

Silvia Maria Santiago

***INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA NA REDE BÁSICA
DE SERVIÇOS DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DO
PROGRAMA DE CONTROLE DE CÂNCER CÉRVICO-
UTERINO DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA.***

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Doutor em Medicina,
Área de Saúde Coletiva

Orientador: **Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**

CAMPINAS
1997

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA	UNICAMP
	Sa59i
V.	Ex
TEMPO BC/	31150
PROG.	286197
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	24/07/97
N.º CPD	

CM-06095447-0

**FICHA CATALOGráfICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Sa59i Santiago, Silvia Maria
Incorporação tecnológica na rede básica de serviços de saúde: avaliação do programa de controle de câncer cérvico-uterino do município de Paulínia / Silvia Maria Santiago. Campinas, SP : [s.n.], 1997.

Orientador : Nelson Rodrigues dos Santos
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Organização. 2. Tecnologia médica - avaliação. 3. Colo uterino - câncer. I. Nelson Rodrigues dos Santos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Este exemplar corresponde à versão final da tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina, área Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP, para obtenção do título de Doutorado em Medicina, área Saúde Coletiva da aluna **SILVIA MARIA SANTIAGO**

Campinas, 19 Junho de 1997


Prof.Dr. Nelson Rodrigues dos Santos
Orientador

*A meus pais
e a todas as pessoas generosas
que encontrei ao longo da vida*

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos

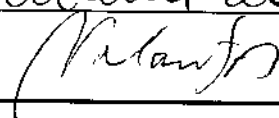
Membros:

1. 

2. 

3. 

4. Maria da Graça Garcia Luciani

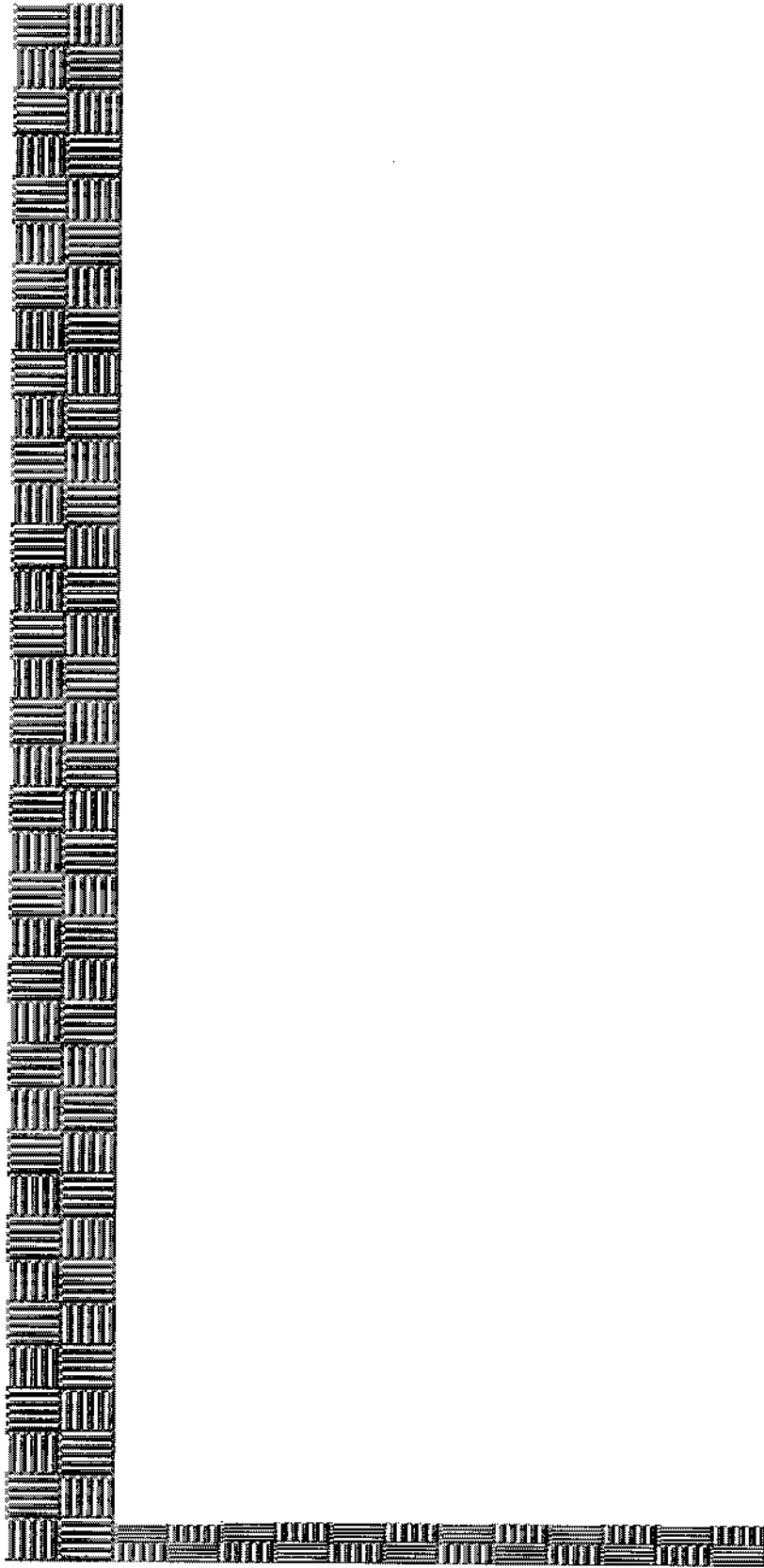
5. 

Curso de pós-graduação em Medicina, área Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 19/06/97

SUMÁRIO

RESUMO	<i>i</i>
1. INTRODUÇÃO	1
2. CASUÍSTICA E MÉTODO	9
3. TECNOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE	17
3.1. A questão da Avaliação Tecnológica.....	21
3.2. A tecnologia na organização dos serviços de saúde.....	28
3.3. O papel do médico no desenvolvimento tecnológico dos serviços de saúde...	33
3.4. O PAISM enquanto proposta de modelo tecnológico de atenção.....	38
3.5. A tecnologia e a patologia neoplásica do colo uterino.....	40
4. A CONSTRUÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA	46
4.1. O desenvolvimento da Área de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	70
4.2. O Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino do Município de Paulínia.....	74
4.3. Algumas considerações sobre a atenção à saúde do Município de Cosmópolis.....	79
5. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE PATOLOGIA CERVICAL DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA	82
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	118
7. CONCLUSÃO	142
8. SUMMARY	149
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
10. ANEXOS	158



Resumo

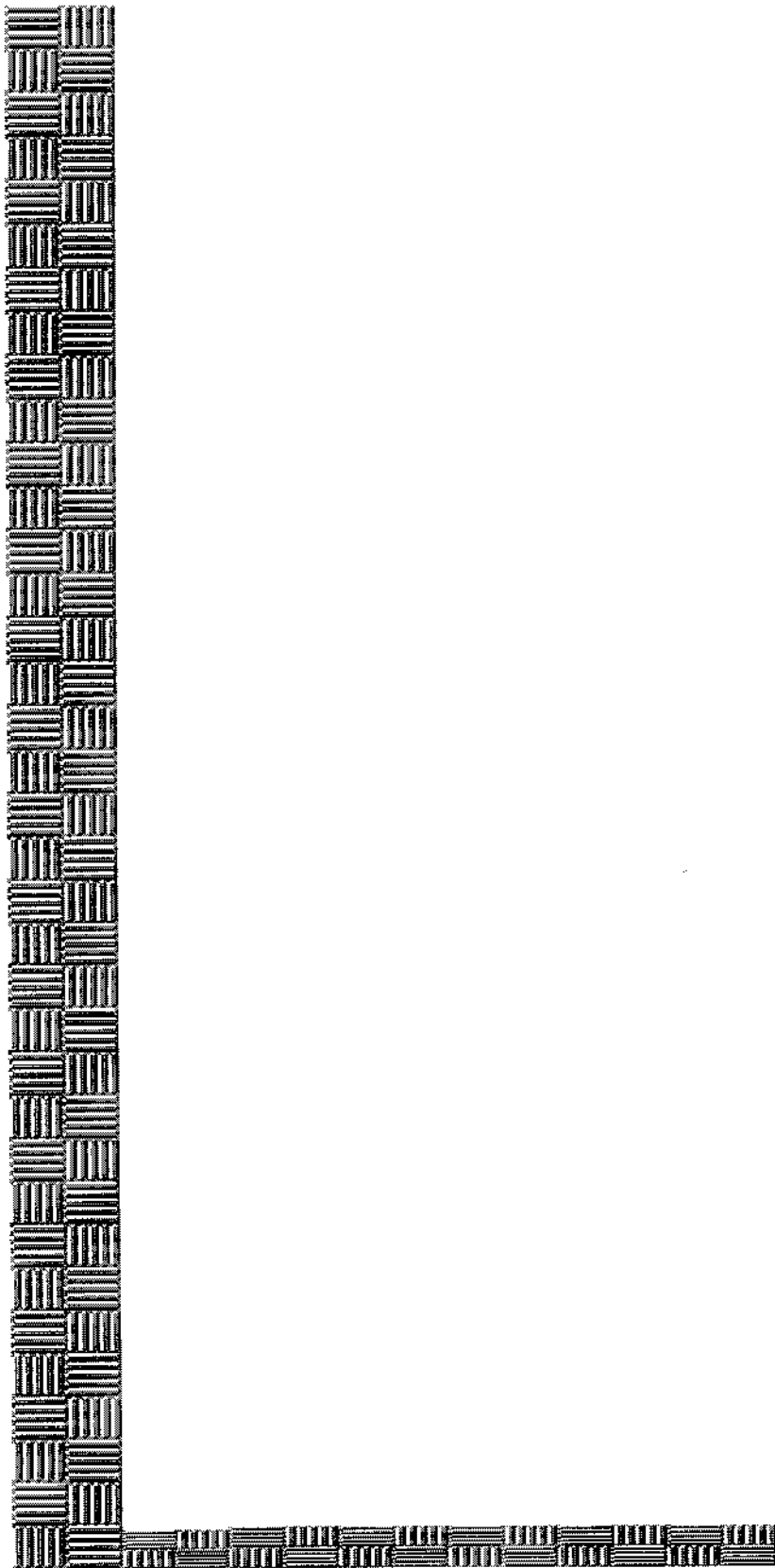
O estudo considera as possibilidades de ampliação das atribuições do nível primário de atenção à saúde, avaliando a incorporação tecnológica necessária à organização de serviços de saúde que respondam às necessidades epidemiologicamente determinadas da população. Tomou-se a tecnologia como a incorporação de conhecimentos no desenvolvimento de atividades práticas e, desta forma, considerou-se o processo de trabalho e a capacitação dos profissionais de saúde, além da tecnologia material.

Tendo como referência o sistema local de saúde do município de Paulínia (SP), realizou-se a avaliação do Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino, componente do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, desenvolvido naquele município. Foram estudadas diversas variáveis relacionadas ao diagnóstico e seguimento das 552 pacientes acompanhadas pelo programa de patologia cervical, no período de 1987 a 1994. Para fins de análise, a avaliação do programa de Paulínia foi confrontada, para o mesmo período, com aquele que se desenvolve no Hospital da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas, referência para toda a região.

Das pacientes atendidas no CAISM, avaliou-se o seguimento daquelas procedentes do município de Cosmópolis, que se utiliza do CAISM para realizar o cuidado à patologia do colo uterino. As pacientes de Paulínia e Cosmópolis encontravam-se submetidas a risco semelhante para a neoplasia cervical, pois a ocorrência do Papiloma Virus Humano foi verificada em cerca de 30% dos resultados de Papanicolaou nos dois municípios. No entanto, a gravidade das lesões do colo era maior nas pacientes de Cosmópolis, o que foi observado nos resultados dos principais exames, como citologia tríplice e resultados de anatomopatológicos de biópsia e cone. Esta gravidade maior também se acompanhava de uma distribuição etária com mulheres mais velhas em Cosmópolis do que em Paulínia.

O estudo mostrou que o programa de patologia cervical de Paulínia apresentou qualidade técnica semelhante ao desenvolvido no Hospital da Mulher da UNICAMP, tendo se observado, contudo, diferenças no que se refere ao seguimento das pacientes. Enquanto o abandono no programa de Paulínia ficou em torno de 20%, no Hospital da Mulher ele foi da

ordem de 60%. As variáveis analisadas colaboram na avaliação das possibilidades de diferenciação tecnológica na rede básica de saúde de forma a desenvolver uma atenção qualitativamente diferenciada e resolutiva, mesmo para as doenças de maior complexidade, como o acompanhamento da patologia neoplásica, com a vantagem da proximidade da clientela dos serviços, favorecendo a aderência aos cuidados preconizados e a adequada resolução 6 casos, com redução do desperdício de recursos assistenciais.



1. Introdução

As considerações sobre o papel da rede básica de serviços de saúde na construção do Sistema Único de Saúde e sobre a forma de organização destes serviços que possa inverter a lógica da atenção, basicamente centrada no setor hospitalar, principalmente quanto ao financiamento, têm sido uma preocupação dos planejadores interessados no desenvolvimento de sistemas locais de saúde. A realidade do desenvolvimento destes sistemas nos municípios evidencia um crescente empenho na organização de redes básicas, porém, em poucos deles percebe-se uma definição clara do papel deste nível de atenção, que, muito freqüentemente, não vai além daquele de triador para os outros níveis.

Este trabalho orienta-se pela preocupação central com a questão da capacidade resolutive do nível primário de atenção à saúde, envolvendo a discussão sobre as possibilidades e limites da incorporação tecnológica na rede básica de serviços, de modo a realmente constituir-se no espaço onde possam ser acolhidas e resolvidas a maior parte das demandas sanitárias da população.

Desde o início de sua implantação, o Sistema Único de Saúde enfrenta crises de financiamento e organização do modelo assistencial, já que a maior parte dos recursos destinados ao setor são utilizados para financiar o nível hospitalar e, como conseqüência, limitando a rede de serviços básicos a uma baixa capacidade resolutive, oferecendo, sobretudo, cuidados de pronto-atendimento tradicional, do tipo queixa-conduta.

Apesar destas crises, as redes básicas foram, paulatinamente, sendo desenvolvidas nos municípios brasileiros, constituindo, principalmente no contexto do processo de municipalização, novos sistemas locais de saúde. Foram marcados, porém, pela desarticulação dos níveis ambulatorial e hospitalar, pela ausência de adequada retaguarda diagnóstica e terapêutica e pela carência de diretrizes gerenciais, que possibilitassem o desenvolvimento de redes básicas com a capacidade necessária para resolver as demandas sociais por atendimento em saúde e estabelecer parceria com a atenção hospitalar.

