disorders; Department of Mental Health and Substance Abuse, Programme for Neurological Diseases and Neuroscience ,Geneva; 2004.
17. Trevisol-Bittencourt PC, Ferreira MA, Marasciulo AC; Collares CF. Condições mais frequentes em um ambulatório de neurologia. Arq Neuropsiquiatria, v. 59; 214-18: 2001 Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php.pid=s004-28x2001000200012&script>>. Acesso: 26 de julho de 2013.
18. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenot A, organizadores. Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrição de desigualdades; Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; São Paulo: ed{ };2011.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica (DABS). Parâmetros para programação das ações básicas de Saúde, Brasília - DF, 2001.

5- CONCLUSÕES

Os participantes da pesquisa foram predominantemente provenientes da zona urbana, sexo feminino, pardos, com pouca escolaridade e baixa renda familiar.

Apesar dos encaminhamentos terem sido considerados procedentes pelo especialista, apenas 53% necessitavam de acompanhamento neurológico, os demais poderiam ser solucionados pela APS ou outras especialidades. Houve indicação de exames complementares em cerca de metade dos casos.

Os médicos foram responsáveis pela maioria dos encaminhamentos, apesar de poucos possuírem hipótese diagnóstica houve boa concordância.

O tempo de espera para avaliação do especialista foi considerado muito longo e extremamente variável, sendo de 0 (zero) a 2.357 dias (6,5 anos), o que evidenciou a desigualdade no acesso. Entre os tipos de atendimento a primeira consulta representou o maior percentual e o tempo de espera maior para nova consulta e retornos com exames.

Este estudo permitiu identificar as patologias mais frequentes atendidas pelo serviço público de neurologia do NASPP, em Montes Claros, sendo cefaleia, epilepsia, doença cerebrovascular, TCE e depressão as mais encontradas.

Constatou-se que não existem critérios estabelecidos para encaminhar os pacientes para avaliação neurológica, o que onera o sistema, prejudica o fluxo e pode gerar danos à saúde dos pacientes.

Um fato marcante verificado nesta pesquisa foi a falta de ficha de referência e contra referência na maioria dos encaminhamentos o que evidenciou uma nítida falta de integração entre os diferentes níveis de atenção.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

São escassos os trabalhos na literatura que tratam deste tema, sendo inédita esta avaliação no Norte de Minas Gerais. Este trabalho retratou a situação atual do atendimento ambulatorial da neurologia à partir do encaminhamento da APS.

Um dos limites deste estudo está no fato de não ter abrangido todos os serviços ambulatoriais do município de Montes Claros. Destaca-se como ponto forte o fato da amostra ter um número expressivo, ser constituída de pacientes de todas as regiões do município, com coleta durante um ano evitando influências sazonais.

Diante dos resultados encontrados fica constatada a importância de intensificar a comunicação entre os níveis de atenção, elaborar protocolos pertinentes para o atendimento na APS relacionados à área neurológica e sistematizar treinamentos que possibilitem maior resolutividade, com vistas em reduzir as demandas de casos que não necessitam do real acompanhamento especializado.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – comunicação, saúde, educação*, v 9, n 16, p. 39-52; 2004.
2. BARRETO, M.L; CARMO, E.H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde - *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (sup): p. 1779-90; 2007.
3. BEAR M.F; CONNORS; B.W; PARADISO M.A. *Neurociência - Desvendando o Sistema Nervoso*. 2ª.ed. São Paulo: Editora Artmed; 2002.
4. BRASIL - CFM - Conselho Federal de Medicina; CRM - Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo - *Demografia Médica do Brasil, Dados gerais e descrições de desigualdades*, v. 1, Dezembro; 2011.
5. BRASIL - Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* nº 12, 13 Junho 2013 - Seção 1 - Página 59; 2012.
6. BRASIL - Ministério da Saúde. Lei nº 8080. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da Saúde, organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez; 1990.
7. BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Parâmetros para programação das ações básicas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. BRASIL - Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
9. BRASIL- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Censo Demográfico 2010; Infográficos, Montes Claros - MG. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel/painel>>. Acesso: 23 jul, 2013.
10. BRASIL- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE; 2012- Cobertura populacional- Caderno de indicadores PSF; Disponível em: <http://www.mg.gov.br/governomg/portal/c/governomg/conheca-minas/minas-em-numeros/12435-saude/517077-resultados-do-governo-de-minas-na-gestao-antonio-anastasia-saude/5146/5044>, acessado em 29/10/2015.

11. CABRAL, N. Epidemiologia e impacto da Doença Cerebrovascular no Brasil e no Mundo; IN: NETO, J.P.B; TAKAYANA, O. M, Organizadores. Tratado de Neurologia - Academia Brasileira de Neurologia. São Paulo, Editora: Elsevier, p.181-189; 2013
12. CAMPOY GIL, J.A; GONZÁLEZ ORIA, C; FERNANDEZ RECIO, M; GÓMEZ ARANDA, F; JURADO COBO, C.M; HERAS PEREZ, J.A. Guia rápido de cefaleia. Consenso entre neurologia (SAN) y Atención primária, critérios de derivação – Sociedade Espanhola de médicos da atenção primária, Sociedade Espanhola de medicina rural GEN (Ed. Impr.); 38 (4: p.241-244, mayo 2012.Artigo em Espanhol |IBECS| ID: ibc-100235
13. CUNHA, J. P. P; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - Princípios - Planejamento e Gestão em Saúde - Brasília (DF): Ministério da Saúde - p. 285/304; 2001.
14. DEMENECK, K. A. Características da Atenção Primária à Saúde - Arquivos Catarinenses de Medicina - ACM - v. 37, Nº 1; p.84-90; 2008
15. FINKELSZTEJN, et al. Physis. Revista de Saúde Coletiva - Rio de Janeiro/2009, v. 19, n. 3, p.731-741.<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300010>>. Acesso: 23 de jul. 2013.
16. FRACOLLI, L. A. O programa de saúde da família como uma estratégia para a inclusão social na perspectiva do trabalho de enfermagem. O Mundo da Saúde - Ano 29 v. 29, n. 1. p 35 – 9; 2005.
17. GIL, C.R.R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6): p.1171-1181, junho,2006.
18. GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5): p.951-963, mai, 2006.
19. GUSMÃO, S.S – História da neurologia em Belo Horizonte; Arquivos brasileiros de neuropsiquiatria v.56(1): p.146-149; 1998
20. LÓPEZ-DOMÍNGUEZ, J. M; *et al.* Análisis descriptivo de la demanda de asistencia neurológica ambulatoria en un área sanitaria de Huelva – Revista neurológica;v.44 (9): p.527-530; 2007
21. MARTA-BEATRIZ, A *et al.* Factores asociados a la continuidad asistencial entre atención primaria y atención secundaria ambulatoria experimentada por los usuarios en el sistema de salud catalán. Gaceta sanitária, Espanha, v.27: p.207-213; 2013: Doi: 10.1016/j.gaceta. 2012.06.011.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Conferência de Alma-Ata; URSS. In:

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jocarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF); p. 15; 2001.

23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política de Atenção Básica atenção /MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretária de Atenção à Saúde, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006.

24. NITRINI, R. A neurologia como especialidade médica: uma interpretação histórica; IN: NETO, J.P.B; TAKAYANA, O.M, Organizadores.. Tratado de Neurologia - Academia Brasileira de Neurologia. São Paulo, Editora: Elsevier,, p.13 -18; 2013

25. NITRINI, R; FERRI DE BARROS, J. E. O que atende o neurologista - Arquivo em neuropsiquiatria, v.54(4): p.637-644. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v54n4/13.pdf>>,1996. Acesso: 23 de julho de 2013.

26. OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia de saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, no spe, Brasília, 2013. <http://dx.doi.-org/10.1590/50034-71672013000700020>.

27. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde: Leitos por habitantes e médicos por habitantes. Disponível em <http://www.ops.org.br/sistemas/fotos/leitos>. acessado em 2014.

28. RODRIGUES, C.R. Atenção Primária, Atenção básica e saúde da família: Sinergias e.

29. ROSA, W.A.G; LABATE, R. C; - Programa Saúde da Família: A Construção de um novo Modelo de Assistência, Revista Latino americana de Enfermagem, v.13, p.1027-1034; 2005

30. SANTIDRIAN-MARTÍN, M.A, *et al.* – Análisis descriptivo de la demanda asistencial neurológica ambulatoria en el área sanitaria de Burgos. Revista Elsevier.es/neurologia, Espanã, v.26: p.39-44; 2011

31. SCHEFFER, M; BIANCARELLI, A; CASSENOT, A, Organizadores. Demografia médica no Brasil: Dados Gerais e descrição de desigualdades; Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, v. 1, São Paulo, 2011.

32. SICRAS-MAINAR, A; NAVARRO-ARTIEDA, R. Perfil de eficiência en las derivaciones neurológicas efectuadas a los especialistas de referencia: utilización del sistema de casuística Ajusted Clinical Groups - Anales de Medicina Interna, Madrid, v. 25 nº 5, p.213-221; 2008

33. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.
34. STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *Gaceta Sanitaria*, 2012. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.009.
35. TEIVE, H.A.G. História Da Neurologia. In: Neto, J.P.B; Takayana,O.M, Tratado De Neurologia - Academia Brasileira De Neurologia. São Paulo: Editora Elsevier;, p.3-12;2013.
36. Toward A Primary Care Strategy For Canadá - Canadian Foundation For Healthcare Improvement. AGGARWAL, M; HUTCHISON, B; 2012.
37. TREVISOL-BITTENCOURT, P.C; FERREIRA, M.A; MARASCIULO, A.C; COLLARES, C.F- Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php.pid=s004-28x2001000200012&script>>. Acesso: 26 de julho de 2013.
38. TURRINI, R.N.T; LEBRÃO, M. L; CESAR, C. L. G; - Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário; *Caderno de Saúde Pública*,v.24(3):p.663-67; 2008.
39. VELOSO. C. Notas históricas sobre o programa de saúde da família em Minas Gerais, revista médica de Minas Gerais, v.14, n. 1, p.66-73;2004
40. VIANA, A. L. A; DAL POZ, M.R. Estudos em Saúde Coletiva - Reforma de Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social , n. 166,out.1998
41. WAIT TIME ALLIANCE (WTA), Shedding Light on Canadians' Total Wait for care - Report Card on Wait Times in Canada, june, 2012.
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION- (WHO) ATLAS- Country Resources for Neurological Disorders - 2004 - Programme for Neurological Diseases and Neuroscience - Departament of Mental Health and Substance Abuse .Geneva, Switzerland - World Federation of Neurology (London).

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - Paciente

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo científico “Da atenção primária ao serviço de referência neurológica: análise de encaminhamentos e integração entre os níveis assistenciais” sob a responsabilidade do pesquisador Ronaldo Urias Mendonça, cuja pesquisa pretende analisar o fluxo e a necessidade dos encaminhamentos dos pacientes referenciados da APS ao serviço público de neurologia ambulatorial das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros- MG, bem como a integração entre os diferentes níveis.

Na qualidade de **PACIENTE**, a sua participação é voluntária e se dará por meio de resposta a um questionário sobre o seu perfil, sinais e sintomas que apresentam, tipo de procedimento que será submetido (1ª consulta, nova consulta, resultado de exames), se houve alguma dificuldade, no seu caso, para agendar atendimento com o Neurologista.

Os riscos decorrentes de sua participação neste estudo serão mínimos, tais como, gasto de tempo, estresse ou constrangimento para responder ao questionário. Se o(a) Sr(a), aceitar participar, estará contribuindo para a avaliação do serviço prestado, visando propor melhorias da qualidade do atendimento, especialmente a redução do tempo de espera para atendimento neurológico.

Se, após consentir em sua participação, o(a) Sr (a) desistir de continuar participando do estudo, poderá retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independentemente do motivo, o que não resultará em qualquer prejuízo à sua pessoa.

O(a) Sr(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá qualquer remuneração pela participação neste estudo.

Os dados obtidos da pesquisa serão objeto de análise e publicação, mas a sua identidade não será divulgada, sendo preservada, em caráter sigiloso.

Este estudo foi encaminhado e aprovado para execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros/MG (FIPMOC), **sob o número 407.480**, obedecendo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com o pesquisador Ronaldo Urias Mendonça, no endereço Rua Santa Luzia , 156, Bairro Todos os Santos, Montes Claros, Minas Gerais, ou pelo telefone (38) 3212 8570, (38) 8825 8570 ou no endereço eletrônico recrc156@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui informado (a) sobre os objetivos do estudo científico “Da atenção primária ao serviço de referência neurológica: análise de encaminhamentos e integração entre os níveis assistenciais”, pelo seu responsável e qual será a minha participação. Declaro ter entendido perfeitamente as explicações do pesquisador. Por isso, consinto em participar do estudo científico, e concordo com as condições estabelecidas acima explicitadas. Este documento será emitido em duas vias assinadas por mim e pelo responsável pela pesquisa, cabendo uma via a cada um.

Montes Claros, ____/ ____/ ____

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - Médico

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo científico “Da atenção primária ao serviço de referência neurológica: análise de encaminhamentos e integração entre os níveis assistenciais”, sob a responsabilidade do pesquisador Ronaldo Urias Mendonça, cuja pesquisa pretende analisar os encaminhamentos dos pacientes referenciados da APS ao serviço Público de neurologia ambulatorial das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros- MG, bem como o tempo transcorrido entre o encaminhamento e a consulta com o especialista.

Na qualidade de **MÉDICO**, a sua participação é voluntária, se concordar em participar da pesquisa após cada atendimento, o (a) Sr (a) responderá a um questionário, a fim de registrar se existe necessidade do encaminhamento ao serviço de referência neurológica, se existe concordância entre a hipótese diagnóstica do médico da atenção primária e do especialista, se foram solicitados exames complementares, qual a hipótese diagnóstica do neurologista e qual o destino do paciente.

Os riscos decorrentes de sua participação neste estudo serão mínimos, tais como gasto de tempo, estresse ou constrangimento para responder ao questionário.

Se o (a) Sr (a) aceitar participar, estará contribuindo para a avaliação do serviço prestado, visando propor melhorias da qualidade do atendimento, especialmente a redução do tempo de espera para atendimento neurológico.

Se, após consentir em sua participação, o(a) Sr (a) desistir de continuar participando do estudo, poderá retirar o seu consentimento e em qualquer fase da pesquisa, independentemente do motivo, o que não resultará em qualquer prejuízo à sua pessoa.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá qualquer remuneração pela participação neste estudo.

Os dados obtidos da pesquisa serão objeto de análise e publicação, mas a sua identidade não será divulgada, sendo preservada, em caráter sigiloso.

Este estudo foi encaminhado e aprovado para execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros/MG (FIPMOC), **sob o número 407.480**, obedecendo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com o pesquisador Ronaldo Urias Mendonça, no endereço Rua Santa Luzia , 156, Bairro Todos os Santos, Montes Claros, Minas Gerais, ou pelo telefone (38) 3212 8570, (38) 8825 8570 ou no endereço eletrônico recrc156@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informado (a) sobre os objetivos do estudo científico “Da atenção primária ao serviço de referência neurológica: análise de encaminhamentos e integração entre os níveis assistenciais”, pelo seu responsável e qual será a minha participação. Declaro ter entendido perfeitamente as explicações do pesquisador. Por isso, consinto em participar do estudo científico, e concordo com as condições estabelecidas acima explicitadas. Este documento será emitido em duas vias assinadas por mim e pelo responsável pela pesquisa, cabendo uma via a cada um.

Montes Claros, ____/ ____/ ____

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C - Termo de Concordância da Instituição para autorização de Pesquisa

Título da pesquisa: “Da atenção primária ao serviço de referência neurológica: análise de encaminhamentos e integração entre os níveis assistenciais”.

Instituição onde será realizada a pesquisa: Núcleo de assistência à Saúde e práticas profissionalizantes - NASPP - Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros - MG.

Pesquisador Responsável: Ronaldo Urias Mendonça - Contato: (38) 8825 8570

1-Objetivo: Analisar o fluxo e a necessidade dos encaminhamentos dos pacientes referenciados da APS ao serviço público de neurologia ambulatorial do município de Montes Claros/MG, bem como a integração entre os diferentes níveis de atenção.

2- Metodologia/procedimentos: Através da aplicação de questionário destinado a pacientes maiores de 18 anos e aos médicos dos serviços de referência neurológica ambulatorial, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo participante da pesquisa ou seu responsável legal, com base nas informações dos pacientes, dos médicos e registros da ficha de referência e prontuários de pacientes, serão coletadas informações sobre o perfil dos pacientes, tais como: procedência, sexo, idade, escolaridade, renda familiar, sinais e sintomas apresentados; a data, o motivo do encaminhamento, a hipótese diagnóstica da atenção primária, a necessidade do encaminhamento, a concordância entre a hipótese diagnóstica do encaminhamento e a do especialista, além do tempo decorrido entre a avaliação do especialista e o retorno com os exames complementares solicitados e o destino dos pacientes.

3- Justificativa: Analisar os encaminhamentos, bem como o tempo transcorrido entre o encaminhamento e a consulta com o especialista. Conhecer a necessidade, o perfil dos pacientes encaminhados, bem como os critérios estabelecidos para tais encaminhamentos, avaliar a demanda reprimida e propor estratégias que possam melhorar a prestação dos serviços neurológicos à população, tornando o atendimento mais acessível e humanizado.

4-Benefícios: Contribuir para a avaliação do serviço prestado, visando propor melhorias da qualidade do atendimento, especialmente à redução do tempo de espera para atendimento neurológico.

5-Desconfortos e riscos: Os riscos decorrentes da participação neste estudo serão mínimos, tais como, gasto de tempo dos participantes para responder ao questionário, podendo impactar em maior permanência no serviço e gerar algum questionamento dos participantes.

6- Confidencialidade das informações: Os dados obtidos da pesquisa serão objeto de análise e publicação, mas a identidade da instituição não será divulgada, sendo preservada, em caráter sigiloso.

7-Compensação/indenização: A instituição não terá nenhuma despesa e também não receberá qualquer remuneração pela participação neste estudo.

8-Eu, _____ fui informado (a) sobre os objetivos do estudo científico “Da atenção primária ao serviço de referência neurológica: análise de encaminhamentos e integração entre os níveis assistenciais”, pelo seu responsável e qual será a minha participação. Declaro ter entendido perfeitamente as explicações do pesquisador. Por isso, consinto que a _____ participe do estudo científico, e concordo com as condições estabelecidas acima explicitadas. Este documento será emitido em duas vias assinadas por mim e pelo responsável pela pesquisa, cabendo uma via a cada um.