Nota-se que estes sistemas locais de saúde, mesmo contando com um mínimo de estrutura física, material e de pessoal, permitindo-lhes desenvolver uma prestação de serviços mais resolutive do que a verificada nos pronto-atendimentos, muitas vezes não

conseguem avançar na implantação de sistemas voltados para a atenção na rede básica, mais próxima da população e sujeita ao controle popular, o que viabilizaria um cuidado qualitativamente diferenciado. Ou seja, um serviço segundo os princípios da universalidade, equidade e resolutividade que propiciasse a recuperação, proteção e promoção da saúde da comunidade.

O que motivou o desenvolvimento deste estudo foi a experiência pessoal de trabalho no sistema local de saúde do município de Paulínia que alcançou uma capacidade resolutiva, no nível primário de atenção, de 85% dos casos, superando estes índices em alguns programas e chegando a alcançar 95% com o hospital geral do município (MADUREIRA *et al.*, 1989; MADUREIRA & CAPITANI, 1990). Interessou-nos estudar as características presentes naquele modelo tecnológico e seus determinantes, os quais permitiram alcançar o referido grau de resolutividade, principalmente na rede básica, identificando os elementos que possibilitariam a reprodução do modelo em outros municípios da região sudeste do Brasil, onde se situa o município de Paulínia. Mesmo para outras regiões brasileiras, com realidades diferentes daquela da sudeste, interessa-nos saber quais as características básicas de organização de serviços que seriam favoráveis à resolução dos problemas de saúde da população.

A busca de respostas a estas questões levou-nos à análise do modelo assistencial do município de Paulínia, a partir do caso específico do Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino (PCCCU), desenvolvido pela rede de saúde como parte do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O motivo de tomarmos este programa como ponto de partida para a análise proposta deve-se ao fato deste programa ser um cuidado tradicionalmente desenvolvido no nível hospitalar especializado, por se tratar, com muita frequência, de patologia neoplásica. Assim, o estudo de como este serviço se estruturou, a partir do nível primário, poderia apontar as respostas à indagação anterior, de como é possível alcançar os melhores resultados em cada nível de atenção.

A disponibilidade de informações confiáveis foi um fator motivador na escolha deste programa já que, desde sua implantação, ele se estruturou de forma organizada, tendo

como referência o programa de patologia cervical desenvolvido no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), permitindo, assim, que se recuperasse, com detalhes, os dados técnicos e gerenciais relativos a sua implementação.

As questões que se colocavam acerca da forma como se organizou o sistema local de saúde do município de Paulínia e, em especial, o Programa de Controle de câncer cérvico-uterino, eram as seguintes:

- que o modelo assistencial que se estruturou no município de Paulínia, além de altamente resolutivo, é também reprodutível;
- que a tecnologia necessária para o desenvolvimento da assistência que a população necessita pode se mostrar não mais dispendiosa que o modelo descompromissado com a resolutividade e qualidade da atenção, observado atualmente na maioria dos sistemas locais de saúde;
- que os recursos materiais, muitas vezes já existentes, estariam necessitando, sobretudo, de gerenciamento adequado, demonstrando que redes de atenção primária resolutivas e qualitativamente diferenciadas podem não necessitar de grandes investimentos em equipamentos;
- que a capacitação técnica do pessoal de saúde precisa ser adequada para a maior efetividade do modelo de atenção à saúde.

A análise do Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino compreendeu o período de janeiro de 1987 a dezembro de 1994. Interessou-nos, nesta análise, o padrão técnico que permeou os atendimentos e a incorporação tecnológica necessária para desenvolvê-lo, objetivando demonstrar a viabilidade da implantação de redes básicas de atenção, que respondam às necessidades epidemiologicamente determinadas da população, na busca de qualidade e racionalidade na atenção à saúde. Usa-se o termo racionalidade não no sentido da adoção de tecnologias simplificadas e de baixa capacidade resolutiva, que intentam diminuir os custos das ações, mas, sim, no da incorporação do conhecimento

científico necessário ao desenvolvimento de um trabalho prático (tecnologia), objetivando a resolução de problemas de saúde.

O estudo pretende, também, avaliar a possibilidade de sermos mais ousados nas atribuições do nível primário de atenção, a fim de que possam ir além do modelo dos pronto-atendimentos e do papel triador para os outros níveis, podendo, sim, significar serviços qualitativamente diferenciados e, ao mesmo tempo, considerando as questões da universalidade, equidade e acesso aos cuidados.

Mais especificamente para o programa de patologia cervical, objetivamos avaliar o Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino do município de Paulínia, por intermédio do seu desempenho técnico, tomando como padrão para comparação o Programa de Patologia Cervical do Hospital da Mulher (CAISM), da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP. Esta avaliação foi efetuada desde o diagnóstico, mediante o exame de Papanicolaou, passando pelo tratamento proposto e pelo resultado das intervenções realizadas no decorrer do cuidado às pacientes.

Pretendeu-se avaliar também:

- até que nível de gravidade o serviço de atenção primária pode cuidar das alterações citológicas do colo uterino;
- se o tratamento da patologia cervical pode ser tão eficaz no nível primário quanto nos serviços especializados, considerando tanto o padrão técnico, como a adesão das pacientes ao tratamento;
- qual a tecnologia (equipamentos, materiais e conhecimentos científicos) necessária para o adequado desenvolvimento do programa e qual esteve presente em Paulínia;
- qual a qualificação necessária aos profissionais ligados ao programa, para que desenvolvam sua atuação no mesmo;
- qual o papel da gerência na organização do programa;

- através do Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino (PCCCU), analisar as possibilidades do nível primário de atenção quanto ao desenvolvimento de modelos mais resolutivos, que colaborem na construção do Sistema Único de Saúde.

APRESENTAÇÃO DO TRABALHO:

O presente trabalho aborda a incorporação tecnológica que foi necessária para a implantação e desenvolvimento de um programa de controle e tratamento do câncer cérvico-uterino. Este programa encontrava-se sediado em uma unidade básica de saúde, estabelecendo relações de referência com um hospital geral, sob a forma complementar aos cuidados que ocorriam, principalmente, no nível primário.

Interessou-nos avaliar esta incorporação tecnológica, principalmente a partir do processo de trabalho desenvolvido e dos equipamentos e materiais necessários para a implantação deste programa, que também teve como característica estar inserido no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, portanto, mantendo as características de integralidade da atenção. Não tendo como característica básica a especialização de um cuidado, porém, a ampliação da capacidade resolutiva tanto do programa de atenção à mulher, como do serviço.

O primeiro e o segundo capítulos tratam da introdução ao trabalho, dos objetivos do estudo e hipóteses formuladas e da metodologia utilizada para a avaliação do programa.

No terceiro capítulo, abordamos a questão da tecnologia, as várias interpretações e, principalmente, seu papel social. Houve, também, a oportunidade de se discutir a tecnologia em relação aos serviços de saúde, principalmente os do primeiro nível, e ao processo de trabalho, aqui, com ênfase na atuação médica. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi discutido do ponto de vista da proposta tecnológica mais ousada que representa, bem como quais são, atualmente, as intervenções propostas para o cuidado da neoplasia do colo uterino. Avaliamos que a importância da discussão sobre a

tecnologia nos serviços de saúde está na necessidade de se pensar os limites e as possibilidades do nível primário de atenção, buscando serviços qualitativamente diferenciados, sempre considerando a proximidade com a população, logo, a participação mais ampla desta na discussão sobre a organização destes serviços.

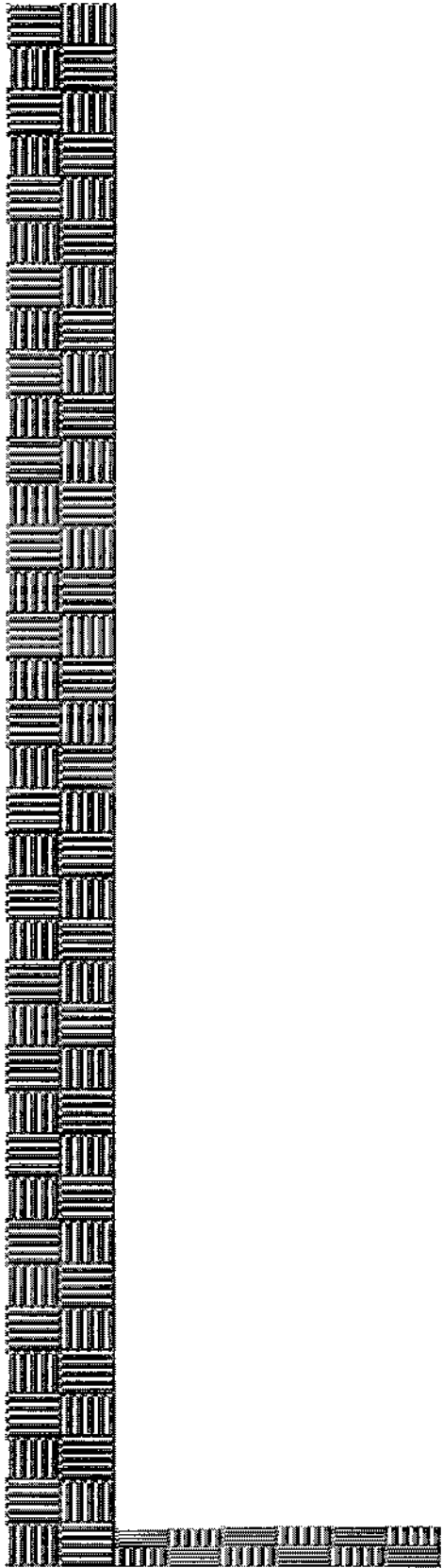
O quarto capítulo contempla uma visão panorâmica do sistema de saúde do município de Paulínia, com as principais características do modelo tecnológico e gerencial que permitiram a sua estruturação. A seguir, trabalhamos particularmente o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, fazendo um breve histórico que recupera a constituição deste modelo de atenção à população feminina, relatando, também, a necessidade em anos mais recentes, de diferenciação deste cuidado, implantando-se o Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino. A recuperação das atividades do programa de atenção à mulher cobriu o período desde meados da década de 70, e do programa de patologia cervical, desde a sua estruturação, em 1987, até 1994.

No quinto capítulo, apresentamos a avaliação do Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino. Esta teve como contraponto, conforme já referido, o programa de patologia cervical do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas. Este serviço nos serviu como padrão técnico, pela reconhecida excelência da atenção prestada neste e em vários outros campos dos cuidados à população feminina. Foram analisados os seguimentos de 554 pacientes do município de Paulínia e 116 do CAISM, provenientes da cidade de Cosmópolis, durante o período de 1987 a 1994.

O sexto capítulo deste trabalho traz a discussão dos dados dos dois programas avaliados e, no sétimo capítulo, à guisa de conclusão, buscamos articular a avaliação do programa às reflexões anteriores, principalmente no que diz respeito à questão da tecnologia e seus usos.

Este trabalho, apesar das dificuldades intrínsecas aos serviços de saúde brasileiros, no que se refere à recuperação de informações, mostrou-se uma experiência agradável, por se tratar da avaliação de um serviço no qual trabalhei, porém, e

principalmente, constituiu-se numa oportunidade de aprendizado para a sistematização de conhecimentos e práticas. A experiência de ter trabalhado num sistema de saúde local, como o do município de Paulínia, foi não só muito positiva, mas deixou marcas que me levam a buscar a superação das condições de atendimento atuais em outros sistemas locais, que não vêm conseguindo cumprir integralmente sua missão de atender de forma mais adequada a população. Oxalá a experiência de organização de um sistema local de saúde resolutivo possa ser uma guia na busca de soluções para a intrincada tarefa de construção do Sistema Único de Saúde.



2. Casuística e Método

Foram analisadas as atividades do Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino da rede de serviços de saúde de Paulínia, desde a sua implantação, em 1987, até dezembro de 1994. Avaliamos o acompanhamento de todas as pacientes matriculadas e atendidas durante este período, por meio das informações constantes não somente nos prontuários médicos, mas também em um arquivo próprio do programa, no qual se registravam todos os dados obtidos nas consultas, de forma detalhada e por ano de inscrição da paciente. Isto permitiu uma visão mais completa e detalhada do seguimento clínico oferecido pelo serviço.

O total de pacientes estudadas foi de 552. Além dos registros de cada atendimento no ambulatório, o material nos permitiu extrair dados como idade; data de início do acompanhamento; data e resultado do primeiro exame de Papanicolaou alterado, com sua respectiva bacterioscopia; número de acompanhamentos; bem como o desenrolar dos atendimentos. A partir destes registros, preparamos um instrumento de coleta e um banco de dados, com base no programa EPINFO 95, o qual também nos permitiu a realização das análises estatísticas.

Na avaliação da efetividade do programa de controle de câncer cérvico-uterino de Paulínia, escolhemos como padrão técnico para comparação o programa de patologia cervical do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da UNICAMP. Deste, foi tomada para comparação uma amostra de pacientes provenientes de Cosmópolis, município vizinho à Paulínia e com características populacionais semelhantes às desta. No período analisado, o município de Cosmópolis não oferecia atendimento em patologia cervical, utilizando-se do ambulatório do CAISM para acompanhamento das pacientes com exame de Papanicolaou alterado.

No CAISM, o levantamento dos dados do programa de patologia cervical teve como fonte os prontuários das pacientes de Cosmópolis, além dos registros de laboratórios do próprio Centro, nos quais se obteve o total de citologias oncóticas do colo uterino colhidas em Cosmópolis, por ano de investigação, bem como os resultados de exames alterados, cujas pacientes foram encaminhadas para acompanhamento no

CAISM, no período de 1987 a 1995. O número de exames de Papanicolaou realizados em Paulínia, de 1987 a 1994, foi coletado a partir da área de vigilância epidemiológica e sanitária do município e os resultados de exames alterados foram obtidos no laboratório de oncologia do Centro.

As perguntas inicialmente formuladas, em relação ao programa de controle do câncer cérvico-uterino desenvolvido em Paulínia, foram:

- até que gravidade de alterações citológicas do colo uterino pode ser cuidada no nível básico de atenção à saúde?
- o tratamento da patologia cervical no nível primário pode ser qualitativamente tão eficaz quanto nos serviços especializados, considerando-se o acompanhamento clínico e a adesão das pacientes ao tratamento?
- qual seria a relação custo/benefício, em se considerando o nível primário de atenção, comparativamente ao especializado?
- qual a incorporação tecnológica necessária para o adequado acompanhamento do programa e qual a utilizada no de Paulínia?
- é possível ampliar as atribuições do nível primário de atenção, sem que isto signifique perda da qualidade, isto é, abandono das ações que visam a integralidade da atenção; perda do vínculo com as pacientes, na medida em que o serviço vai se especializando, comprometendo a universalidade com o encarecimento dos cuidados a um determinado grupo populacional e, em consequência, perda da equidade da atenção à saúde?

Para que estas questões e outras, surgidas ao longo do trabalho com os dados do PCCCU-Paulínia (Programa de Controle do Câncer cérvico-Uterino de Paulínia), fôssem respondidas, optamos por tomar o CAISM como serviço padrão, já que a maioria dos profissionais do PCCCU de Paulínia haviam feito sua formação naquele serviço. Ele

constitui-se em referência para os casos não resolvidos nos municípios da região de Campinas, tendo em vista seu alto padrão técnico.