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição/empresa

Nome do pesquisador responsável pela pesquisa

_____/____/____

Assinatura

APÊNDICE D – Questionário

“Da atenção primária ao serviço de referência neurológica: análise de encaminhamentos e integração entre os níveis assistenciais”**PARTE I - INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

1-Iniciais: ----- 2-Registro: -----3-Nº na pesquisa: _____

4-Data de Nascimento: ___/___/___ 5-Idade (anos): _____ 6-Sexo: M F7-Estado Civil: Solteiro Divorciado Casado Relação Estável Outros08-Raça (cor): Branca Preta Parda Amarela Indígena

09- Profissão/Ocupação: _____ 10-Contato (___) _____

11-Zona: Rural Urbana Rural/Urbana 12-Bairro: _____

13-Escolaridade/número de anos estudados

 Nenhuma 1º grau----- 2º grau----- 3º grau-----

14-Renda Familiar:

Salários mínimos: Até 01 01 a 05 06 a 10 Mais de 10

Número de pessoas na residência: -----

15-Queixas dos pacientes:

 Cefaleia Desmaios Convulsão Tonturas Lombalgia Cervicalgia *Deficit* de aprendizado *Deficit* de memória *Deficit* motor *Deficit* sensitivos Distúrbios de comunicação Distúrbios dos movimentos Trauma Craniano Traumaraquiano Transtornos de condutas Transtornos comportamentais Transtorno do humor Outros: -----

16-Acessibilidade ao atendimento neurológico:

Para primeira consulta: Fácil Difícil Muito DifícilPara nova consulta: Fácil Difícil Muito DifícilPara resultado de exames: Fácil Difícil Muito Difícil

PARTE II- INFORMAÇÕES DO ENCAMINHAMENTO

17-Encaminhamento: Não Sim

18-Ficha de Referência/contra referência Não Sim

19- Data do Encaminhamento-----20-Data do atendimento-----

21-Tipo de atendimento: 1ª consulta Nova consulta Resultado de Exames

22-Responsável pelo encaminhamento Médico Enfermeiro Outros

23- Diagnóstico do Médico da ESF: Não Sim. Qual-----

24-Resultado de exames: Não Sim

Sangue -----

Imagens-----

Traçados gráficos-----

Entrevistador: -----Data: ---/----/------

PARTE III – INFORMAÇÕES DO NEUROLOGISTA

25-Existe necessidade de encaminhamento ao serviço de neurologia:

Não Sim

26-Existe compatibilidade entre o motivo do encaminhamento e as queixas do paciente:

Não Sim

27-A Hipótese Diagnóstica do neurologista coincide com a hipótese do encaminhamento:

Não Sim Encaminhado sem hipótese diagnóstica

28-A consulta médica gerou solicitação de exames:

Não Sim

Tipo de exames: Sangue Traçados gráficos Exames de imagens Outros

29-Diagnóstico Neurológico: -----

30-Destino do paciente:

Encaminhado para outro profissional Encaminhado à residência (alta)

Encaminhado ao serviço de urgência Necessita de controle neurológico

Para serviço de origem (ESF):

Ficha de referência e contra referência: Não Sim

Assinatura do médico: -----

APÊNDICE E – TABELAS

Tabela - 1 Análise comparativa entre grupos de pacientes encaminhados para avaliação neurológica, segundo classificação da necessidade de encaminhamento; Montes Claros (MG), 2014

Variáveis		Necessidade de encaminhamento		Total	p-valor*
		Não	Sim		
Gênero	Masculino	43	141	184	0,869
	Feminino	52	164	216	
Zona	Rural	6	18	24	0,882
	Urbana	89	287	376	
Relação estável	Sim	47	160	207	0,611
	Não	48	145	193	
	Branca	22	69	91	0,914
	Não - branca	73	236	309	
Escolaridade	< 5 anos	41	116	157	0,372
	≥ 5 anos	54	189	243	
Renda	< 5 salários mínimos	87	260	347	0,112
	≥ 5 salários mínimos	8	45	53	
Habitantes/domicílio	≤ 4 pessoas	69	195	264	0,118
	> 4 pessoas	26	110	136	
Idade	< 60 anos	76	249	325	0,721
	≥ 60 anos	19	56	75	
Total		95	305	400	

(*) Teste qui-quadrado

Tabela 2- Tempo decorrido em dias entre o encaminhamento e avaliação pelo especialista para diferentes tipos de atendimentos

		Dias	DP
1ª Consulta	Media	138,2353	270,51
	Mediana	60,5	
Nova Consulta	Media	180,6744	144,61
	Mediana	144	
Retorno com exames	Media	148,0353	149,54
	Mediana	112	

Tabela 3 - Principais queixas e diagnósticos de pacientes encaminhados para avaliação neurológica, segundo critério de necessidade de encaminhamento, avaliada pelo neurologista

Queixas	SEM Necessidade		COM necessidade	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Cefaleia	38	22,5	122	21,3
Convulsão	22	13,0	76	13,2
Distúrbios dos Movimentos	8	4,7	28	4,9
Tonturas	11	6,5	31	5,4
Transtorno do Humor	5	3,0	29	5,1
Déficit de memória	6	3,6	19	3,3
Trauma craniano	6	3,6	25	4,4
Lombalgia	6	3,6	17	3,0
Déficit de Aprendizado	4	2,4	13	2,3

Tabela 4 – Principais diagnósticos de pacientes encaminhados para avaliação neurológica, segundo critério de necessidade de encaminhamento, avaliada pelo neurologista

Diagnósticos	COM necessidade		SEM necessidade		
	N	(%)	N	(%)	
Epilepsia	68	14,5	Epilepsia	29	21,5
Cefaleia secundária	37	7,9	Cefaleia secundária	11	8,1
Cefaleia tensional	32	6,8	Cefaleia tensional	9	6,7
Sequela de TCE	32	6,8	Sequela de TCE	5	3,7
Sequela de AVE	31	6,6	Sequela de AVE	4	3,0
Depressão	28	6,0	Depressão	6	4,4
Enxaqueca sem aura	10	2,1	Enxaqueca sem aura	9	6,7
Doença de Parkinson	8	1,7	Doença de Parkinson	4	3,0
Sinusite	7	1,5	Sinusite	3	2,2
Outros	187	39,9	Outros	45	33,3
Total *	469	100,0	Total	135	100,0

(*) Pacientes com mais de um diagnóstico

Tabela 5 - Perfil sócio demográfico

		N	(%)
Gênero	Masculino	184	46,0
	Feminino	216	54,0
Estado Civil	Solteiro	141	35,3
	Divorciado	17	4,3
Raça	Branca	91	22,8
	Preta	40	10,0
	Parda	269	67,3
Procedência	Rural	24	6,0
	Urbana	376	94,0
Renda Familiar (Salário Mínimo)	01 a 05	339	84,8
	06 a 10	59	14,8
	Mais de 10	02	0,5
Total		400	100,0

Tabela 6 - Tipo de atendimento

	N	%	% Válida	% Cumulativa
Primeira consulta	272	68,0	68,0	68,0
Nova consulta	43	10,8	10,8	78,8
Retorno com exames	85	21,2	21,2	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Tabela - 7 – Encaminhamento por categoria profissional

	N	%	% Válida	% Cumulativa
Médico	299	74,8	74,8	74,8
Enfermeiro	90	22,5	22,5	97,3
Outros	11	2,7	2,7	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Tabela- 8 - Ficha de referência/contra referência e necessidade de encaminhamento

	Não	(%)	Sim	(%)	Total
Ficha de referência/contra referência	385	96	15	4	400
Existe necessidade de encaminhamento	95	24	305	76	400

Tabela 9 - Hipótese diagnóstica no encaminhamento

	Frequência	%	% Válida	% Cumulativa
Não	301	75,3	75,3	75,3
Sim	99	24,7	24,7	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Tabela 10 – Queixas principais

	N	(%)
Cefaleia	160	21,5
Convulsão	103	13,9
Tonturas	44	5,9
Transtorno do Humor	42	5,7
Déficit Motor	37	5,0
Distúrbios dos Movimentos	36	4,8
Trauma craniano	31	4,2
HAS	30	4,0
Déficit de memória	25	3,4
Lombalgia	23	3,1
Outros	212	28,5
Total	743	100

Tabela 11 - Principais diagnósticos do neurologista

	Frequência	(%)
Epilepsia	98	15,5
Cefaleia primária	80	12,7
Cefaleia secundária	59	9,3
Doença cerebrovascular	51	8,1
TCE	38	6,0
Depressão	34	5,4
Hérnia discal	17	2,7
Doença de Parkinson	15	2,4
Transtorno de ansiedade	15	2,4
Radiculopatia lombar	14	2,2
Outros	211	33,4
Total	632	100,0

Tabela 12 - A hipótese diagnóstica do neurologista coincide com a hipótese do encaminhamento

	N	%	% Válida	% Cumulativa
Não	9	2,2	2,2	2,2
Sim	90	22,5	22,5	24,7
Sem hipótese diagnóstica	301	75,3	75,3	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Tabela 13 - Destino dos pacientes

	N	%
Encaminhado à residência (alta)	26	6,5
Encaminhado para outro profissional	85	21,2
Necessita controle neurológico	213	53,3
Para serviço de origem (ESF)	76	19,0
Total	400	100,0