O ambulatório de patologia cervical do CAISM dispunha de dados separados por municípios, desde 1988. A partir deste ano e até 1995, encontramos 116 casos de pacientes de Cosmópolis com exame de Papanicolaou alterado e que iniciaram acompanhamento no referido ambulatório. A pesquisa foi muito facilitada pela colaboração do pessoal do setor de arquivamento dos prontuários do CAISM e pela forma organizada de anotação dos dados pela equipe, que, apesar de contar com profissionais diferentes ao longo do ano, devido à presença de residentes, mantém uma padronização de tomada de dados, deixando muito claro o tipo de informação imprescindível a ser anotada e preenchendo os prontuários num mesmo padrão. A análise dos dados do CAISM também foi feita a partir de instrumento compatível com o EPINFO 95 e as informações recolhidas são semelhantes às de Paulínia, para facilitar a comparação dos dois serviços.

Inicialmente, quando encontramos 116 casos, de 1988 a 1995, para Cosmópolis e 552 para Paulínia, entre 1987 e 1994, imaginamos que o acesso das mulheres com Papanicolaou alterado fôsse difícil, já que são muitos os municípios da região de Campinas que, por não oferecerem atendimento especializado em patologia cervical, encaminham suas pacientes para este serviço de referência. Isto nos motivou a investigar quantas citologias alteradas eram diagnosticadas no laboratório de citopatologia do CAISM, que faz a maioria destes exames para os municípios da região, inclusive Cosmópolis e Paulínia.

Para os anos de 1991 a 1995, estes dados estavam arquivados de forma mais organizada, o que facilitou a consulta. De 1987 a 1990, tivemos variações, que acreditamos terem ocorrido por uma certa desorganização do material, não nos garantindo recuperar todos os exames produzidos. De qualquer forma, estes dados já foram suficientes para uma comparação entre os dois municípios, nas suas atividades de prevenção e diagnóstico do câncer cérvico-uterino, refletindo o próprio desempenho do

Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher em cada um destes sistemas locais de saúde.

A comparação entre o número de citologias oncóticas de colo uterino alteradas, de cada um dos municípios, trouxe a necessidade de obtenção do número de exames de Papanicolaou colhidos em Paulínia e Cosmópolis, em cada um dos anos estudados. A tentativa inicial foi a de recuperar estes dados diretamente com os municípios, porém, apenas Paulínia teve facilidade para nos fornecer estes números, que estavam arquivados no setor de informação da Vigilância Epidemiológica do município. Em Cosmópolis não foi possível tal recuperação.

Recorremos, então, à Direção Regional de Saúde da Região de Campinas e também não foi possível a recuperação dos dados, já que nos últimos quatro anos eles não haviam sido compilados e, quanto aos anos anteriores, nenhum técnico soube recuperar os dados nos arquivos informatizados. Voltamos a consultar os arquivos do laboratório de citopatologia do CAISM e, também por dificuldades técnicas, só foi possível a recuperação dos dados dos anos de 1991 a 1995, para o município de Paulínia, e de 1993 a 1995, para Cosmópolis.

As informações utilizadas das fontes de dados dos programas de patologia cervical, do município de Paulínia e do CAISM (Cosmópolis), foram os seguintes:

- Faixa etária das pacientes inscritas no programa de controle do câncer cérvico-uterino: até 19 anos; de 20 a 29; de 30 a 39; de 40 a 49 e 50 anos ou mais.
- Resultados do primeiro rastreamento citológico alterado, que motivou o acompanhamento no programa: displasias leve, moderada e avançada; câncer *in situ*; câncer invasor; atipias inconclusivas; metaplasia atípica; citologia inflamatória e resultados ignorados.
- Resultados da bacterioscopia feita a partir do primeiro rastreamento citológico: presença na citologia oncótica de *Haemophilus vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, Papiloma vírus humano, Cândida sp ou resultados ignorados.

- Resultados da primeira citologia tríplice, colhida durante o primeiro atendimento do programa (mesma classificação do primeiro rastreamento citológico).
- Resultados da primeira colposcopia, realizada no primeiro atendimento do programa: ausência de imagem suspeita; imagem suspeita presente; outros diagnósticos e resultado ignorado.
- Resultados do exame de biópsia colhido no programa: cervicite crônica inespecífica, displasias leve, moderada e avançada; câncer *in situ*; câncer invasor; resultados ignorados e exame não realizado.
- Resultados do exame anatomopatológico das conizações realizadas no programa (mesmos parâmetros dos resultados de biópsia).
- Percentual de pacientes que realizaram cauterização do colo uterino.
- Última situação da paciente no ambulatório: alta ambulatorial; continuação do acompanhamento; encaminhamento ao CAISM; encaminhamento a outro serviço de mesma complexidade que o de Paulínia; óbito; situação ignorada ou abandono do programa.
- Número de atendimentos no programa.
- Tempo de permanência no programa.
- Tempo decorrido entre o primeiro rastreamento citológico alterado e o início do acompanhamento no ambulatório especializado.
- Número de atendimentos em relação à situação de abandono.
- Número de atendimentos em relação à situação de alta.
- Número de atendimentos em relação à situação de acompanhamento.

- Número de atendimentos no programa de Paulínia, antes da transferência da paciente para o CAISM.
- Número de atendimentos no programa de Paulínia, antes da transferência da paciente para outros serviços de mesma complexidade tecnológica.
- Situação de abandono e faixa etária
- Resultados da citologia tríplice por faixa etária.
- Percentual de pacientes transferidas para o CAISM, em cada ano do programa.
- Resultados da citologia tríplice nos casos transferidos para o CAISM.
- Resultados dos exames anatomopatológicos do material proveniente das biópsias e cones, realizados nas pacientes transferidas para o CAISM.
- Resultados do Papanicolaou por ano do programa.
- Tempo de acompanhamento das pacientes que se encontravam em seguimento no programa.
- Número de exames de Papanicolaou realizados no município de Paulínia, entre os anos de 1987 e 1995, e a cobertura populacional para este exame;
- Número de citologias oncóticas do colo uterino alteradas, do município de Paulínia, entre os anos de 1987 e 1995.

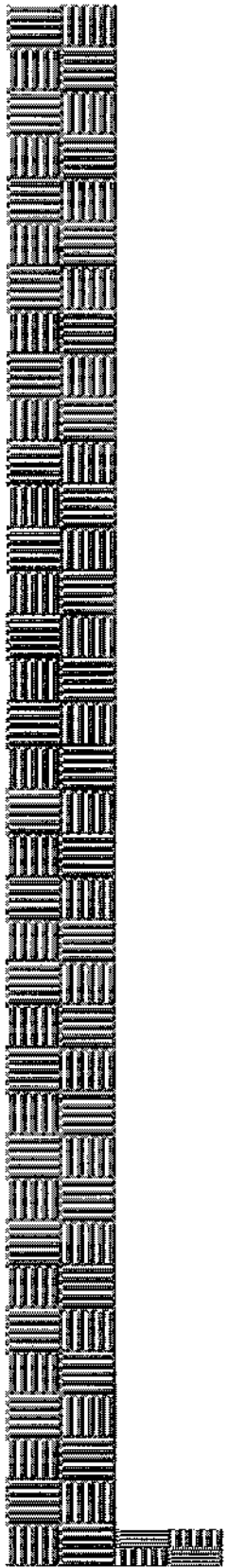
Dados que foram recuperados apenas para as pacientes de Cosmópolis, acompanhadas no CAISM:

- Exames realizados no primeiro atendimento.
- Diagnóstico estabelecido por resultado de exame ou procedimento: citologia tríplice, biópsia, cone ou outros.

- Exames e procedimentos realizados ao longo do acompanhamento no CAISM.
- Tempo decorrido estabelecida a necessidade da conização e a realização do mesmo.
- Número de exames de Papanicolaou realizados no município de Cosmópolis, de 1993 a 1995
- Número de citologias oncóticas do colo uterino alteradas, do município de Cosmópolis, entre os anos de 1987 e 1995.

Para a classificação das lesões encontradas em colo uterino nos exames de Papanicolaou, citologia tríplice e anatomopatológico de biópsia e conização, utilizamos o critério internacional do Sistema de Bethesda (NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP, 1989), que preconiza lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau ou baixo risco para desenvolvimento do câncer invasor; lesão intra-epitelial escamosa de alto grau, ou alto de risco para desenvolvimento do câncer invasor:

- Displasia leve e alterações celulares associadas ao Papiloma Virus Humano= lesão de baixo grau.
- Displasia moderada, avançada e câncer *in situ*= lesões de alto grau.
- Câncer invasor.



3. Tecnologia e Serviços de Saúde

Neste trabalho, abordamos a questão da tecnologia a partir do conceito utilizado na área das ciências da saúde, ou seja, enquanto um conjunto de conhecimentos científicos e de práticas aplicados a estas atividades. Interessou-nos, particularmente, sua aplicabilidade, à medida que a tecnologia não existe em si, mas em função da aplicação de conhecimentos científicos, neste caso, realizada pelos profissionais de saúde em seu processo de trabalho.

Por tecnologia entende-se um conjunto de objetos materiais que adquirem função técnica com base nos saberes necessários para operá-los nos processos produtivos. Estes objetos só ganham existência concreta no processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994), pois que expressam relações sociais de produção, organizados de forma a que os homens, a partir da interação que estabelecem com os equipamentos tecnológicos, modifiquem a natureza e a história. A tecnologia iria referir-se, assim, sobretudo, aos nexos técnicos que se estabeleceriam no interior do processo de trabalho.

O termo tecnologia é usualmente utilizado de forma subordinada ao desenvolvimento tecnológico, processo através do qual os meios de trabalho novos, mais produtivos e (ou) eficazes, são criados pela aplicação do conhecimento científico e, principalmente, do novo conhecimento científico, às questões técnicas da produção. O desenvolvimento tecnológico estaria, assim, subordinado ao desenvolvimento científico, proporcionando aos processos produtivos maior eficácia e produtividade. Segundo MENDES-GONÇALVES (1994), não há tecnologia fora dos processos de trabalho, há saberes, conhecimentos de estatuto científico ou cultural. Tecnologia, no sentido amplo que o autor considera, é algo constituído dentro dos processos de trabalho, apontando, ao mesmo tempo, para suas dimensões técnica e social.

O presente estudo procurou apreender, justamente, como se realizaram as mudanças no processo de trabalho de um grupo de profissionais, no contexto de um sistema local de saúde. Mudanças estas, no sentido de incorporar conhecimentos científicos e, com base nesta incorporação, desenvolver práticas que permitiram uma expansão da capacidade produtiva e resolutiva dos serviços, no que se refere ao atendimento à saúde da mulher, em especial no nível primário de atenção.

Os serviços de saúde, enquanto instituições sociais, cujo processo de trabalho encontra legitimidade no conhecimento científico e no seu instrumental de atividade, constituem o objeto de estudo desta investigação. Ainda conforme o trabalho de MENDES-GONÇALVES (1994), pode-se afirmar que a dimensão científica se desenvolve através dos conhecimentos técnicos de seus profissionais, ainda hoje com hegemonia dos conhecimentos médicos, na qual a área de aplicação se estrutura por meio destes conhecimentos incorporados ao processo de trabalho, o que permite a incorporação e utilização de materiais e equipamentos. A partir do estabelecimento do processo de trabalho, são determinadas as relações sociais, que, através de uma interação, vão modificá-lo, configurando-se uma nova relação e um novo processo produtivo.

Assim, este estudo discute quais foram os elementos técnicos, tanto de conhecimentos científicos, quanto de equipamentos e materiais, que resultaram em determinadas ações de saúde e qual o impacto destas no serviço, nos cuidados à população e no processo de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos.

Esta avaliação tecnológica não considerou a vinculação apenas à questão econômica do custo-benefício, que, num sistema de saúde ainda em desenvolvimento como o nosso, corre o risco de ter como padrão primeiro de referência a tecnologia ‘apropriada’. Esta, na maior parte dos casos, corresponde apenas a técnicas simplificadas e, muitas vezes, ineficazes, que buscam justificar a desigualdade em uma sociedade na qual a equidade no cuidado à saúde ainda representa uma aspiração. A tecnologia, aqui compreendida em sentido amplo, como do processo de trabalho, tem, nas avaliações sobre seu uso, sua eficácia e segurança, o caráter de controle de um processo, cujo sentido geral passa a ser conhecido, ganhando novo significado a pesquisa das funções, alcances, desempenhos e limites de utilização de meios de trabalho específicos. (MENDES-GONÇALVES, 1994)

Sistemas de saúde organizados, como os do Canadá, Inglaterra, Itália e outros, já avançaram significativamente em aspectos fundamentais, como a universalidade, equidade e qualidade da atenção, diferentemente do sistema de saúde brasileiro, que está longe de garantir estes direitos a seus cidadãos. Isto não significa que as ferramentas da

avaliação tecnológica, amplamente utilizadas e desenvolvidas nestes países, não sejam úteis na organização do nosso sistema, principalmente no que possa significar em termos de queima de etapas pelas quais estes já passaram, na busca de maior efetividade na prestação de serviços de saúde.

Neste sentido, MENDES-GONÇALVES (1988;1994) demonstra muito claramente o papel social da prática médica que, a despeito de sua fundamentação científica, também se organiza como trabalho. O autor aponta que a prática médica, quando se baseia em concepções cientificamente elaboradas, orienta-se pelo que é normal ou patológico para o corpo. Ele continua com a clássica análise de CANGUILHEM¹ a qual permite compreender que, anterior à fisiologia e à patologia, a realidade a que dizem respeito as noções de normal e patológico se constitui “modo de andar a vida”.

O programa de controle do câncer cérvico-uterino foi estudado do ponto de vista da incorporação tecnológica necessária para a sua viabilização, entendida aqui como as práticas instrumentalizadas por conhecimentos técnicos e a operação de equipamentos e materiais. Este programa foi possível com a operacionalização de conhecimentos de várias naturezas, como planejamento e gerência; epidemiologia; patologia cervical; técnicas cirúrgicas, ginecológicas e de enfermagem, que possibilitaram um determinado tipo de cuidado para a população feminina de um município.

Destacamos o papel inicial da epidemiologia neste processo, como instigadora da iniciativa de mudanças ou da incorporação tecnológica no serviço de saúde, que resultou na estruturação do programa de controle do câncer uterino e de outros no sistema local de saúde de Paulínia. Ainda segundo MENDES-GONÇALVES (1994), a epidemiologia tem papel hegemônico na história das práticas de saúde no último século, enquanto ciência que, a um só tempo, engendra e legitima saberes. Neste sentido, muitas vezes justifica a incorporação de novas tecnologias, como no caso de Paulínia, onde os dados epidemiológicos impuseram a necessidade de uma intervenção diferente da praticada para aquela população de mulheres, que, em número considerável, justificavam a nova atuação.

¹ CANGUILHEN, G. O Normal e o patológico. R.J., Forense - Universitária, 1987. Apud MENDES GONÇALVES, R.B. - Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1994.