Tabela 14- Tempo médio em dias para consulta por profissional

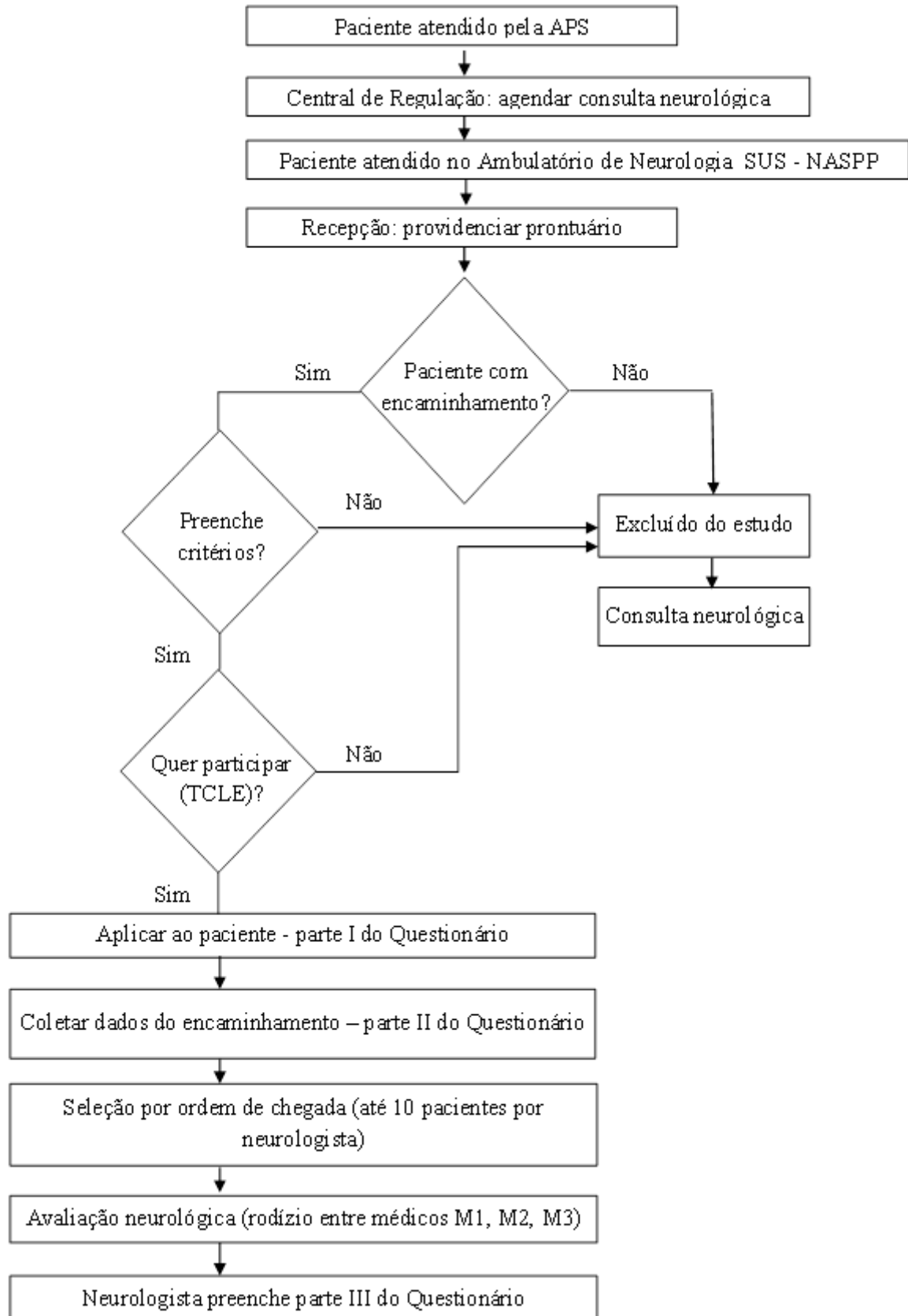
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
M 01	138	138,1812	204,91737	,00	1.200,00
M 02	128	118,1094	142,86959	,00	885,00
M 03	134	176,1642	325,24991	2,00	2.357,00
Total	400	144,4825	238,22558	,00	2.357,00

Tabela 15 – Acessibilidade por consulta na percepção dos pacientes

	Fácil	(%)	Difícil	(%)	Muito Difícil	(%)	Total	(%)
1ª consulta	94	84,7	137	64,3	41	53,9	272	68,0
Nova consulta	6	5,4	25	11,7	12	15,8	43	10,8
Resultado c/ exames	11	9,9	51	23,9	23	30,3	85	21,3
Total	111	100,0	213	100,0	76	100,0	400	100,0

APÊNDICE –F: Fluxograma da pesquisa

Fluxograma da pesquisa



ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisas

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Da Atenção Primária ao Serviço de Referência Neurológica: Necessidade e Acessibilidade

Pesquisador: Ronaldo Urias mendonça

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21910313.2.0000.5109

Instituição Proponente: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 407.480

Data da Relatoria: 25/09/2013

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de investigação científica pretende avaliar a necessidade de encaminhamentos referenciais, no sistema público de saúde-SUS, de pacientes atendidos na atenção primária para um serviço de neurologia local, levando-se em conta a acessibilidade a esse serviço local e tendo-se em conta a sua resolatividade; ou seja, a capacidade da atenção primária à saúde do município escolhido de atender aos objetivos preconizados pela Organização Mundial de Saúde-OMS, pertinente ao acesso de atendimento especializado em nível secundário, in casu, na área de neurologia.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o fluxo dos pacientes encaminhados pela atenção primária de saúde ao serviço de neurologia, identificando a necessidade de encaminhamento, o tempo de espera para a consulta, o tempo entre consulta e retorno para conhecimento dos exames complementares, ademais da identificação das doenças neurológicas atendidas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Presentes, sendo que no que tange aos benefícios, a explicitação deveria ser mais ampliada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de investigação de alta relevância científica e social, por procurar conhecer e identificar

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80

Bairro: ibituruna

CEP: 39.408-007

UF: MG

Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3214-7100

Fax: (38)3212-1002

E-mail: dorotheafranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



Continuação do Parecer: 407.480

os percalços da atenção básica em saúde para resolver problemas atinentes a determinadas demandas/queixas relativas ao sistema neural, que, presentemente e geralmente representam delongada espera ou mesmo procrastinação na obtenção da consulta neurológica. Este é um dos mais criticados pontos de gargalo do SUS em todo o território nacional e o descortino de uma possível solução pode representar um extraordinário benefício para toda a população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem assim o Termo de Concordância da Instituição para Autorização de Pesquisa.

Recomendações:

Sugere-se tão somente que se separe o TCLE do sujeito de pesquisa do TCLE do médico que irá obter os dados do questionário junto ao paciente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Face ao exposto, somos pela aprovação do presente projeto de investigação científica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 26 de Setembro de 2013

Assinador por:
José Geraldo de Freitas Drumond
(Coordenador)

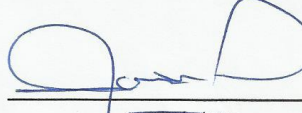
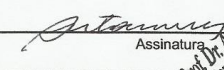
Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80
Bairro: ibituruna **CEP:** 39.408-007
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 **Fax:** (38)3212-1002 **E-mail:** dorotheafranca@gmail.com

ANEXO B - Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos





MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Da Atenção primária ao serviço de referência neurológica: necessidade e acessibilidade.		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 400	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Ronaldo Urias mendonça			
6. CPF: 393.745.806-91		7. Endereço (Rua, n.º): SANTA LUZIA, 156 TODOS OS SANTOS casa MONTES CLAROS MINAS GERAIS 39400136	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (38) 8825-8570	10. Outro Telefone:
		11. Email: recre156@gmail.com	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>05</u> / <u>09</u> / <u>13</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros		14. CNPJ:	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (38) 3214-7100		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>ANTONIO PRATES CARDIIRA</u>		CPF: <u>52014177600</u>	
Cargo/Função: <u>COORDENADOR DE PESQUISA E EXTENSÃO</u>			
Data: <u>05</u> / <u>09</u> / <u>2013</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

 Prof. Dr. Antonio Prates Cardiira
 Coordenador de Pesquisa e Extensão
 FIP-MOC

ANEXO C – Ficha de referência e contra referência

 PREFEITURA DE MONTES CLAROS Secretaria Municipal de Saúde	FICHA DE REFERÊNCIA	
Motivo do Encaminhamento:		
Hipótese Diagnóstica:		
Montes Claros, ____ / ____ / ____		
_____ <small>Assinatura/Carimbo</small>		

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA	
Nome do Paciente:	Env. Família
Nome do Especialista:	
Para o Centro de Saúde:	
Parecer:	
Montes Claros, ____ / ____ / ____	
_____ <small>Assinatura/Carimbo</small>	

ANEXO D – Critérios de submissão de artigos

Ciência & Saúde Coletiva INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1413-8123 *versão impressa*
ISSN 1678-4561 *versão online*

- [Instruções para colaboradores](#)
- [Orientações para organização de números temáticos](#)
- [Recomendações para a submissão de artigos](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de caráter mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a contemporaneidade da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e

relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas

realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de

subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos,

com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ...

ex..2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Bras Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from:

<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:

<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>


17. Monografia em formato eletrônico

CDI, *clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)
Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos
21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil
Tel.: +55 21 3882-9153 / 3882-9151



cienciausaudecoletiva@fiocruz.br

ANEXO E – Resolução 466/2012 Conselho Nacional de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos;

Considerando o desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que desvendou outra percepção da vida, dos modos de vida, com reflexos não apenas na concepção e no prolongamento da vida humana, como nos hábitos, na cultura, no comportamento do ser humano nos meios reais e virtuais disponíveis e que se alteram e inovam em ritmo acelerado e contínuo;

Considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que deve implicar em benefícios, atuais e potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, nacional e universal, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida e promovendo a defesa e preservação do meio ambiente, para as presentes e futuras gerações;

Considerando as questões de ordem ética suscitadas pelo progresso e pelo avanço da ciência e da tecnologia, enraizados em todas as áreas do conhecimento humano;

Considerando que todo o progresso e seu avanço devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano;

Considerando os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como o Código de Nuremberg, de 1947, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948;

Considerando os documentos internacionais recentes, reflexo das grandes descobertas científicas e tecnológicas dos séculos XX e XXI, em especial a Declaração de Helsinque, adotada em 1964 e suas versões de 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000; o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966; o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, de 1966; a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, de 1997; a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, de 2003; e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2004;

Considerando a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, cujos objetivos e fundamentos da soberania, da cidadania, da dignidade da pessoa humana, dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e do pluralismo político e os objetivos de construir uma sociedade livre, justa e solidária, de garantir o desenvolvimento nacional, de erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e de promover o bem de todos, sem qualquer tipo de preconceito, ou de discriminação coadunam-se com os documentos internacionais sobre ética, direitos humanos e desenvolvimento;

Considerando a legislação brasileira correlata e pertinente; e

Considerando o disposto na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que impõe revisões periódicas a ela, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética.