Foi a partir de diagnósticos epidemiológicos feitos no serviço de saúde, que se observou a necessidade da diferenciação tecnológica do mesmo, no sentido de ampliar sua capacidade resolutive no atendimento de uma clientela necessitada de cuidados mais complexos. Como a política de atenção valorizava a questão da integralidade, optou-se por reforçar o desempenho do nível primário, no qual as ações integrais ficam privilegiadas. Muitas das técnicas da prática epidemiológica puderam ser incorporadas pela equipe da área da mulher, habituada às discussões ginecológicas e obstétricas, passando a considerar as ocorrências de morbi-mortalidade de população na elaboração de estratégias de ação.

3.1. A QUESTÃO DA AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA

A avaliação tecnológica tem por finalidade desenvolver parâmetros para a utilização de novas tecnologias e, também, das já em uso, procurando determinar a segurança, a confiabilidade e a viabilidade econômica do seu uso, buscando maior racionalidade do sistema no qual opera. Métodos que respondam a estas questões vêm se desenvolvendo em muitos países e têm ampliado sua importância na construção de uma comunicação segura e fluente entre a ciência e a política de saúde. Apesar de ser bastante desejável esta comunicação na viabilização de políticas adequadas ao uso das tecnologias em saúde, ela acontece com dificuldades e geralmente de forma não duradoura. Esta instabilidade na relação entre os cientistas e os ‘tomadores de decisão’ tem sua raiz nas formas de comunicação e nos paradigmas de atuação, potencialmente diferentes no que se refere às duas áreas. (BATISTA & HODGE, 1995).

Se, para o cientista ‘puro’, a verdade presumivelmente existe e sua elucidação ocorre de forma positivista, por meio de sua validação, confiabilidade e generalização, o político não pressupõe que exista a verdade, mas constrói políticas com base em um processo de interpretação da realidade, integrando relações sociais complexas (BATTISTA & HODGE, 1995). A avaliação tecnológica tem se mostrado uma ponte entre esses paradigmas diferentes da ciência e da política.

Esta avaliação tem suas raízes fincadas no conhecimento científico, mas seu contínuo desenvolvimento requer que sua ramagem se expanda para a relação com o planejamento e a execução de políticas. Esta orientação política da avaliação tecnológica a distingue da pesquisa científica em saúde, já que se utiliza de conhecimentos abstratos para a tomada de decisões de significado prático. (BATTISTA; MATTHEW; VINEIS, 1995)

A avaliação tecnológica estruturou-se, principalmente, com base na necessidade de se organizar conhecimento científico de forma apropriada para a tomada de decisões. Assim, é uma forma de processo integrador e interdisciplinar, intercambiando informações que tenham propriedades técnicas de intervenção, viabilidade, segurança, eficácia, efetividade e eficiência. É uma maneira de sintetizar informação científica, incluindo consenso e métodos de julgamento em grupo, revisão de literatura científica, análise de decisão, metanálise e metamodelagem (BATTISTA & HODGE, 1995). Neste sentido, a avaliação tecnológica pode influenciar numa decisão política, ou mesmo estabelecer que política seria adequada numa determinada área.

Tal avaliação pode ser dirigida aos que planejam, administram, decidem, ou aos que estão diretamente ligados à prática médica. Os do primeiro grupo são geralmente em pequeno número, facilmente identificáveis e desejam informações para a tomada de decisão. Para os profissionais que estão no atendimento, a tarefa é dirigida a melhorar a qualidade do mesmo e o custo/efetividade dos serviços nos quais trabalham. Neste último caso, os profissionais estão dispersos e são muitas vezes difíceis de convencer, no que se refere à modificação de rotinas ou à utilização de novas tecnologias, já que é comum acharem que este processo pode interferir na relação médico-paciente (BATTISTA; JACOB; HODGE, 1994).

Dos países que têm se destacado no uso e desenvolvimento da avaliação tecnológica como instrumental para a capacitação de gerentes da área da saúde e de profissionais diretamente ligados ao atendimento, a grande maioria já tem resolvidas as questões fundamentais, como o acesso aos cuidados, a equidade e a qualidade da atenção. Entre estes países, destacamos alguns que, apesar do pouco tempo de trajetória no processo avaliatório, já apresentam resultados positivos, no que diz respeito ao significado deste para

avaliar a efetividade da utilização de algumas tecnologias e processos de trabalho nos sistemas de saúde.

O Canadá talvez seja o país que mais avançou no desenvolvimento e na implantação de ferramentas avaliadoras que, apesar de sua curta história, têm assumido papel importante nas decisões de política de saúde (BATTISTA & HODGE, 1995). Neste país, o sistema de saúde está sob o gerenciamento das províncias e seus governos exercem o controle em todo o território. O financiamento realiza-se através do seguro universal de pagamento único, com remuneração global para os hospitais e, em muitas províncias, há limitação nos ganhos totais dos médicos. A determinação das despesas com os cuidados médicos pode estar sob controle, devido à combinação de eficiência administrativa e força de mercado de um único pagador, no caso o governo provincial. Dentro deste sistema, a avaliação tecnológica tem fornecido, em escala cada vez maior, as informações necessárias para a alocação de recursos e melhoria das decisões no processo de planejamento.

Atualmente, há um escritório nacional que coordena a avaliação tecnológica, o Escritório Canadense de Coordenação para Avaliação Tecnológica. As províncias de Québec, British Columbia, Alberta e Saskatchewan já contam com escritórios como este. O mais antigo é o Conselho de Avaliação de Tecnologias da Saúde de Québec, criado em 1988. Em 1991, este conselho foi avaliado pelo escritório nacional e aprovado pela alta qualidade de suas avaliações e credibilidade científica. Muitos de seus trabalhos foram utilizados no processo político de planejamento da área da saúde.

Dentro do Canadá, a província de Québec foi uma das que mais avançou no desenvolvimento das atividades de avaliação tecnológica. Nela, o sistema de saúde é essencialmente público e universal, atende a sete milhões de cidadãos residentes e é de livre acesso a serviços médico-hospitalares (JACOB & BATTISTA, 1993), além de prover medicamentos para idosos e atendimento a pacientes com doenças crônicas.

Québec consome 9% do seu produto interno bruto com o sistema de saúde, dos quais 77% são gastos em despesas públicas. O pagamento por verba global para os hospitais tem consumido a maior parte desta percentagem nos últimos anos, bem como o preço e o volume de serviços no setor médico. Estes fatores pressionaram os principais

atores do sistema de saúde, criando uma atmosfera receptiva para a utilização de informações geradas pela avaliação tecnológica, com vistas ao controle dos gastos no setor (JACOB & BATTISTA, 1993).

Em 1988, o governo de Québec criou o Conselho de Avaliação de Tecnologias em Saúde, para julgar intervenções tecnológicas com relação a sua eficácia e segurança, bem como suas implicações econômicas, éticas e sociais. O Conselho é composto por um grupo de “experts” de várias disciplinas ligadas à avaliação tecnológica, é independente do Ministério da Saúde, apesar de responder diretamente ao ministro, e seus membros não são remunerados, exceto o presidente, que trabalha em tempo integral (BATTISTA; JACOB; HODGE, 1994).

As funções do Conselho são promover, dar suporte e produzir avaliação de tecnologias. Sua principal característica é poder contar com várias fontes de informação e de conhecimento científico, o que ajuda a garantir grande credibilidade nos vários níveis de usuários dos trabalhos oferecidos. As informações geradas pelo Conselho têm clientela variada: o ministro da saúde, outros atores em posição gerencial, trabalhadores da saúde e a população em geral.

Em um período avaliado de dois anos, os trabalhos do Conselho geraram uma economia de 25 milhões de dólares canadenses nos gastos em saúde. As atividades do Conselho, após uma primeira avaliação, têm sido muito incentivadas, em razão da credibilidade científica, conferida pelo grupo de “experts” reconhecido em Québec, e do rigor metodológico dos trabalhos. Para garantir a credibilidade política, os membros do Conselho mantêm independência com relação ao Ministério da Saúde e a qualquer outro grupo fora da esfera governamental.

Outro país que tem se envolvido com as atividades de avaliação tecnológica do sistema de saúde é a França. Este interesse já tem mais de uma década, quando dois importantes trabalhos foram produzidos: ARMOGATHE² & PAPIERNIK³ (1985), porém

² ARMOGATHE, J. F. Pour le développement de l'évaluation médicale. Rapport au Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Paris: La documentation française, avril 1989. *Apud* BATTISTA & HODGE, The development of health care technology assessment. *International journal of Technology Assessment in Health Care*, 1995

não houve a preocupação com a criação de um comitê nacional de avaliação. Isto só veio a ocorrer em 1991, ano em que o governo francês, preocupado com os crescentes gastos em saúde, criou a Agência Nacional para o Desenvolvimento da Avaliação Médica, com a finalidade de auxiliar na redução dos gastos em saúde, através do uso racional das novas tecnologias (BATTISTA & HODGE, 1995).

Há que se referir o surgimento de um potencial conflito de mercado entre o ímpeto de racionalização, que existe por trás da avaliação tecnológica, e a politização das decisões na França, onde a cultura puramente política, sem auxílio técnico-científico, ainda tem sido a principal forma de tomada de decisões. Face a isso, pode-se prever a necessidade de muita flexibilidade para se continuar a implantação dos comitês de avaliação.

Na Holanda, as pesquisas sobre avaliação tecnológica são mantidas pelo Departamento de Saúde, pelo Ministério de Ciência e Educação e pelos chamados Fundos de Doença. As atividades de avaliação tecnológica têm ocorrido de forma parcial, refletindo a não isenção do poder do governo sobre os cuidados em saúde no país.

O papel de avaliador tem ficado a cargo do Conselho de Saúde, que investiga as tecnologias emergentes e aconselha o Ministério da Saúde. Existem vários outros órgãos que pesquisam a avaliação tecnológica, como o Instituto para Avaliação de Tecnologia Médica, que enfoca a pesquisa aplicada especificamente em tecnologia ou detalhes para sua adoção. O Instituto de Avaliação Tecnológica da Erasmus University e a Organização para Qualidade e Segurança nos Hospitais, formadas por profissionais médicos, ocupam-se, principalmente, da segurança, eficácia e efetividade das novas técnicas. Apesar do grande número de instituições pesquisando o tema na Holanda, não há coordenação. Nota-se, porém, um crescente interesse do governo com relação ao controle sobre a utilização de novas tecnologias e à racionalização dos custos em saúde, o que aponta para uma prioridade da avaliação tecnológica nos próximos anos (BATTISTA & JACOB, 1994).

³ Rapport de mission de Monsieur le Professeur Emile Papiernik à Monsieur Edmond Hervé, Secrétaire d'État chargé de la Santé. Propositions pour le développement de l'évaluation des technologies et de pratiques médicales. Paris, 1985. *Apud* BATTISTA & HODGE, The development of health care technology assessment. *International journal of Technology Assessment in Health Care*, 1995.

Nos Estados Unidos a avaliação tecnológica é muito diversa. As atividades avaliatórias nos últimos anos foram iniciadas pelo governo, organismos profissionais e corporativos, inúmeras instituições acadêmicas de cuidados em saúde e seguradoras. A maior parte do trabalho feito por estas instituições é a formulação de guias clínicos práticos.

Um escritório para avaliação tecnológica foi criado pelo governo americano para atuar junto ao congresso, provendo seus comitês com estudos sobre os efeitos da tecnologia, porém, esta proximidade limitou a autonomia dos avaliadores. Desde 1989, a agência para pesquisa e política de saúde vem desenvolvendo atividades de avaliação, contudo, ligadas aos programas federais Medicare e Medicaid. Apesar destas iniciativas, a implementação da avaliação tecnológica no desenvolvimento de políticas não tem sido capaz de transformar a utilização dos recursos na área da saúde (BATTISTA & HODGE, 1995).

Alguns fatores motivadores são comuns aos países que têm desenvolvido atividades de avaliação tecnológica, como a preocupação com os custos dos cuidados em saúde (GUIA, 1996); a necessidade de informação para a formulação das políticas do setor; a disposição de um grande número de profissionais “experts” em ciências avaliativas; a mudança da cultura sanitária da população, quase sem autonomia sobre sua saúde, e o relacionamento entre os profissionais médicos e o setor público. Esta questão da relação dos médicos com o Estado é tema quase que universal, pois as atividades avaliatórias, sempre que propostas, esbarram na autonomia dos profissionais, os quais se queixam das interferências na relação médico-paciente (BATTISTA; HODGE; VINEIS, 1995).

Ao estudar os países nos quais a avaliação tecnológica tem se desenvolvido, nota-se que este tipo de atividade geralmente avança mais naqueles em que o sistema de saúde tem maior organização, apesar das diferenças quanto à forma de funcionamento destes sistemas e ao grau de desenvolvimento da avaliação. Existe também, entre estes países, a preocupação comum de racionalizar os gastos no setor e, neste caso, a avaliação tecnológica reveste-se de importância porque se constitui numa ferramenta para os dirigentes fazerem escolhas e tomarem decisões, intra e intersetoriais, levando em consideração os conhecimentos técnicos e científicos. (BATTISTA; JACOB, 1994).

A demanda por informações é fundamentalmente dos planejadores e gerentes dos serviços de saúde, na avaliação dos investimentos mais relevantes. Entre os profissionais destes serviços, ainda há muita resistência, segundo o observado nas publicações da revista internacional de avaliação tecnológica em saúde. Neste sentido, deve-se sensibilizar estes profissionais que, em última instância, farão o uso operacional das novas tecnologias. Há necessidade, também, de uma mudança na cultura de como se faz política nas áreas sociais, sem levar em conta as informações técnicas disponíveis.

O entendimento da situação local de cada país, principalmente de suas necessidades no setor da saúde, facilita as atividades de avaliação tecnológica. Observa-se que estes organismos avaliadores incluem novas agências governamentais, centros baseados em universidades, entidades não-governamentais ou, ainda, redes de consultas para disseminação da avaliação tecnológica. As estruturas e processos desses organismos devem ser capazes de promover mudanças e, para isso, precisam ter autonomia suficiente, livres de pressões políticas. Isto pode determinar o rumo da atividade, se simplesmente controladora de gastos ou se implementadora de qualidade na atenção, compromissada com o acesso facilitado, a equidade e a qualidade dos cuidados oferecidos, o que, num país cujo sistema de saúde ainda se encontra pouco organizado, consistiria na questão fundamental.

A avaliação tecnológica é importante na organização dos serviços de saúde, porém, muitos estudos têm mostrado que ela não é suficiente para o uso adequado da tecnologia em saúde (JACOB; BATTISTA, 1993). O impacto deste tipo de avaliação a respeito das tecnologias mais adequadas ao funcionamento de um serviço e a satisfação das demandas populacionais, epidemiologicamente determinadas, dependerá das características de funcionamento do sistema e de seus mecanismos reguladores.

3.2. A TECNOLOGIA NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A forma de organização que se observa na maioria dos serviços de saúde no Brasil é aquela do atendimento individual, de baixa capacidade resolutive e centrado na atenção hospitalar. O próprio financiamento do setor evidencia o privilégio da atenção

hospitalar, que consome a maior parte dos recursos para a saúde. Esta lógica da atenção primária enfraquecida e coadjuvante menor da assistência hospitalar, distancia o serviço de saúde da clientela, que tem menor controle sobre as atividades hospitalares, e também deixa para um segundo plano as ações de Saúde Pública, que seriam uma forma mais integradora de atuação do serviço de saúde e poderiam levar em conta as necessidades da população.

A constituição dos modelos assistenciais, durante a estruturação do sistema de saúde no país, levou-nos a uma breve revisão das formas de organização tecnológica que precederam a atual.

No Brasil e, mais localizadamente, em São Paulo, dos modelos tecnológicos que podem ser identificados desde o final do século XIX, o primeiro é o campanhista ou de controle das doenças endêmicas, cuja base era a epidemiologia e que se estruturou nas ações de higiene pública e na configuração de uma polícia sanitária. Esta forma de intervenção era fundamentada na ação do Estado, por isso chamada de Medicina Social ou Medicina do Estado (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Ao basear-se na Epidemiologia, esta forma de intervenção estabelecia uma relação entre as doenças infecciosas e a condição sanitária. O trabalho consistia em modificar as circunstâncias favoráveis ao desenvolvimento das doenças, porém, sem intervir na sua forma de incidência, logo, sem proposta de alteração das condições sociais da época. Em São Paulo, o grande representante desta corrente foi Emílio Ribas e, no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz. Esse primeiro modelo tecnológico, de característica essencialmente autoritária e intervencionista, ficaria inviabilizado nas décadas seguintes, com o desenvolvimento industrial nos grandes centros e a constituição de um proletariado que começaria a demandar direitos civis.

O segundo modelo tecnológico que se configurou na Saúde Pública paulista é também conhecido como médico-sanitário, podendo ser identificado a partir da reorganização do serviço sanitário do Estado, sob a liderança de Geraldo de Paula Souza. Este modelo perdurou de 1925 até a década de 60 e foi marcado por grandes modificações na concepção do objeto de trabalho, que se caracterizariam pela retomada da relação entre a

saúde e a doença na sociedade, sendo a Educação Sanitária representante de um instrumento privilegiado deste modelo.

O fundamental era estabelecer uma causalidade entre as características do hospedeiro e o desenvolvimento da doença, capaz de sustentar que a modificação do comportamento das pessoas levaria ao controle da moléstia. A idéia era a de prevenir as doenças e o Centro de Saúde correspondia ao local privilegiado, onde estas ações de Educação Sanitária deveriam ser desenvolvidas.

Segundo o trabalho de MENDES-GONÇALVES (1994), percebe-se que, já a partir da década de 20, inicia-se um progressivo declínio da Saúde Pública, enquanto instrumento de política do Estado. No período inicial deste modelo, comandado por Paula Souza, havia o privilégio de alguns grupos populacionais, como os mais carentes. Porém, o crescente desinteresse do Estado por este modelo de intervenção fez com que o mesmo entrasse em declínio, paralelamente ao florescimento do prestígio da medicina privada e da atenção individual.

Após 1964, o Estado brasileiro passou por um amplo processo de transformação administrativa, que apresentou reflexos no desenvolvimento da política de saúde nos Estados. A reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de 1967, pode ser tomada como ponto de partida para a instalação de um novo modelo tecnológico na Saúde Pública em São Paulo. As modificações que se operaram ocorreram no conjunto das ações de saúde, conforme tendência já observada desde os anos 50. As principais características deste modelo eram:

- integração de serviços de saúde: os centros de saúde passaram a ser unidades polivalentes, responsáveis pelos problemas de saúde da comunidade a que servem;
- centralização normativa e descentralização executiva: disciplina para efetiva supervisão técnica e condições para avaliação;
- sistemas de informação: fluxos ascendentes e descendentes de informação;
- condução do planejamento das ações de saúde com base na Epidemiologia.

Já nesta época, porém, percebe-se uma primazia dos serviços privados no financiamento, como efeito da nova política pública para o setor.

Estas características administrativas representaram um esforço de modernização e racionalização da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Este modelo caracterizou-se pela incorporação da assistência médica individual na rede de Centros de Saúde, subordinada à idéia de ação programática e aparecendo como meio de realização dos objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo (MENDES-GONÇALVES, 1994). Grupos populacionais mais carentes também eram privilegiados no espaço marginal da Saúde Pública, através de programas como o de assistência à criança e à gestante.

Pela impossibilidade do Estado em arcar com a assistência médica individual de todos, estes programas eram dirigidos às populações marginalizadas dos centros urbanos e às comunidades rurais. A política de extensão de cobertura de serviços de saúde implantada no Brasil, em meados da década de 70, veio para atender à crise que se sucedeu ao milagre econômico (NOVAES, 1994).

No novo modelo, ocorreu um realinhamento tecnológico e os sentidos globais das mesmas técnicas ou programas modificaram-se. Programas de assistência à criança e à gestante, por exemplo, acoplaram-se à Educação Sanitária, porém agora subordinada à idéia de 'integração sanitária', ou seja, promovendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ocorreu, por outro lado, um aumento relativo da participação da Secretaria Estadual da Saúde na provisão de serviços médicos, dentro da filosofia de extensão da cobertura, privilegiando crianças e mulheres dos estratos sociais mais carentes.

O caminho da atenção individual é o da assistência médica 'comercial' (MERHY, 1989). Este modelo é centrado na atenção hospitalar, basicamente do setor privado, e permite o desenvolvimento de um complexo industrial de tecnologia médica, como as indústrias farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

Diferentes tipos de prestação de serviços médicos estruturaram-se no país, conforme as demandas. Para o setor produtivo industrial, surgem as modalidades de

medicina de fábrica ou do capital; para os excluídos, um serviço marginal, no espaço da Saúde Pública, dos Centros de Saúde; para a grande massa de trabalhadores, os serviços próprios da Previdência Social ou os de saúde contratados e conveniados.

Este movimento no setor da saúde ocorreu entre 1964 e 1974 , apresentando uma busca pela universalização do direito à saúde, ocorrida num movimento que associava a discriminação de grupos sociais menos favorecidos e aqueles fora do mercado de trabalho formal. Estes recebiam atenção médica nos centros de saúde do Estado e, para o restante dos trabalhadores, a oferta de serviços públicos de saúde era pela rede previdenciária. Os gastos do setor foram predominantemente na atenção individual, deixando poucos recursos para o atendimento à coletividade (MERHY, 1989).

A formulação sobre os problemas de saúde continuou acontecendo no âmbito da Saúde Pública, com seus técnicos e o setor previdenciário limitando-se a tratar o tema na perspectiva da organização da atenção médica.

Outra característica do modelo tecnológico de 1964 a 1974 é a organização do setor contratado, que se estrutura basicamente em torno das atividades do hospital. Este fato impõe que os problemas de saúde serão enfrentados por meio da prática médica e com recursos mais complexos, propondo-se ações de alta complexidade diante da doença, elevando o custo da atenção. Apesar do alto custo, estas ações têm pouco impacto do ponto de vista da coletividade. Ainda, para o setor privado eram atraídos os casos mais simples, ficando para os serviços próprios da medicina previdenciária os mais complexos e de alto custo.

Este modelo, erguido sobre a lógica do lucro e do mercado, começou a enfrentar uma crise de financiamento com o final do ‘milagre econômico’ e, como resultado da sua baixa resolutividade e alto custo, passou a ser colocada em dúvida sua eficácia. Um dos maiores problemas enfrentados era o do grande fracionamento institucional, ocasionando sobreposição de ações; conflitos gerenciais; falta de competência administrativa; descontrole dos gastos públicos e rombos financeiros, principalmente dos serviços contratados (MERHY, 1989).

A reação diante deste modelo foi fundamentalmente administrativa, com maior controle aparente das contas. A partir de 1974 ocorreu um tímido deslocamento de recursos do setor previdenciário para o público não-previdenciário e para os serviços privados sem fins lucrativos. Houve um intenso movimento de unificação institucional e política, maior agrupamento entre as ações médica e coletiva, privada e pública, porém, mantendo o mesmo modelo assistencial centrado tecnologicamente nas ações médicas individuais (MERHY, 1989).

Como resultado deste processo, verificou-se um maior prestígio do setor privado no sistema e, como forma de facilitação do acesso aos serviços de saúde, disseminaram-se os pronto-atendimentos com ações de baixo custo. A crise financeira agravou-se no começo dos anos 80 e, com o crescimento, nos grandes centros urbanos, de redes públicas estadual e municipal, estabeleceu-se uma disputa por recursos para o seu financiamento. O sistema apontou, novamente, para uma nova relação entre o público e o privado, com o primeiro, principalmente através dos municípios, assumindo o atendimento médico ambulatorial, ficando a atenção hospitalar mantida, quase que na totalidade, pelo setor privado. Continuando, porém, fundamentado na tendência à manutenção de muitas estruturas, com o modelo assistencial centrado no indivíduo e a principal fatia do financiamento para a atenção hospitalar nas mãos do setor privado.

O sistema de saúde no Brasil tende para uma assistência voltada às ações médicas, centradas no hospital, apesar do desenvolvimento de redes de saúde com serviços de atenção primária em grande número. Contudo, esta extensa rede básica, operando, com frequência, em função do nível hospitalar, funciona, na maior parte dos casos, como simples triadora para os serviços especializados. Apesar das tentativas de aperfeiçoamento do sistema, primeiramente com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e, posteriormente, com o Sistema Único de Saúde, não aconteceram grandes mudanças, já que a tendência de financiamento mantém-se a mesma, com o privilégio do setor hospitalar e dos serviços privados.

Um redirecionamento de recursos seria necessário na reconstrução do modelo tecnológico de assistência e isto já se expressa na iniciativa de vários municípios, que

alcançam maior efetividade na atenção prestada por suas redes de saúde, baseando-se no fortalecimento do cuidado primário. O desenvolvimento de formas de atenção ancoradas nas necessidades epidemiologicamente determinadas da população, estruturando o nível primário de forma resolutiva, não só do ponto de vista da assistência individual, mas também dos problemas de saúde da coletividade, é o que tem feito a diferença nas experiências bem sucedidas. Um outro fator é a redefinição do papel do hospital que, de centro do sistema, passa a ter um papel complementar na assistência prestada, a qual se baseia nos cuidados primários.

3.3. O PAPEL DO MÉDICO NO DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Relembrando o que aponta MENDES-GONÇALVES (1994), a medicina se reveste de uma ideologia que apresenta uma dimensão técnica, científica e uma outra, ancorada nas suas funções sociais. Na formação do médico, as escolas estão melhor preparadas para o ensino da ciência ou, pelo menos, para interpretá-la, porém, pouco estão presentes a discussão e o aprendizado sobre as relações sociais que permearão constantemente o trabalho médico.

Este modelo científico floresceu durante o século XIX e baseia-se na observação sistemática e na manipulação da natureza. Seu objeto de trabalho é o corpo humano, isolado de suas relações sociais e necessidades emocionais, a forma de abordagem mais adequada é a anatomia e a fisiologia. Esta abordagem simplifica o objeto inquirido e é observada, muito freqüentemente, na pesquisa clínica.

Heidegger⁴, a propósito da sua observação sobre a prática médica, estabeleceu que o conhecimento médico pode alcançar resultados significantes apenas se a doença e a morte são consideradas como formas existenciais primárias, incorporando, assim, em sua prática, o método de ‘biografias clínicas’ efetivas. Entender o paciente é compreender sua

⁴ HEIDEGGER, K. M. , *A guide to his basic thought*. New York, NY, Oxford University Press, 1964. *Apud* BATTISTA, R. N.; HODGE, M.J.; VINEIS, P. Medicine, practice and guidelines: the uneasy juncture of science and art. *J. Clin. Epidemiol*, 48(7): 875-880, 1995.

história e suas relações sociais, a avaliação do trabalho médico não poderia ser considerada de outra forma, senão levando-se em consideração as relações individuais e sociais que estabelece.

Considerando-se este laço indissociável entre o trabalho médico e as relações sociais, observa-se, no Brasil, que há uma redefinição do papel do médico a partir do processo de constituição da estrutura urbano-industrial no país (DONNANGELO, 1975) No início dos anos 60, há uma diferenciação qualitativa do mercado de trabalho para o médico, com a coexistência das produções estatal e privada de serviços de saúde, e, também, uma mudança quantitativa, na medida em que a entrada do Estado no mercado de trabalho significou uma ampliação do setor.

Outra dimensão em que se incorpora o trabalho médico é na produção de bens materiais na sociedade, com a responsabilidade de controlar a assistência médica ao trabalhador, por meio das medicinas de grupo surgidas para este fim. Este é um fator decisivo na perda da autonomia do médico com relação à clientela, aos instrumentos e ao preço do seu trabalho (DONNANGELO,1975). Fica, então, prejudicada a possibilidade de estabelecer, no campo dos relacionamentos humanos, a relação médico-paciente e existe a perda de liberdade na utilização adequada do conhecimento científico e das tecnologias médicas.

No trabalho de DONNANGELO (1975), são apontados dois fatores que interferem no mercado regional de trabalho médico: o volume de oferta de mão-de-obra e a ampliação dos instrumentos científicos e técnicos necessários à produção de serviços de saúde. Sem mercado para a prática exclusiva em clínica privada, o médico sujeita-se ao trabalho nas medicinas de grupo, nas quais as limitações a sua prática vão desde o tempo para a consulta, até o uso de exames laboratoriais, equipamentos e medicamentos. Há dificuldade em se criar um campo de relação com o paciente, no qual possam se desenvolver os aspectos científico e humano.

A partir da década de 60, houve uma elevação do número de médicos e sua concentração no setor urbano-industrial. Este aumento levou a uma maior competição pela clientela, com as conseqüências, já descritas, de multiplicidade de vínculos empregatícios, perda da autonomia sobre seus ganhos e, particularmente, sobre as formas de organização do processo de trabalho em saúde. Nesta época, metade desses profissionais concentravam-se entre São Paulo e Rio de Janeiro, segundo o trabalho de DONNANGELO (1975).

O mesmo autor considera que, paralelamente ao desenvolvimento quantitativo, a força de trabalho sofreu alterações internas, em conseqüência da incorporação de novos elementos científicos e técnicos ao processo de produção de serviços de saúde. Quando o profissional se apropria dos equipamentos, passa a produzir serviço não para atender às necessidades da clientela, mas criando-as para atender as suas próprias demandas de venda de serviço.

Como resultado do aumento do número de profissionais e da rápida inovação tecnológica, observou-se uma alteração na forma de organização da prática médica, que passou a incorporar a especialização e o desenvolvimento do trabalho sob a forma grupal. Estas duas novas características são comuns à organização dos serviços de saúde nas sociedades que criaram ou incorporaram conhecimentos e técnicas médicas refinadas. Este acúmulo de informações novas e seu grau de elaboração científica levam à impossibilidade do domínio, pelo profissional, da totalidade do conhecimento médico.