RESOLVE:

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:

I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução.

II - DOS TERMOS E DEFINIÇÕES

A presente Resolução adota as seguintes definições:

II.1 - achados da pesquisa - fatos ou informações encontrados pelo pesquisador no decorrer da pesquisa e que sejam considerados de relevância para os participantes ou comunidades participantes;

II.2 - assentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades;

II.3 - assistência ao participante da pesquisa:

II.3.1 - assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e

II.3.2 - assistência integral – é aquela prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa;

II.4 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa;

II.5 - consentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar;

II.6 - dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa;

II.7 - indenização - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa;

II.8 - instituição proponente de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, à qual o pesquisador responsável está vinculado;

II.9 - instituição coparticipante de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve;

II.10 - participante da pesquisa - indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s) responsável(is) legal(is), aceita ser pesquisado. A participação deve se dar de forma gratuita, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência;

II.11 - patrocinador - pessoa física ou jurídica, pública ou privada que apoia a pesquisa, mediante ações de financiamento, infraestrutura, recursos humanos ou apoio institucional;

II.12 - pesquisa - processo formal e sistemático que visa à produção, ao avanço do conhecimento e/ou à obtenção de respostas para problemas mediante emprego de método científico;

II.13 - pesquisa em reprodução humana - pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nesses estudos serão considerados “participantes da pesquisa” todos os que forem afetados pelos procedimentos dela;

II.14 - pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos;

II.15 - pesquisador - membro da equipe de pesquisa, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;

II.16 - pesquisador responsável - pessoa responsável pela coordenação da pesquisa e corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;

II.17 - protocolo de pesquisa - conjunto de documentos contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais e as informações relativas ao participante da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis;

II.18 - provimento material prévio - compensação material, exclusivamente para despesas de transporte e alimentação do participante e seus acompanhantes, quando necessário, anterior à participação deste na pesquisa;

II.19 - relatório final - é aquele apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados;

II.20 - relatório parcial - é aquele apresentado durante a pesquisa demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento;

II.21 - ressarcimento - compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação;

II.22 - risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente;

II.23 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar;

II.24 - Termo de Assentimento - documento elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais; e

II.25 - vulnerabilidade - estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

III - DOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes.

III.1 - A eticidade da pesquisa implica em:

a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e

d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

III.2 - As pesquisas, em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos, deverão observar as seguintes exigências:

a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;

b) estar fundamentada em fatos científicos, experimentação prévia e/ou pressupostos adequados à área específica da pesquisa;

c) ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;

d) buscar sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis;

e) utilizar os métodos adequados para responder às questões estudadas, especificando-os, seja a pesquisa qualitativa, quantitativa ou quali-quantitativa;

f) se houver necessidade de distribuição aleatória dos participantes da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, a priori, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro, mediante revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;

g) obter consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa e/ou seu representante legal, inclusive nos casos das pesquisas que, por sua natureza, impliquem justificadamente, em consentimento a posteriori;

h) contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do participante da pesquisa, devendo o(s) pesquisador(es) possuir(em) capacidade profissional adequada para desenvolver sua função no projeto proposto;

i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros;

j) ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser participantes de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida por meio de participantes com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios aos indivíduos ou grupos vulneráveis;

k) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes, quando as pesquisas envolverem comunidades;

l) garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades;

m) comunicar às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os resultados e/ou achados da pesquisa, sempre que estes puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados;

n) assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

o) assegurar aos participantes da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação, conforme o caso, enquanto necessário, inclusive nas pesquisas de rastreamento;

p) comprovar, nas pesquisas conduzidas no exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os participantes das pesquisas e para o Brasil, decorrentes

de sua realização. Nestes casos deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacional, responsáveis pela pesquisa no Brasil. Os estudos patrocinados no exterior também deverão responder às necessidades de transferência de conhecimento e tecnologia para a equipe brasileira, quando aplicável e, ainda, no caso do desenvolvimento de novas drogas, se comprovadas sua segurança e eficácia, é obrigatório seu registro no Brasil;

q) utilizar o material e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento do participante;

r) levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

s) considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objeto fundamental da pesquisa;

t) garantir, para mulheres que se declarem expressamente isentas de risco de gravidez, quer por não exercerem práticas sexuais ou por as exercerem de forma não reprodutiva, o direito de participarem de pesquisas sem o uso obrigatório de contraceptivos; e

u) ser descontinuada somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que a aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes.

III.3 - As pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos, além do preconizado no item III.2, deverão ainda:

a) estar fundamentadas na experimentação prévia, realizada em laboratórios, utilizando-se animais ou outros modelos experimentais e comprovação científica, quando pertinente;

b) ter plenamente justificadas, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica, sendo que os benefícios, riscos, dificuldades e efetividade de um novo método terapêutico devem ser testados, comparando-o com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais. Isso não exclui o uso de placebo ou nenhum tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento;

c) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa; e

d) assegurar a todos os participantes ao final do estudo, por parte do patrocinador, acesso gratuito e por tempo indeterminado, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes:

d.1) o acesso também será garantido no intervalo entre o término da participação individual e o final do estudo, podendo, nesse caso, esta garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do médico assistente do participante.

IV – DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

IV.1 - A etapa inicial do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido é a do esclarecimento ao convidado a participar da pesquisa, ocasião em que o pesquisador, ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade, deverá:

a) buscar o momento, condição e local mais adequados para que o esclarecimento seja efetuado, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e sua privacidade;

b) prestar informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa; e

c) conceder o tempo adequado para que o convidado a participar da pesquisa possa refletir, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

IV.2 - Superada a etapa inicial de esclarecimento, o pesquisador responsável, ou pessoa por ele delegada, deverá apresentar, ao convidado para participar da pesquisa, ou a seu representante legal, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que seja lido e compreendido, antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido.

IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente:

a) justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem utilizados, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental, quando aplicável;

b) explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa;

c) esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa;

d) garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;

e) garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;

f) garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e

h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

IV.4 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nas pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos, além do previsto no item IV.3 supra, deve observar, obrigatoriamente, o seguinte:

a) explicitar, quando pertinente, os métodos terapêuticos alternativos existentes;

b) esclarecer, quando pertinente, sobre a possibilidade de inclusão do participante em grupo controle ou placebo, explicitando, claramente, o significado dessa possibilidade; e

c) não exigir do participante da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não deve conter ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao participante da pesquisa abrir mão de seus direitos, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

IV.5 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá, ainda:

a) conter declaração do pesquisador responsável que expresse o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV.4, este último se pertinente;

b) ser adaptado, pelo pesquisador responsável, nas pesquisas com cooperação estrangeira concebidas em âmbito internacional, às normas éticas e à cultura local, sempre com

linguagem clara e acessível a todos e, em especial, aos participantes da pesquisa, tomando o especial cuidado para que seja de fácil leitura e compreensão;

c) ser aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente; e

d) ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha. Em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP, quando pertinente.

IV.6 - Nos casos de restrição da liberdade ou do esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se, também, observar:

a) em pesquisas cujos convidados sejam crianças, adolescentes, pessoas com transtorno ou doença mental ou em situação de substancial diminuição em sua capacidade de decisão, deverá haver justificativa clara de sua escolha, especificada no protocolo e aprovada pelo CEP, e pela CONEP, quando pertinente. Nestes casos deverão ser cumpridas as etapas do esclarecimento e do consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais dos convidados a participar da pesquisa, preservado o direito de informação destes, no limite de sua capacidade;

b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia, como estudantes, militares, empregados, presidiários e internos em centros de readaptação, em casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias;

c) as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica deverão atender aos seguintes requisitos:

c.1) documento comprobatório da morte encefálica;

c.2) consentimento explícito, diretiva antecipada da vontade da pessoa, ou consentimento dos familiares e/ou do representante legal;

c.3) respeito à dignidade do ser humano;

c.4) inexistência de ônus econômico-financeiro adicional à família;

c.5) inexistência de prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;

e

c.6) possibilidade de obter conhecimento científico relevante, ou novo, que não possa ser obtido de outra maneira;

d) que haja um canal de comunicação oficial do governo, que esclareça as dúvidas de forma acessível aos envolvidos nos projetos de pesquisa, igualmente, para os casos de diagnóstico com morte encefálica; e

e) em comunidades cuja cultura grupal reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável. Quando a legislação brasileira dispuser sobre competência de órgãos governamentais, a exemplo da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, no caso de comunidades indígenas, na tutela de tais comunidades, tais instâncias devem autorizar a pesquisa antecipadamente.