A especialização, como forma de divisão técnica do trabalho, aparece como um resultado imediato da inovação técnico-científica. Os produtores também diferenciam seus

instrumentos, que ganham maior especificidade, modificando, por sua vez, a clientela e as ações técnicas dirigidas a ela. A especialização acentua a complementaridade entre as diferentes formas de trabalho e, conseqüentemente, a dependência entre os especialistas, no que se refere à compreensão da totalidade dos processos que ocorrem no organismo humano e da necessidade de dirigir a atividade médica para um único resultado final, a preservação da vida humana.

A divisão e a complementaridade relacionam-se à mudança das condições sob as quais se exerce o trabalho médico, com a passagem gradual da prática isolada para o trabalho em equipe. Existe a necessidade da cooperação entre os especialistas para que se realize a totalidade de uma ação médica, ou seja, um atendimento integral à pessoa. Como não se observa este trabalho sincrônico, nem a preocupação com a necessidade de uma prática integrada e, sim, apenas complementar, ocorre uma atenção fragmentada e de baixa resolatividade.

Há uma crescente necessidade de integrar os conhecimentos necessários para se compreender os processos mais gerais que atuam sobre a saúde, por meio da formação de um tipo especial de profissional. Para que o sistema não se desorganizasse completamente, haveria a necessidade de síntese, da colaboração formalizada entre os especialistas. O médico geral aparece como elemento de correção do rumo destas tendências desagregadoras que a especialização trouxe. Por isso, hoje está tão em moda o médico de família, em vários países, incluindo os mais desenvolvidos e com sistemas de saúde, cuja grande especialização e divisão do trabalho médico, acabou por levar a custos elevados e, assim, a inúmeras medidas de contenção como o florescimento desta modalidade de atenção.

O consumidor tende a uma supervalorização do especialista e este, tende a definir as necessidades dos pacientes, conforme o que eles próprios têm para oferecer. O hospital é o local privilegiado para estas ações, pela sua importância técnico-científica e porque é onde os equipamentos geralmente estão concentrados, principalmente os que levam a procedimentos de alto custo.

O desenvolvimento de um alto grau de especialização tem sido considerado inadequado diante da solução dos problemas de saúde e da natureza destes, revelada por meio dos indicadores de saúde. O Estado, enquanto o grande financiador do setor, não tem apresentado alternativas para enfrentar o alto grau de especialização dos médicos, que não atende às necessidades da população. Ao contrário, as características do setor urbano-industrial, assim como as formas de interferência do Estado no setor de produção de serviços de saúde, revelam-se bastante favoráveis à diferenciação da mão-de-obra.

A concentração de recursos econômicos; a modernização da estrutura de consumo; a presença de problemas de saúde, diferentes daqueles que afetam a maior parte da população brasileira, e, principalmente, a política de financiamento governamental sustentam a procura diferenciada e a produção mais diversificada do que seria possível mediante a compra direta de serviços pelo consumidor.

Do ponto de vista do nosso estudo sobre o desenvolvimento de um programa de cuidados e prevenção ao câncer de colo de útero, a preocupação foi a de identificar quais fatores permitiram a otimização do trabalho médico, no qual nitidamente se verificam as condições para um bom desempenho técnico-científico e, ao mesmo tempo, para o estabelecimento de uma relação médico-paciente adequada. No serviço no qual se desenvolve este trabalho, e que é público, o acolhimento às pacientes fica caracterizado pelo baixo índice de abandono do programa e, ao mesmo tempo, pelo padrão técnico do atendimento, que se mostra adequado. A autonomia médica, entendida como o trabalho isolado do profissional em seu consultório, fica abandonada e é recriada uma forma coletiva de planejamento e organização das ações, na qual outros campos de conhecimento, além da ginecologia, são utilizados. O planejamento baseado em informações epidemiológicas é parte integrante das atividades dos profissionais neste programa.

A proposta de criação deste programa de cuidados e prevenção do câncer do colo uterino surgiu dos profissionais da área de Atenção Integral à Saúde da Mulher, contemplando a expectativa, principalmente dos ginecologistas, que desejavam trabalhar em áreas mais especializadas da Tocoginecologia, pois vários deles tinham alguma subespecialização. Isto permitiu uma valorização dentro do serviço público e, também,

sustentou, para boa parte deles, uma diferenciação técnico-científica que pode ser utilizada dentro e fora do serviço público de saúde, sendo um estímulo decisivo ao trabalho qualitativamente diferenciado na rede.

Esta iniciativa de diferenciação das atividades da área de atenção à mulher, dentro do sistema local de saúde de Paulínia, originou-se e baseou-se no nível primário de atenção e o nível hospitalar posicionou-se como auxiliar, complementando o programa e sendo utilizado para a realização de procedimentos cirúrgicos. O verificado, atualmente, na maioria dos sistemas de saúde é que o caráter voluntário de utilização do hospital, pelo médico, é substituído pela imposição técnica da utilização de meios de trabalho e equipamentos, que vai além das necessidades exclusivas das atividades cirúrgicas.

O paciente vincula-se mais à instituição do que ao médico. À medida que as atividades médicas passam a exigir maior quantidade de tecnologia material, há uma tendência do trabalho sob a forma grupal (DONNANGELO,1975). A própria especialização exige esta forma de trabalho, que depende das características da instituição e do modo como se encontram organizados os meios de produção. No sistema local de Paulínia, o modelo tecnológico de organização também exigia o trabalho conjunto, porém, de forma a atender às necessidades epidemiologicamente determinadas da população e com uma atenção resolutiva, na qual a integralidade das ações era tão importante quanto a equidade, universalidade e qualidade.

3.4. O PAISM ENQUANTO PROPOSTA DE MODELO TECNOLÓGICO DE ATENÇÃO

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi anunciado pelo Ministério de Saúde no ano de 1983 e trouxe uma proposta inovadora e qualitativamente, diferenciada com relação ao que havia anteriormente para este grupo específico.

A maior novidade do programa foi a incorporação do conceito de atendimento integral, que se destaca em toda proposta. A primeira proposição trata do atendimento aos principais agravos que atingem a população feminina do país, epidemiologicamente

determinados, ampliando o conceito de atendimento apenas das complicações ocorridas no período gravídico puerperal. O programa considera que as unidades de saúde deveriam estar dimensionadas para o atendimento destas patologias, tanto do ponto de vista de equipamentos e materiais, como do preparo técnico das equipes.

O programa estaria dimensionado, inicialmente, para as mulheres com idade acima de 15 anos, porém, considerando a necessidade de assistência à população de adolescentes, esta faixa etária foi ampliada para as pacientes maiores de 10 anos, o que perfaz praticamente 75% da população feminina do país. O programa mostrou-se ambicioso e tem sido difícil encontrar um sistema de saúde local que o tenha implantado em sua plenitude, porém, passados 14 anos desde o seu anúncio, mantém-se coerente com o que seriam as necessidades da população feminina. Isto porque, ao propor cuidados às patologias mais prevalentes, mantém-se atual. Por exemplo, uma preocupação do programa é prevenir e tratar as doenças cardiovasculares nas mulheres, em especial na síndrome do climatério, já que é a primeira causa de óbito para a população feminina.

Mesmo quanto aos cuidados para com as doenças relacionadas ao aparelho reprodutor feminino, a proposta é abrangente. O atendimento à patologia cervical não considera apenas a etapa de prevenção e diagnóstico precoce, por meio do exame de Papanicolaou, mas também a de tratamento das lesões precursoras e mesmo do câncer *in situ* e invasor. O programa inclui a prevenção e tratamento do câncer de mama que, para algumas regiões do país, é a primeira causa de óbito, por neoplasia, na população feminina.

Com relação ao atendimento à gestante, ao parto e à puérpera, considera a baixa cobertura do pré-natal e as conseqüências que se observam no tipo de parto hospitalar. Neste sentido, faz uma crítica ao elevado número de partos cesárias observados, principalmente, em grandes centros, como São Paulo, onde chegam a quase 50%. Um pouco como resultado dos partos de risco de pacientes que não foram acompanhadas durante o pré-natal, e muito em consequência de um modelo tecnológico inadequado, que tem colaborado com o aumento da mortalidade materna. O atendimento ao puerpério é ainda mais raro, colaborando para a falta de orientação das puérperas com relação à

importância da amamentação, à prevenção de mastite e outras infecções puerperais e ao planejamento familiar.

Uma outra novidade do PAISM foi a de ser a primeira oportunidade em que o Ministério da Saúde pronunciou-se oficialmente em relação à responsabilidade do Estado na promoção do planejamento familiar, sem fazer restrição a qualquer método anticoncepcional. Também abordou a necessidade do atendimento aos casais com esterelidade, para diagnóstico e tratamento.

Vale a pena, ainda, destacar, dentro do PAISM, o atendimento das pacientes no período do climatério, como uma outra evidência do modelo tecnológico mais complexo que propõe. Já naquela época, apontava para o envelhecimento da população feminina e para a necessidade considerar esta faixa das mulheres, mais sujeita às doenças crônico-degenerativas e padecendo de sintomas que interferem na sua rotina. Ainda não se considerava, em 1983, a necessidade de reposição hormonal, mas a necessidade de cuidados mais freqüentes.

Não tem sido possível a completa implantação do programa, porque a maioria dos sistemas locais de saúde não se encontram preparados para o tipo de atendimento proposto, qualitativamente diferenciado e que necessitaria, principalmente, de equipes bem treinadas para o serviço. De qualquer forma, é um exemplo de que, ao se considerar o atendimento integral à uma determinada população, visando dar respostas aos seus agravos mais freqüentes, há que se incorporar tecnologia adequada, levando-se em conta os conhecimentos e formação das equipes que desenvolverão a atenção, além dos materiais e equipamentos adequados para a viabilização do programa.

3.5. A TECNOLOGIA E A PATOLOGIA NEOPLÁSICA DO COLO UTERINO

São inúmeros os trabalhos na literatura sobre a avaliação da efetividade do exame de Papanicolaou, como forma de detecção do câncer do colo uterino (ZEFERINI *et al.* 1996). As discussões estão centradas nas possibilidades de detecção e não especificamente nas tecnologias atuais de tratamento desta neoplasia nas várias fases

evolutivas, o principal motivo disto está relacionado ao custo que tem significado este “screening” nos países desenvolvidos. Estimativas feitas nos EUA são da ordem de US\$ 500 milhões/ano (NOLLER, 1996), daí a necessidade de se avaliar o custo/benefício do exame.

Em geral, as críticas ao exame de Papanicolaou, como forma de detecção precoce do câncer do colo uterino, ocorrem pela dificuldade em se baixar mais as taxas de mortalidade que estão em torno de 2,6 por 100.000 mulheres, nos EUA, e 0,9 por 100.000 mulheres, na Itália. Existe a necessidade de se intervir mais sobre os fatores de risco para a doença, a fim de tornar economicamente viável para estes países a manutenção de programas nacionais (NOLLER, 1996). Apesar da baixa incidência verificada nestes países, nos EUA observa-se, nos últimos anos, uma tendência ao aumento da mesma entre mulheres brancas, solteiras e com idade inferior a 50 anos (HERBST, 1996).

Em países da América Latina, a taxa de mortalidade está em torno de 15 por 100.000 mulheres (NOLLER, 1996) e, devido às altas mortalidade e incidência da doença neoplásica do colo uterino nestes países, incluindo o Brasil, a discussão sobre o Papanicolaou ainda enfoca o objetivo de se propor estratégias de aumento de cobertura do exame (PINOTTI & ZEFERINO, 1987). No Brasil, dados do Ministério da Saúde mostram que, em 1986, as neoplasias foram responsáveis por 15,5% das mortes de mulheres maiores de 15 anos. Destas mortes, 30% foram por câncer de colo de útero ou mama.

Estes dados são de uma pesquisa feita pelo Ministério da Saúde nos municípios de Belém, Fortaleza, Recife, São Paulo, Porto Alegre e Goiânia. Recife, Belém e Goiânia estão entre as localidades com maior taxa de mortalidade por câncer de colo uterino do mundo, inferindo a baixa cobertura do exame de Papanicolaou nestas regiões do país (AZEVEDO & MENDONÇA, 1993).

Ainda, segundo os dados do trabalho de AZEVEDO & MENDONÇA (1993), cidades como Porto Alegre e São Paulo apresentavam, em 1986, taxas de mortalidade mais baixas, semelhantes à de países desenvolvidos. Na pesquisa de MONTEIRO (1995), é apresentada uma taxa em torno de 5 por 100.000 habitantes, na cidade de São Paulo, em 1992. Estes índices podem ser maiores, já que é possível haver subnotificação nestes dados

e, de qualquer forma, para o Brasil como um todo, se consideradas áreas com e sem prevenção e tratamento eficazes, a mortalidade fica em torno de 10 por 100.000 mulheres.

Em regiões como o Estado de São Paulo, a cidade de Campinas teve experiência muito produtiva, desde meados dos anos 60, que certamente colaborou no declínio da mortalidade do Estado. Nesta época, foi implantado o Programa de Controle do Câncer do Colo Uterino de Campinas, pelo Departamento de Toco-ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, já com objetivos e planejamento de ações muito claros, que contribuíram para a efetividade do programa.

Ele baseou-se no trabalho conjunto do serviço de atenção à mulher da universidade e das atividades de saúde do município, fossem eles estaduais, municipais ou filantrópicos. Foi desenvolvido treinamento e capacitação de pessoal; implantação de laboratório citopatológico, para a realização dos exames colhidos pela rede de serviços, e centralização dos dados e exames citopatológicos, para estudos epidemiológicos que orientariam os destinos do programa (PINOTTI & ZEFERINO, 1987).

Ainda, segundo este mesmo trabalho, a frequência de exames alterados, até 1971, era de 20/mil e, a partir de então foi caindo até atingir 5/mil, em 1979. Esta frequência voltou a crescer até 1984, atingindo 10/mil, motivada pela expansão das atividades do laboratório, que passou a fazer os exames de Papanicolaou para toda a região. Atualmente, a produção mensal deste laboratório já supera a casa dos 100.000 exames.

Os referidos autores estudaram, ainda, o município de Paulínia que, segundo o trabalho dos mesmos, desenvolvia o programa de prevenção do câncer do colo do útero de forma abrangente e continuada, no qual, de 1975 a 1985, ocorreu queda evidente de exames positivos, passando de 15 - 16/mil para 3 - 4/mil. Houve um aumento da positividade dos exames de 1984 a 1985, segundo os autores, devido às migrações. Acrescentamos, também, o atendimento a pacientes de municípios vizinhos, que procuravam o serviço geralmente em fase já sintomática, logo, com grande positividade de Papanicolaou.

Paulínia, segundo o trabalho de ZEFERINO & PINOTTI, (1987), encaminhava relativamente, menos casos ao Hospital Universitário de referência, do que Campinas e

outras cidades da região, o que era esperado de um programa definido e persistente. Dados semelhantes foram observados por FIDLER *et al* (1968), do British Columbia. Os autores demonstram que os cuidados a um câncer *in situ* do colo tem um custo 5,7 vezes menor comparativamente ao do carcinoma invasivo.