IV.7 - Na pesquisa que dependa de restrição de informações aos seus participantes, tal fato deverá ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP. Os dados obtidos a partir dos participantes da pesquisa não poderão ser usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido.

IV.8 - Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento.

V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico.

V.1 - As pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

a) o risco se justifique pelo benefício esperado; e

b) no caso de pesquisas experimentais da área da saúde, o benefício seja maior, ou, no mínimo, igual às alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

V.2 - São admissíveis pesquisas cujos benefícios a seus participantes forem exclusivamente indiretos, desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses.

V.3 - O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

V.4 - Nas pesquisas na área da saúde, tão logo constatada a superioridade significativa de uma intervenção sobre outra(s) comparativa(s), o pesquisador deverá avaliar a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos os benefícios do melhor regime.

V.5 - O Sistema CEP/CONEP deverá ser informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal dos estudos por ele aprovados e, especificamente, nas pesquisas na área da saúde, dos efeitos adversos e da superioridade significativa de uma intervenção sobre outra ou outras comparativas.

V.6 - O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa.

V.7 - Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa

VI – DO PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente será apreciado se for apresentada toda documentação solicitada pelo Sistema CEP/CONEP, considerada a natureza e as especificidades de cada pesquisa. A Plataforma BRASIL é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP.

VII – DO SISTEMA CEP/CONEP

É integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS/MS do Conselho Nacional de Saúde e pelos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP - compondo um

sistema que utiliza mecanismos, ferramentas e instrumentos próprios de inter-relação, num trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil, de forma coordenada e descentralizada por meio de um processo de acreditação.

VII.1 - Pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação do Sistema CEP/CONEP, que, ao analisar e decidir, se torna corresponsável por garantir a proteção dos participantes.

VII.2 - Os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos:

VII.2.1 - as instituições e/ou organizações nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos podem constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, conforme suas necessidades e atendendo aos critérios normativos; e

VII.2.2 - na inexistência de um CEP na instituição proponente ou em caso de pesquisador sem vínculo institucional, caberá à CONEP a indicação de um CEP para proceder à análise da pesquisa dentre aqueles que apresentem melhores condições para monitorá-la.

VII.3 - A CONEP é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde/MS.

VII.4 - A revisão ética dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser associada à sua análise científica.

VII.5 - Os membros integrantes do Sistema CEP/CONEP deverão ter, no exercício de suas funções, total independência na tomada das decisões, mantendo em caráter estritamente confidencial, as informações conhecidas. Desse modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa. Devem isentar-se da tomada de decisões quando envolvidos na pesquisa em análise.

VII.6 - Os membros dos CEP e da CONEP não poderão ser remunerados no desempenho de sua tarefa, podendo, apenas, receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação, sendo imprescindível que sejam dispensados, nos horários de seu trabalho nos CEP, ou na CONEP, de outras obrigações nas instituições e/ou organizações às quais prestam serviço, dado o caráter de relevância pública da função.

VIII – DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

ATRIBUIÇÕES:

VIII.1 - avaliar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, com prioridade nos temas de relevância pública e de interesse estratégico da agenda de prioridades do SUS, com base nos indicadores epidemiológicos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre orientado, dentre outros, pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional, evitando redundâncias que resultem em morosidade na análise;

VIII.2 - desempenhar papel consultivo e educativo em questões de ética; e

VIII.3 - elaborar seu Regimento Interno.

IX – DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP)

ATRIBUIÇÕES:

IX.1 - examinar os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, como também a adequação e atualização das normas atinentes, podendo, para tanto, consultar a sociedade, sempre que julgar necessário;

IX.2 - estimular a participação popular nas iniciativas de Controle Social das Pesquisas com Seres Humanos, além da criação de CEP institucionais e de outras instâncias, sempre que tal criação possa significar o fortalecimento da proteção de participantes de pesquisa no Brasil;

IX.3 - registrar e supervisionar o funcionamento e cancelar o registro dos CEP que compõem o Sistema CEP/CONEP;

IX.4 - analisar os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre orientado, dentre outros, pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional, evitando redundâncias que resultem em morosidade na análise;

1. genética humana, quando o projeto envolver:

1.1. envio para o exterior de material genético ou qualquer material biológico humano para obtenção de material genético, salvo nos casos em que houver cooperação com o Governo Brasileiro;

1.2. armazenamento de material biológico ou dados genéticos humanos no exterior e no País, quando de forma conveniada com instituições estrangeiras ou em instituições comerciais;

1.3. alterações da estrutura genética de células humanas para utilização in vivo;

1.4. pesquisas na área da genética da reprodução humana (reprogenética);

1.5. pesquisas em genética do comportamento; e

1.6. pesquisas nas quais esteja prevista a dissociação irreversível dos dados dos participantes de pesquisa;

2. reprodução humana: pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados “participantes da pesquisa” todos os que forem afetados pelos procedimentos delas. Caberá análise da CONEP quando o projeto envolver:

2.1. reprodução assistida;

2.2. manipulação de gametas, pré-embriões, embriões e feto; e

2.3. medicina fetal, quando envolver procedimentos invasivos;

3. equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

4. novos procedimentos terapêuticos invasivos;

5. estudos com populações indígenas;

6. projetos de pesquisa que envolvam organismos geneticamente modificados (OGM), células-tronco embrionárias e organismos que representem alto risco coletivo, incluindo organismos relacionados a eles, nos âmbitos de: experimentação, construção, cultivo, manipulação, transporte, transferência, importação, exportação, armazenamento, liberação no meio ambiente e descarte;

7. protocolos de constituição e funcionamento de biobancos para fins de pesquisa;

8. pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro; e

9. projetos que, a critério do CEP e devidamente justificados, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP;

IX.5 - fortalecer a participação dos CEP por meio de um processo contínuo de capacitação, qualificação e acreditação;

IX.6 - coordenar o processo de acreditação dos CEP, credenciando-os de acordo com níveis de competência que lhes possibilitem ser delegadas responsabilidades originárias da CONEP;

IX.7 - analisar e monitorar, direta ou indiretamente, no prazo estipulado em normativa, os protocolos de pesquisa que envolvam necessidade de maior proteção em relação aos seus participantes, em especial os riscos envolvidos. Deve, nesse escopo, ser considerado sempre em primeiro plano o indivíduo e, de forma associada, os interesses nacionais no desenvolvimento científico e tecnológico, como base para determinação da relevância e oportunidade na realização dessas pesquisas;

IX.8 - analisar e monitorar, direta ou indiretamente, protocolos de pesquisas com conflitos de interesse que dificultem ou inviabilizem a justa análise local;

IX.9 - analisar, justificadamente, qualquer protocolo do Sistema CEP/CONEP, sempre que considere pertinente; e

IX.10 - analisar, em caráter de urgência e com tramitação especial, protocolos de pesquisa que sejam de relevante interesse público, tais como os protocolos que contribuam para a saúde pública, a justiça e a redução das desigualdades sociais e das dependências tecnológicas, mediante solicitação do Ministério da Saúde, ou de outro órgão da Administração Pública, ou ainda a critério da Plenária da CONEP/CNS.

X - DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA

X.1 - DA ANÁLISE ÉTICA DOS CEP

DAS COMPETÊNCIAS:

1. compete ao CEP, após análise, emitir parecer devidamente motivado, no qual se apresente de forma clara, objetiva e detalhada, a decisão do colegiado, em prazo estipulado em norma operacional;

2. encaminhar, após análise fundamentada, os protocolos de competência da CONEP, observando de forma cuidadosa toda a documentação que deve acompanhar esse encaminhamento, conforme norma operacional vigente, incluindo a comprovação detalhada de custos e fontes de financiamento necessários para a pesquisa;

3. incumbe, também, aos CEP:

a) manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo;

b) acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa;

c) o CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por um período de 5 anos após o encerramento do estudo, podendo esse arquivamento processar-se em meio digital;

d) receber denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar a adequação do Termo de Consentimento;

e) requerer a instauração de apuração à direção da instituição e/ou organização, ou ao órgão público competente, em caso de conhecimento ou de denúncias de irregularidades nas pesquisas envolvendo seres humanos e, havendo comprovação, ou se pertinente, comunicar o fato à CONEP e, no que couber, a outras instâncias; e

f) manter comunicação regular e permanente com a CONEP, por meio de sua Secretaria Executiva.

X.2 - DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA DA CONEP:

1. compete à CONEP, dentro do prazo a ser estipulado em Norma Operacional, emitir parecer devidamente motivado, com análise clara, objetiva e detalhada de todos os elementos e documentos do projeto;

2. compete, também, à CONEP, o monitoramento, direto ou indireto, dos protocolos de pesquisa de sua competência; e

3. aplica-se à CONEP, nas hipóteses em que funciona como CEP, as disposições sobre Procedimentos de Análise Ética dos CEP.

X.3 - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AOS CEP E À CONEP:

1. os membros do CEP/CONEP deverão isentar-se da análise e discussão do caso, assim como da tomada de decisão, quando envolvidos na pesquisa;

2. os CEP e a CONEP poderão contar com consultores ad hoc, pessoas pertencentes, ou não, à instituição/organização, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos;
3. pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada;
4. considera-se antiética a pesquisa aprovada que for descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP ou pela CONEP;
5. a revisão do CEP culminará em seu enquadramento em uma das seguintes categorias:
 - a) aprovado;
 - b) pendente: quando o CEP considera necessária a correção do protocolo apresentado, e solicita revisão específica, modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em prazo estipulado em norma operacional; e c) não aprovado;
6. o CEP poderá, se entender oportuno e conveniente, no curso da revisão ética, solicitar informações, documentos e outros, necessários ao perfeito esclarecimento das questões, ficando suspenso o procedimento até a vinda dos elementos solicitados;
7. das decisões de não aprovação caberá recurso ao próprio CEP e/ou à CONEP, no prazo de 30 dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar a necessidade de uma reanálise;
8. os CEP e a CONEP deverão determinar o arquivamento do protocolo de pesquisa nos casos em que o pesquisador responsável não atender, no prazo assinalado, às solicitações que lhe foram feitas. Poderão ainda considerar o protocolo retirado, quando solicitado pelo pesquisador responsável;
9. uma vez aprovado o projeto, o CEP, ou a CONEP, nas hipóteses em que atua como CEP ou no exercício de sua competência originária, passa a ser corresponsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa; e
10. consideram-se autorizados para execução os projetos aprovados pelos CEP, ou pela CONEP, nas hipóteses em que atua originariamente como CEP ou no exercício de suas competências.

XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;
- b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

XII - OUTRAS DISPOSIÇÕES

XII.1 - Cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os dispositivos desta Resolução, deve cumprir as exigências setoriais e regulamentações específicas.

XII.2 - As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Sistema CEP/CONEP.

XII.3 - A presente Resolução, por sua própria natureza, demanda revisões periódicas, conforme necessidades das áreas ética, científica e tecnológica.

XIII - DAS RESOLUÇÕES E DAS NORMAS ESPECÍFICAS

XIII.1 - O procedimento de avaliação dos protocolos de pesquisa, bem como os aspectos específicos do registro, como concessão, renovação ou cancelamento e, também, da acreditação de Comitês de Ética em Pesquisa serão regulamentados por Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

XIII.2 - O processo de acreditação dos Comitês de Ética em Pesquisa que compõem o Sistema CEP/CONEP será tratado em Resolução do CNS.

XIII.3 - As especificidades éticas das pesquisas nas ciências sociais e humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas serão contempladas em resolução complementar, dadas suas particularidades.

XIII.4 - As especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS serão contempladas em Resolução complementar específica.

XIII.5 - Os aspectos procedimentais e administrativos do Sistema CEP/CONEP serão tratados em Norma Operacional do CNS.

XIII.6 - A tipificação e gradação do risco nas diferentes metodologias de pesquisa serão definidas em norma própria, pelo Conselho Nacional de Saúde.

XIV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

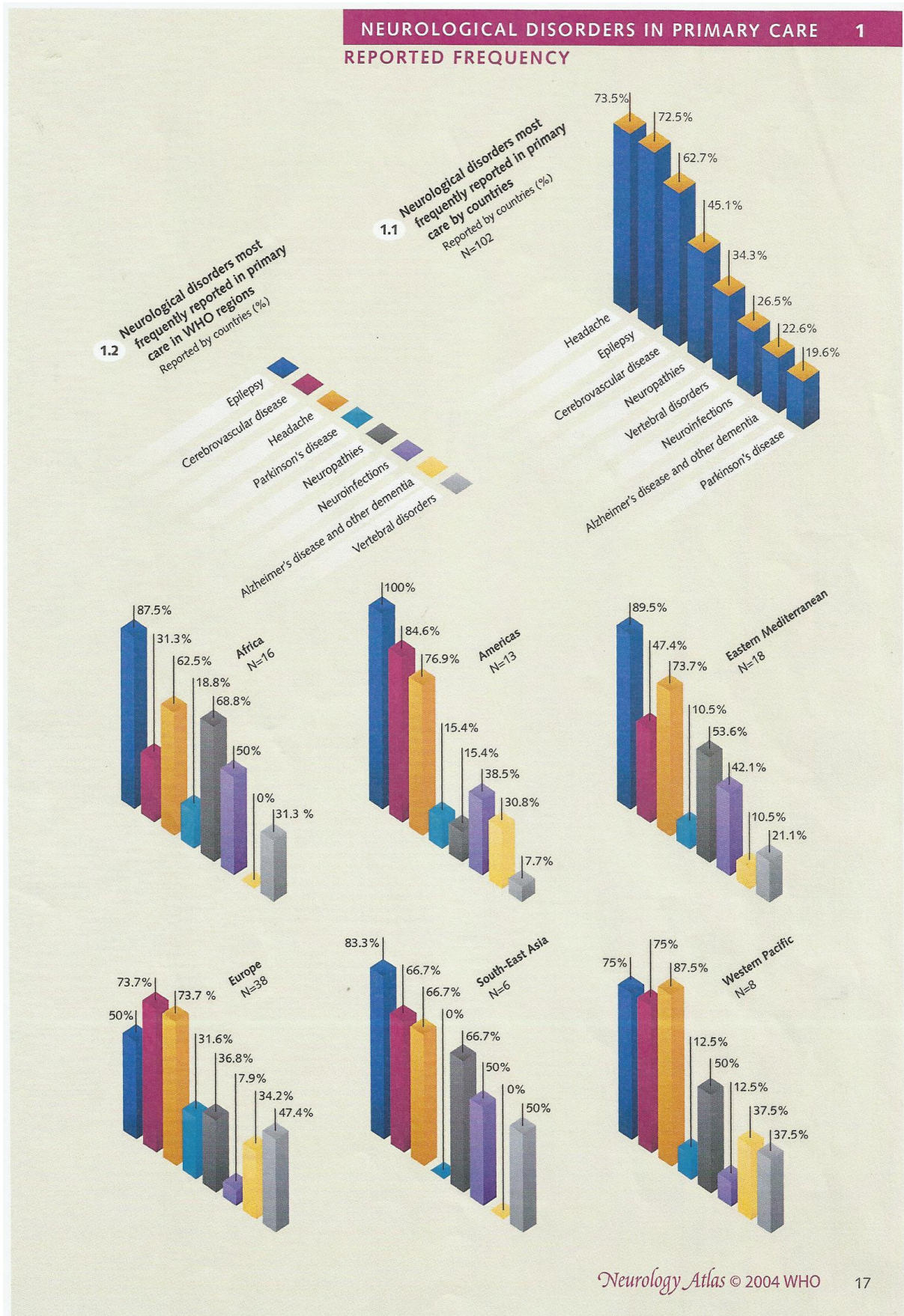
Ficam revogadas as Resoluções CNS Nos 196/96, 303/2000 e 404/2008. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

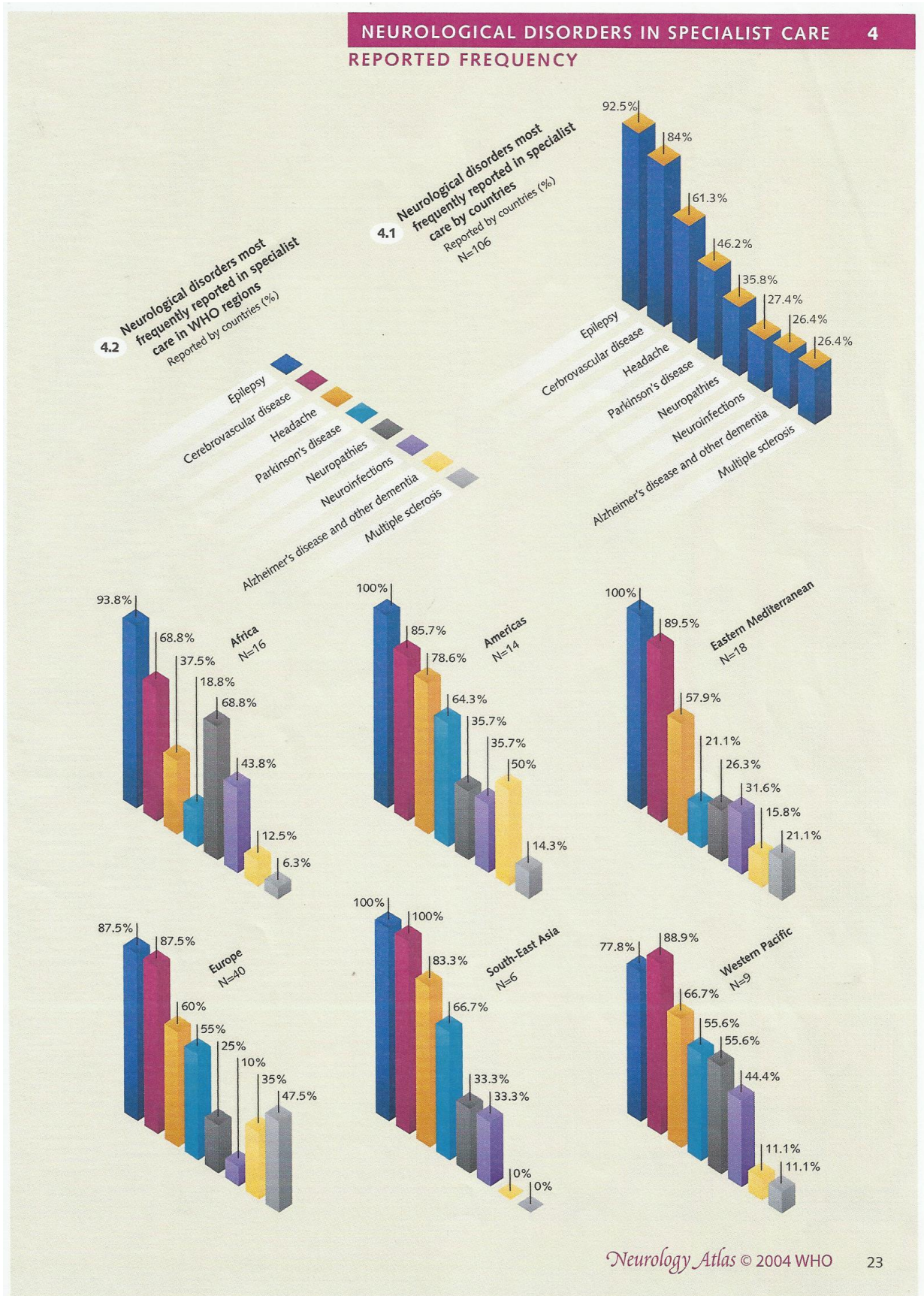
Homologo a Resolução CNS N0 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