Outra observação interessante a destacar é a constatação de uma taxa de abandono de 60%, durante o seguimento das mulheres portadoras de patologia cervical. Esta mesma taxa foi observada no presente trabalho, em relação às pacientes de Cosmópolis, em acompanhamento no Hospital da Mulher da UNICAMP.

A formação e treinamento adequados do pessoal ligado ao programa é um dos principais requisitos para o sucesso do mesmo. Seria a principal tecnologia a ser incorporada na sua estruturação. Novos e antigos trabalhos têm enfatizado este ponto. A incorporação de novas tecnologias limita-se à ampliação dos conhecimentos sobre a história natural da doença e, assim, de seus fatores de risco, não significando, necessariamente, novos equipamentos (KIVIAT, 1996). Esta autora descreve o que representa para o manejo dos casos, principalmente em termos da interpretação de imagens da colposcopia e dos exames citológicos, as lesões que o Papiloma Virus Humano provoca. Ele, atualmente, está associado ao desencadeamento das transformações neoplásicas observadas no epitélio do colo uterino. A autora, assim, enfatiza a importância do exame de Papanicolaou e sua complementação com a colposcopia e a biópsia, quando necessário.

Este mesmo tema repete-se, também, em trabalhos europeus. Dentre eles, um, no Reino Unido, avalia um programa, implantado há várias décadas, de prevenção do câncer do colo do útero, demonstrando que, nos últimos anos não tem havido redução significativa da incidência e discutindo a necessidade de mudanças para o futuro do programa. Estas agregariam novos métodos às leituras dos exames de Papanicolaou, como, por exemplo, programas de computadores para identificação de imagens suspeitas de forma automatizada, por fotografia cervical, e reconhecimento do DNA do Papiloma Virus Humano (HARAN *et al.*, 1990; RICHART, 1995).

Outros trabalhos, na Inglaterra, demonstram a preocupação com a coleta do Papanicolaou e sua leitura posterior, bem como com a interpretação adequada dos dados

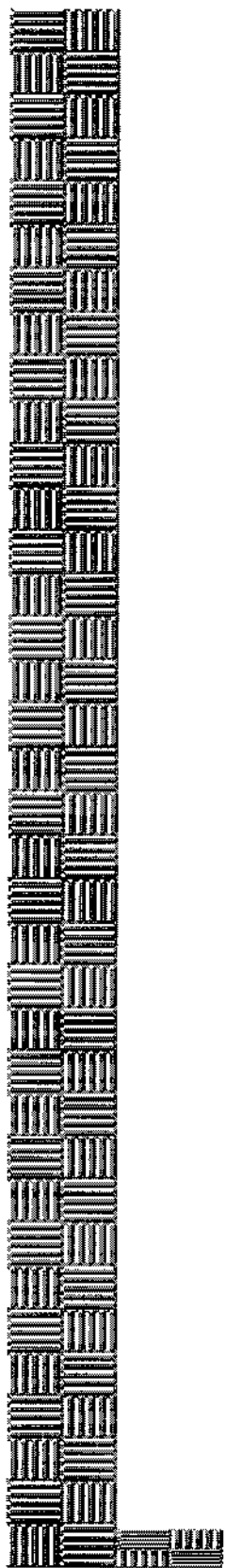
obtidos, para redirecionar o programa se necessário (ELKIND *et al.*, 1990). A mesma preocupação observa-se no trabalho de AVES *et al.*, (1991), quanto à qualidade dos laboratórios que realizam a leitura dos exames citopatológicos, propondo um trabalho de controle de qualidade para os laboratórios.

Uma outra tendência do programa de controle do câncer de colo uterino é a identificação dos grupos de risco, reconhecendo-se lesões em estágios precoces por meio de “screening” citológico (GUSTAFSSON *et al.*, 1995; WILKINSON, PETERS, HARVEY, 1994). Estes são procedimentos importantes na racionalização do uso do exame de Papanicolaou, também apontada no trabalho de ZEFERINO (1994), porém, a maior parte dos trabalhos pesquisados indicam este exame como a principal forma de detecção precoce do câncer de colo uterino, quando incorporado a um programa que tem como objetivo atingir grandes contingentes populacionais (SLATER, 1990; SEGNAN, 1994; DENTON, 1995; SASIENI, 1995; SOUTTER 1995; ROBERTSON & WOODEND, 1995; CAMPBELL, 1995; KOSS, 1995; ANTHONY & CLARKE, 1995; MACCARTNEY, 1995; SKEGG, 1995).

Quanto ao manejo da neoplasia intra-epitelial, alguns avanços têm sido apontados no sentido da simplificação dos procedimentos, muitas vezes abreviando o tratamento. Trata-se da utilização da alça eletrocirúrgica, que pode significar uma biópsia ampliada ou, de uma só vez, funcionar como tratamento final (FERENCZY; CHOUKROUN; ARSENEAU, 1996; GOLD, *et al.*, 1996). Um relato que mostra a simplificação da técnica no cuidado desta patologia é demonstrado para populações desassistidas da região ártica no Canadá, onde o médico de família procede à biópsia por alça, após colposcopia, supervisionado por ginecologista (MARTIN, *et al.*, 1995). Todos os trabalhos, porém, ressaltam a necessidade da capacitação para se interpretar os exames, principalmente o da colposcopia, para a indicação adequada do procedimento.

A colposcopia, a leitura dos exames colhidos pelo citopatologista e sua posterior interpretação pelo médico, configuram-se como questões centrais na organização de programas de controle do câncer cérvicouterino de alta efetividade. Isto significa que a principal tecnologia a ser incorporada ao programa, principalmente na fase de diagnóstico e

tratamento de boa parte das lesões, como o câncer *in situ*, é a capacitação do pessoal envolvido, dispensando, muitas vezes, a sofisticação de equipamentos caros, inacessíveis para muitos dos serviços brasileiros (FAÚNDES; PINOTTI; BACHA, 1987).



4. A construção do modelo assistencial do Município de Paulínia

Paulínia é um município de pequeno porte, com aproximadamente 40.000 habitantes, segundo estimativas, para 1995, do Ministério da Saúde, pertencente à região de Campinas e distante apenas 18 km desta. Tendo abrigado, no início da década de 70, a instalação da Refinaria da PETROBRÁS, (REPLAN), passou a ser um pólo de atração de novas indústrias do ramo químico e petroquímico, iniciando o processo de industrialização do município. Até 1964, ano de sua emancipação, Paulínia era um distrito agrícola de Campinas e, a partir da implantação da REPLAN, o município experimentou uma progressiva urbanização e industrialização (ANTONIO,1995). Estas transformações propiciaram um expressivo crescimento econômico ao município, gerando disponibilidade financeira para investimentos na área social, particularmente no setor de saúde.

Já em 1971, a Prefeitura do município de Paulínia firmou convênio de colaboração com a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade Estadual de Campinas. Este convênio tinha por finalidade o desenvolvimento do setor saúde com base na colaboração técnica das duas instituições, mas, principalmente, da universidade, que se empenhou por intermédio do trabalho de seus técnicos, divididos entre as atividades na universidade e no município, para a construção de um campo de ensino, pesquisa e assistência. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) colaborou no acompanhamento técnico do desenvolvimento do sistema local de saúde, com alguns recursos humanos e materiais.

A Secretaria Estadual da Saúde representou, de certa forma, um papel de mediadora entre as demandas da Prefeitura do município e as da universidade, ganhando importância, principalmente, a partir de meados da década de 80, quando a diferenciação do modelo assistencial exigiu, cada vez mais, a adoção de medidas técnicas que permitissem o crescimento do modelo, tanto do ponto de vista da abrangência das ações junto à população crescimento, quanto com relação à melhoria da qualidade da atenção. Este papel foi assumido, no princípio, mais pela universidade e, aos poucos, o município foi cumprindo, também, seu papel de formulador na organização do sistema de saúde. Porém, este sempre foi um ponto de certo conflito entre as duas instituições, já que a prefeitura, desejando dividendos políticos com o setor, por vezes esbarrava nas necessidades técnicas detectadas pela universidade.

Inicialmente, o envolvimento maior por parte da universidade aconteceu por meio dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e de Pediatria, sendo que o primeiro vinha de experiências extramurais anteriores e identificou, em Paulínia, a possibilidade do desenvolvimento de um sistema local de saúde, o qual pudesse, também, produzir um trabalho próximo à comunidade, principalmente nos campos da proteção e promoção da saúde. Desta forma, o trabalho inicial da universidade no município, por intermédio destes dois departamentos, tinha uma característica de atividades desenvolvidas dentro e fora da unidade de saúde, para além do enfoque apenas individual do processo saúde-doença, incorporando a necessidade de uma abordagem social, com propostas de cuidados à saúde nas esferas do indivíduo e da comunidade (ANDRADE, 1995). Sem negar a necessidade do atendimento individual, colocava grande ênfase na educação em saúde e no desenvolvimento comunitário.

Em meados da década de 70, o departamento de Medicina Preventiva e Social sofreu uma forte crise interna e dentro da própria universidade, o que provocou uma cisura na equipe do Projeto de Paulínia, com perda de muitos docentes, principalmente dos idealizadores do projeto de Medicina Social em desenvolvimento no município, criando um vácuo de propostas e de rumos para a atuação extramural da universidade. Neste período, o projeto voltou-se para a realização de um trabalho intramural, centrado nos programas tradicionais desenvolvidos pela rede de Centros de Saúde da SES/SP.

Não houve mudança significativa na atuação do departamento de Pediatria, em Paulínia, após a crise sofrida pela Medicina Preventiva e Social, considerando as atividades de ensino, havendo inclusive uma ampliação do trabalho, com o treinamento, também, de residentes de primeiro e segundo ano. Houve, neste período, algumas iniciativas de implementação das atividades de outros departamentos da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, como de Clínica Médica e o de Tocoginecologia, porém, sem grande sucesso, já que se mantiveram por pouco tempo. A partir de 1977, com a criação da disciplina de Medicina Comunitária, enquanto matéria curricular do Internato, surgiu a necessidade de se estabelecer de corpo docente e conteúdos próprios, ainda que ocupando uma presença pontual no currículo médico. Este foi um período caracterizado pela falta de articulação do estágio dos alunos nas práticas extramurais, pela ausência de docentes com

maior vinculação ao projeto e pela falta de coordenação das atividades docentes-assistenciais pela escola médica (ANDRADE, 1995).

Principalmente nesta fase da estruturação do projeto, as questões ligadas à viabilização do ensino médico tinham vinculação com as atividades assistenciais desenvolvidas ou implementadas em Paulínia. A presença sempre constante do departamento de Pediatria garantiu uma evolução permanente e segura na área de atendimento à população infantil do município, com um investimento que justificou o desenvolvimento do estágio da residência médica. Já a área de tocoginecologia, desenvolveu-se mais tarde e com algumas inconstâncias. O departamento de Medicina Preventiva, neste período, garantiu a atenção aos adultos, o que se manteve nos anos seguintes.

Em geral a preocupação era a de se estruturar o atendimento de forma a responder às necessidades da população do município e é desta época (P.M.P./C.S.E., 1977) um relatório técnico da área de tocoginecologia, que exemplifica este cuidado. Este documento mostra como os profissionais da área estavam enfrentando as questões da demanda da época.

O relatório traz uma detalhada descrição dos recursos humanos e materiais de que o setor dispunha e, já naquela época, valorizava muito a incorporação de uma enfermeira e uma auxiliar de saúde à equipe, que contava com uma visitadora e uma atendente de enfermagem, sendo, segundo o relatório, importante constituir uma equipe responsável pelo atendimento da população feminina do município. Esta é uma característica que se repete durante o desenvolvimento da área, na qual a presença de outros profissionais não-médicos desempenhava papel importante na estruturação dos programas e na extensão da cobertura.

A partir deste inventário inicial, as atividades da equipe são descritas e, como a incorporação das duas profissionais havia ampliado as possibilidades de atendimento da área, diminuindo a demanda reprimida de pacientes, o serviço foi estendido para gestantes de baixo e médio risco, bem como o trabalho no sentido de se evitar situações de risco durante a gravidez; atenção ginecológica, com ênfase na prevenção do câncer de colo

uterino e mama, e algumas orientações de planejamento familiar. Todas as atividades clínicas individuais estavam mescladas com ações educativas, desenvolvidas pela equipe de enfermagem. Assim, o atendimento proposto abrangia mais pessoas, no caso das gestantes, também se responsabilizando por aquelas que apresentassem riscos passíveis de serem acompanhados no nível primário, além de iniciar o programa de prevenção do câncer do colo uterino e de mama e as atividades do planejamento familiar.

Conforme o relatório da época, isto foi possível devido à agregação das profissionais de enfermagem à equipe, potencializando o trabalho do médico, que, sozinho, não conseguia ampliar a cobertura, fazendo-o, entretanto, graças ao atendimento conjunto, supervisionando e capacitando estes profissionais por meio das discussões de casos. As outras atividades que ficaram evidentes foram as educativas, com grupos de gestantes e individualmente, e as de vigilância dos casos de risco para pré-natal ou patologia cervical, que permitiram ao município de Paulínia um bom controle sobre estas ocorrências e, em especial as de patologia cervical, mesmo quando o serviço não tratava clinicamente as pacientes diagnosticadas, mas acompanhava o seguimento que o hospital da UNICAMP fazia, de forma a colaborar com a localização e convocação das mulheres sempre que necessário.

Já nesta época, as equipes das áreas técnicas e a gerência desejavam fazer uma diferenciação do atendimento oportuno, quando da necessidade do paciente e do pronto-atendimento. Este surgiu para estender a cobertura nos serviços públicos, conveniados e privados, em meados da década de 70, visando atender a demanda crescente por serviços médicos. Porém, com uma característica, que foi a ausência de acompanhamento ou vínculo do paciente com o serviço, acabando por comprometer o desenvolvimento de um sistema de saúde eficaz. Com isso a baixa resolutividade destes serviços acabou sendo, também, uma de suas principais características, ocasionando a reverberação da clientela no sistema e o desperdício de recursos.

Nesta forma de atendimento, chamado de oportuno, que a equipe de Paulínia desenvolvia na rede de saúde, também havia a preocupação com a extensão da cobertura, porém, com o objetivo do acompanhamento do paciente e não apenas da atenção episódica.

Este atendimento também deveria ter a característica de ser resolutivo, ou seja, dar resposta ao agravo sentido pelo paciente e, também, ao percebido ou diagnosticado pelo profissional de saúde.

Com a incorporação das profissionais de enfermagem à área, houve ampliação dos horários de atendimento. A equipe de enfermagem assumiu os cuidados mais simplificados e os executava nos dois períodos de atendimento, o médico clinicava apenas pela manhã. Isto possibilitou que a atenção fosse ampliada de 60 a 70%, chegando a 100% no caso da oferta de atendimentos em ginecologia, conforme mostra o relatório. Isto em resposta à situação de repressão de demanda, quando se chegava a esperar 30 dias para conseguir uma consulta em ginecologia ou obstetrícia.