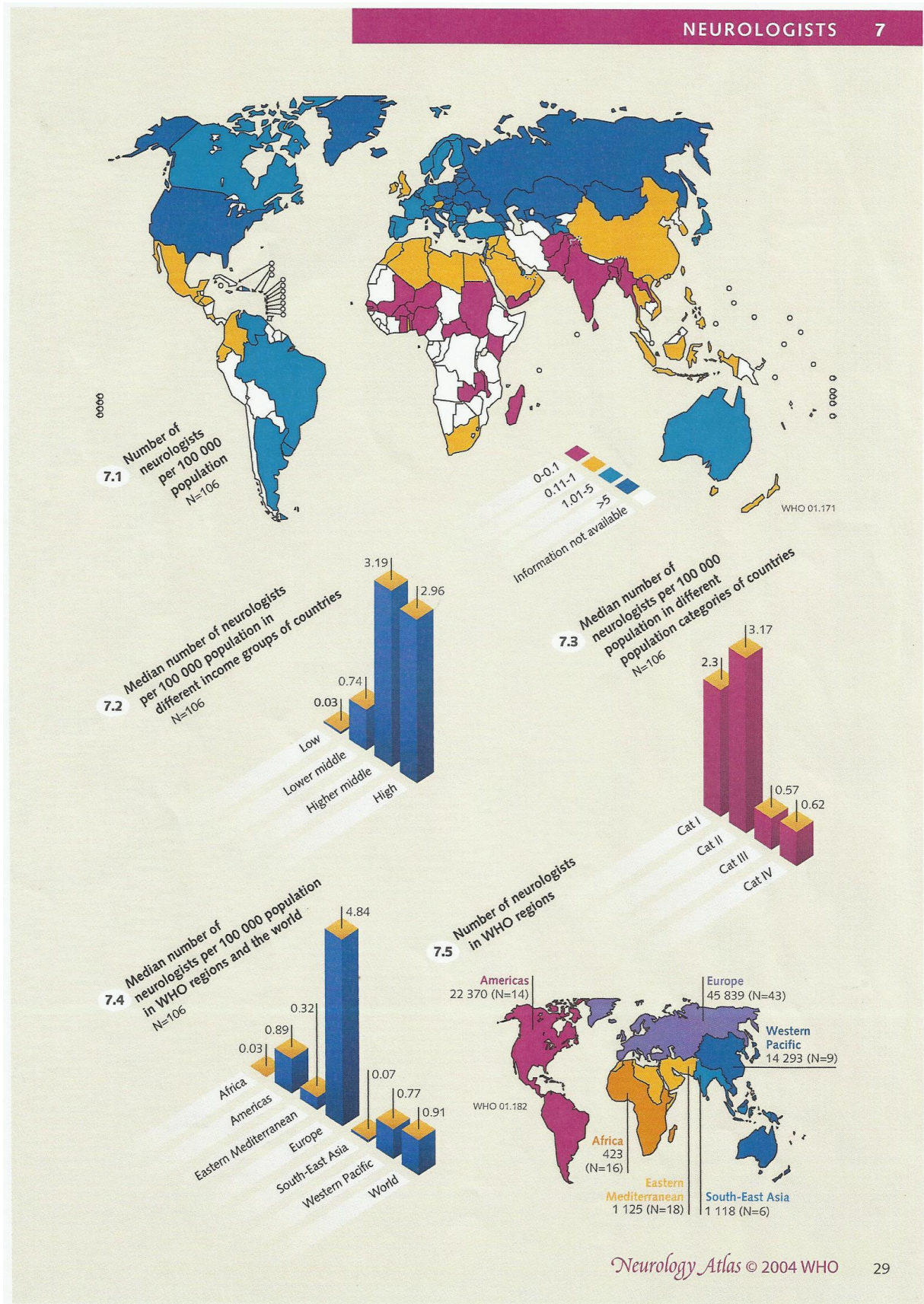
ANEXO F – Neurological disorders in primary care.



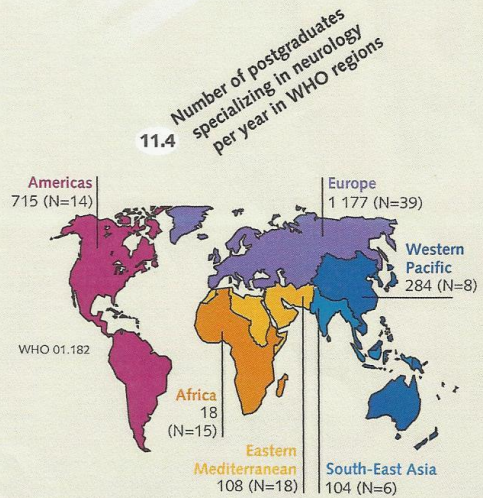
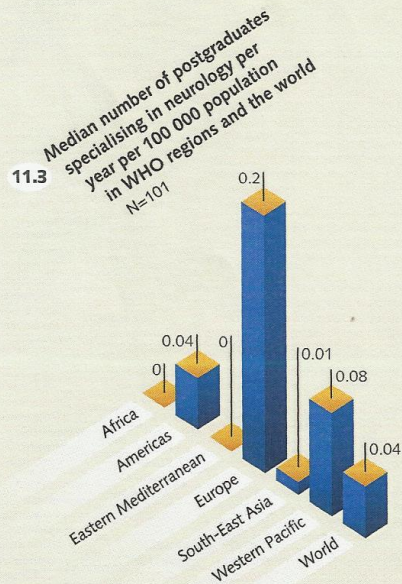
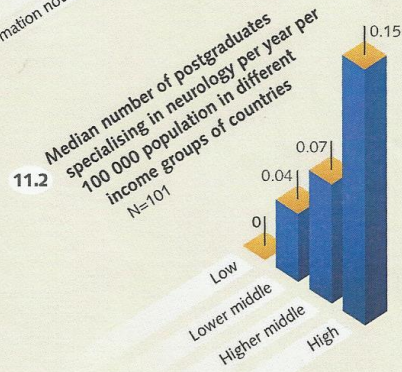
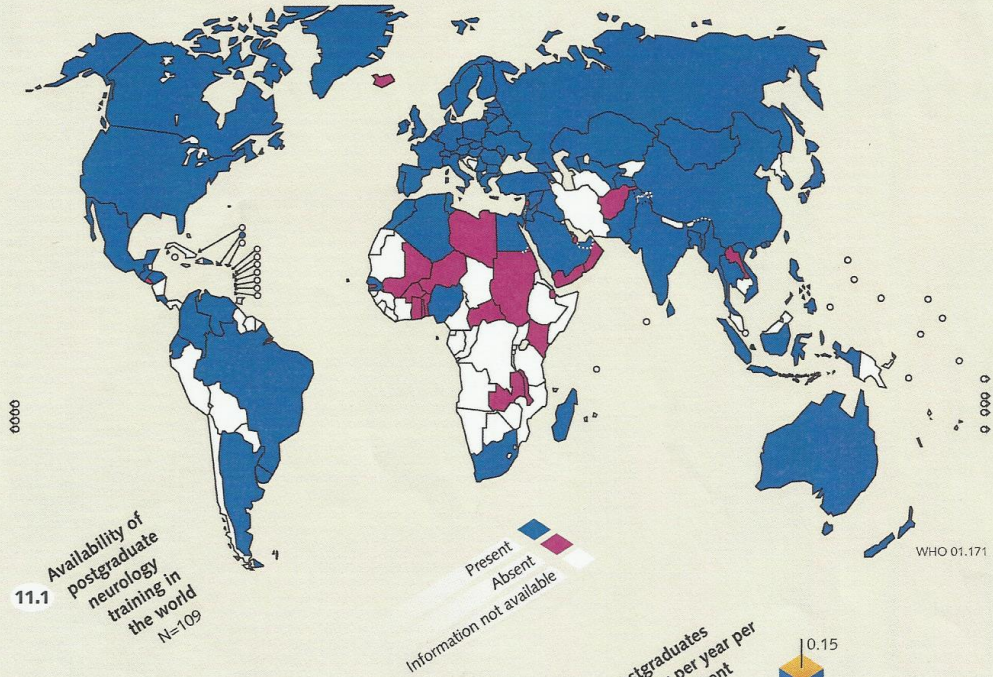
ANEXO G – Neurological disorders in specialist care



ANEXO H – Número de neurologistas por 100.000 habitantes



ANEXO I – Neurological training



ANEXO J – Neurological services in primary care

NEUROLOGICAL SERVICES IN PRIMARY CARE 2