Estes atendimentos eram acompanhados por doutorandos da escola médica, segundo o relatório. Conforme estimativas feitas, a cobertura de pré-natal chegou a 66% e houve significativa melhora na do exame de Papanicolaou na prevenção do câncer de colo uterino. Estes e outros dados constantes no relatório ilustram como, já naquela época, o pessoal da área técnica dominava as atividades básicas de planejamento e organização dos serviços, de forma a responder melhor às necessidades da população atendida, bem como otimizar os recursos humanos e materiais disponíveis, permitindo que os profissionais pudessem desenvolver o seu melhor potencial.

O relatório seguinte é de 1978 (P.M.P./C.S.E., 1978) e vai mais adiante na avaliação das atividades da área de tocoginecologia. Primeiramente, o relatório traz um detalhamento de como os profissionais viam a área e seus objetivos gerais e específicos. O propósito deste relatório era justificar a necessidade de ampliação do número de profissionais e, para tanto, foi feita uma caracterização minuciosa da área e das atribuições de cada categoria profissional.

O serviço que fazia a atenção em pré-natal, em ginecologia, com a prevenção do câncer de colo e mama, e em planejamento familiar, desenvolvia atividades de pré-consulta, momento no qual os dados gerais das pacientes eram tomados; consulta médica ou de enfermagem e pós-consulta, quando eram exercidas as ações educativas na unidade de

saúde. Neste momento era, também oferecido às gestantes um complemento alimentar, o gestal.

Outro ponto ressaltado no relatório era o da integração com o atendimento mais complexo oferecido pelo Hospital das Clínicas da UNICAMP. Isso era fundamental, principalmente para as pacientes nas quais era diagnosticada alguma patologia do colo uterino ou mama e que, na maioria das vezes, não podiam ser acompanhadas somente no serviço de saúde do município.

O relatório termina, informando à direção do Centro de Saúde-Escola sobre suas possibilidades de atendimento na época. Qualquer incremento no sentido de ampliar as coberturas de pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino, planejamento familiar ou atendimento ginecológico geral necessitaria de ampliação da equipe, com contratação de novos profissionais.

No final da década de setenta e início da de oitenta, o projeto extramural da universidade foi retomado de forma mais definida. Havia uma clara tendência ao desenvolvimento da assistência médica e da elaboração e experimentação de novas formas de organização dos serviços de saúde, seguindo as discussões da época (PREV-SAÚDE), em âmbito nacional, sobre os rumos da prestação de serviços com a crise do sistema previdenciário, enfatizando na extensão de cobertura.

Nesta época, Paulínia foi retomada como um projeto de ensino, assistência e experimentação mais bem definido, que foi implementado pelo novo diretor do CSE, disposto a imprimir características de retomada da atividade formuladora, perdida com a desagregação da equipe idealizadora do campo de práticas extramurais da FCM/UNICAMP, em meados da década de setenta.

No trabalho de ANDRADE, (1995), que reconstitui a experiência de Paulínia desde seu início e, mais precisamente, o trabalho extramural da FCM/UNICAMP, podemos perceber claramente os objetivos que permeavam o projeto naquela época. A equipe retomou a capacidade formuladora e de experimentação de sistemas locais de saúde, em

sintonia com o que vinha ocorrendo nacionalmente e com a perspectiva de proposição de soluções para os problemas assistenciais da época.

A autora salienta em seu trabalho, que a preocupação dominante da direção do CSE era que o projeto representasse um avanço dentro das possibilidades da época, considerando o Estado de São Paulo e os outros centros de saúde escola. Havia o desejo que Paulínia se encaixasse numa estratégia global, na qual pudesse contribuir com uma proposta de modelo assistencial realista e reprodutível.

Neste período, a Prefeitura Municipal passou a assumir também o papel de formuladora da política local de saúde, principalmente no que se referia à constituição de uma rede de saúde, ampliando o número de unidades básicas para bairros mais distantes do Centro de Saúde-Escola ou para aqueles muito populosos, iniciando a discussão sobre a oportunidade da construção de um hospital geral.

ANDRADE (1995) identificou, neste período, as diretrizes formuladas pela coordenação do CSE para a esfera assistencial e que constituíram a base de formulação da organização dos serviços de saúde, até o período mais recente. Eram elas:

- a) extensão de serviços médico- sanitários de boa qualidade e de urgências ambulatoriais a toda população;
- b) organização e funcionamento de serviços integrados, nos aspectos preventivos e curativos e entre órgãos afins;
- c) inclusão, na cobertura, da parcela da população com menos acesso aos serviços de saúde;
- d) adequação funcional do potencial do CSE e do Pronto-Socorro às necessidades da população, não utilizando métodos cuja sofisticação seja desnecessária, mas, sim, aqueles simples e de boa qualidade;
- e) participação de toda a equipe de saúde na formulação dos programas e conhecimento dos mesmos pela população;

- f) ativação e reorganização das atividades extramurais, com subprogramas destinados aos pré-escolares, à população das fazendas, aos trabalhadores das indústrias locais e outros, envolvendo o treinamento de professores da rede escolar, de agentes de saúde nas fazendas e indústrias, assim como a implantação de minipostos em núcleos populacionais;
- g) atuação, junto a outros órgãos públicos, no sentido de melhorar as condições que elevam o nível de saúde, como saneamento básico, moradia, armazenamento e distribuição de alimentos de primeira necessidade.

Estas diretrizes encerram preocupações com a extensão da cobertura; a facilitação do acesso aos serviços, buscando o desenvolvimento de atividades extramurais; a integralidade das ações, com a integração das de cura e prevenção; a questão da saúde-doença vista para além do serviço de saúde, procurando atuar junto a outros órgãos públicos, e dois outros pontos fundamentais para a consolidação de serviços de saúde de qualidade. São eles: a incorporação tecnológica simples e de boa qualidade, evitando a medicalização e buscando o melhor rendimento possível com os recursos disponíveis, e a participação de toda a equipe na formulação dos programas, democratizando os saberes médico-sanitários para a população, por meio de programas educativos, executados, principalmente, com base nas atividades extra-serviços de saúde.

Estes dois últimos pontos foram os que deram uma característica marcante ao modelo de Paulínia, fundamentado nos serviços organizados segundo os princípios da universalidade e integralidade das ações. Colocaria como anterior à questão da incorporação tecnológica criteriosa, a da participação de toda a equipe na formulação dos programas. Isto possibilitou uma maior responsabilidade dos profissionais envolvidos nos cuidados de uma determinada população, bem como a maior circulação de conhecimentos técnicos nas equipes que atendiam um seguimento, entre aquelas trabalhando com grupos populacionais diferentes e destas com a gerência do serviço. Iniciou-se, nesta oportunidade, a organização das ações de saúde, de forma participativa, entre a gerência do serviço e as equipes técnicas, o que se denominou de planejamento matricial. Com base nas

necessidades da população, epidemiologicamente determinadas, as equipes técnicas formulavam sua resposta a estas demandas.

Esta experiência mostrou-se especialmente relevante com o pessoal de enfermagem, que foi, gradualmente, assumindo maiores responsabilidades com relação ao atendimento individual supervisionado pela equipe médica, constituindo-se de grande importância para a consolidação dos programas desenvolvidos pelas áreas técnicas dos serviços de saúde. Os profissionais de enfermagem eram identificados como fator de estabilidade das equipes, uma vez que, ao contrário dos médicos, sempre tiveram permanência mais prolongada nos serviços e, desta forma, era possível dar continuidade aos projetos assistenciais e, por conseguinte, ampliar as perspectivas do ensino e da pesquisa. Esta concepção de que os profissionais de enfermagem poderiam assumir novas funções, inclusive algumas das tradicionalmente exercidas pelos médicos nos atendimentos conjuntos, permitiu que se estendesse os cuidados de saúde àqueles que não tinham anteriormente acesso e, a partir disso, percebeu-se melhora significativa dos indicadores de saúde do município.

Estes profissionais também facilitavam o vínculo entre a clientela e o serviço, que, por ser escola, convivia com a rotatividade natural dos alunos. Desta forma, o vínculo do paciente fazia-se com o serviço e era mediado pelos profissionais da área de enfermagem e pelos docentes. Assim, sempre foi fundamental e muito valorizada a anotação nos prontuários dos pacientes, de forma a permitir que as informações estivessem sempre à disposição no momento de cada atendimento, não se perdendo a característica de qualidade do seguimento.

Os prontuários eram, assim, instrumento importante no acompanhamento dos pacientes e também se mostravam eficazes na avaliação dos profissionais dos serviços, do ponto de vista técnico, de compreensão do seu papel dentro do sistema, na medida em que muito do seu empenho e compromisso com os pacientes poderia ser identificado, bem como de sua postura com relação às informações contidas nos prontuários, colaborando na organização dos serviços de saúde.

A construção de um sistema local de saúde foi se desenvolvendo dentro dos princípios citados acima e do aprofundamento e discussão dos mesmos, que, nos últimos anos vinham sendo objeto de reflexão dos técnicos envolvidos neste processo. Com base no que a equipe vinha discutindo a respeito da organização deste sistema local de saúde, destacamos alguns pontos identificados como marcantes naquele modelo assistencial (SANTIAGO, 1993):

1 - A questão da área física das unidades: durante o trabalho em Paulínia, evidenciou-se por meio da experiência prática, a idéia de que a área física de uma unidade de saúde deveria abrigar um determinado processo de trabalho. Uma grande unidade de saúde pode abrigar atividades de atendimento modestas e isto ficaria a cargo da equipe que estivesse utilizando este espaço ou da política de saúde local, a qual determinaria sua missão. Por outro lado, dificilmente uma área física pequena é capaz de abrigar um processo de trabalho mais complexo e resolutivo em saúde, sem que haja desgaste da equipe na utilização do pouco espaço físico existente.

A discussão partia do fato de que a equipe de saúde, por ser o principal recurso na organização de serviços, em conjunto com a gerência do mesmo, podia planejar uma abordagem integral da população. Se a equipe estiver capacitada para um trabalho mais complexo, para a resolução de problemas de saúde, ajudada pela composição multiprofissional, esta tarefa pode ser melhor efetuada nas condições que permitam o desenvolvimento de tal processo de trabalho mais complexo, o que incluiria uma área física adequada. “ Uma boa estrutura leva a um bom processo e este por sua vez, a um bom resultado” (Vuori, 1991). Como estrutura, não se considera apenas a área física, mas todos os elementos que, num serviço de saúde, concorrem para o seu funcionamento.

Isto não quer dizer que apenas em unidades grandes existe a possibilidade do desenvolvimento de atividades resolutivas em saúde, porém, uma área pequena poderá abrigar uma equipe também pequena, logo, um processo de trabalho mais simplificado, menos resolutivo do ponto de vista da abordagem de todos os agravos incidentes na população, assim, comprometendo o alcance da integralidade.

Como relação mais complexa na unidade de saúde, estaria se compreendendo o trabalho em equipe, não atividade isolada dos profissionais, principalmente os médicos, estando em contato e sob a avaliação das outras áreas de assistência e, também, dos profissionais não-médicos do serviço. Além disso, a equipe teria como uma de suas atividades, a organização explícita do seu próprio trabalho, em concordância com as diretrizes do sistema de saúde e voltada para os interesses da população a ser atendida.

Para alcançar a resolutividade necessária à satisfação das demandas por atendimento, unidades menores e menos complexas são, em geral, mais dependentes de níveis de maior complexidade. Como, no Brasil, a questão do financiamento do sistema de saúde é sempre crítica, há que se avaliar qual a estratégia economicamente mais viável: um nível básico de atenção com estrutura complexa e mais resolutivo, ou o contrário, acanhado e com equipes simplificadas trabalhando de forma menos resolutiva, logo, dependente de níveis mais complexos de atenção para completar as necessidades de ações principalmente curativas. As ponderações da equipe de Paulínia, com relação a estas questões, são de que estas definições deveriam ser feitas com base na missão organizacional proposta para a unidade de saúde e para esta no interior do sistema como um todo.

Em Paulínia, a opção foi buscar o esgotamento da capacidade resolutiva de cada nível de assistência, principalmente do primário de atenção, cujo processo de trabalho encontrava-se mais próximo da população, desta forma, sujeito a sua regulação. Foi também neste nível de atenção que os profissionais puderam inovar na busca do controle, tratamento e prevenção das doenças mais prevalentes, a um custo racional para o sistema, sem que isto significasse perda de qualidade.

O hospital geral do município, salvo por algumas distorções causadas pelo seu pronto-socorro, que também funcionava como porta de entrada do sistema, principalmente para pacientes de outros municípios (40% da demanda), destinava-se a complementar as ações iniciadas na rede básica, sempre de forma temporária, pois a base das operações em saúde era o nível primário.

A necessidade de esgotamento das possibilidades da capacidade resolutiva do nível primário de atenção norteava as discussões sobre a área física das unidades de saúde.

No entanto, nem sempre foi possível dimensionar primeiro as ações baseadas nas reais necessidades de uma determinada população, para depois se decidir que área física seria necessária e facilitadora, não um fator limitante do projeto. A realidade das equipes de saúde, foi muitas vezes, a do trabalho em ambientes esgotados, do ponto de vista de sua área física, e era freqüente o redimensionamento das ações, por serem realizadas em unidades de áreas inadequadas, insuficientes e limitantes para o desempenho de equipes de composição variada e que desejassem responder aos problemas de saúde da população assistida. Porém, essa realidade trouxe oportunidades importantes para que os profissionais pudessem refletir sobre esta e outras questões envolvendo o desempenho dos serviços de saúde.

2 - A integralidade das ações: a preocupação com o atendimento integral envolve a concepção da múltipla abordagem de uma determinada necessidade em saúde. Para o cumprimento deste princípio fundamental da atenção em saúde, a equipe de Paulínia considerava a necessidade de que fundamentar os atendimentos nos conhecimentos da clínica e da epidemiologia. Pelo lado da clínica, integrando os conhecimentos de variadas especialidades na abordagem de um problema, sempre que preciso. Para tanto, haveria a necessidade do trabalho conjunto de especialistas de várias áreas, com a disposição da complementaridade nos atendimentos, potencializando a capacidade resolutiva do atendimento individual.

Os conhecimentos da epidemiologia teriam por finalidade trazer a dimensão das relações sociais de interesse para o caso, tanto do ponto de vista de seu melhor acompanhamento, como das implicações que pode ter na coletividade. Porém, não devendo significar apenas o reconhecimento de comportamentos de “risco” para corrigí-los, mas a identificação de relações sociais de risco, muito freqüentemente as produtivas, que colocam em perigo a saúde das pessoas. Sempre com o compromisso social de tentar modificar estas relações que podem significar risco para a coletividade.

A equipe que desempenha a tarefa de produzir e interpretar as informações epidemiológicas deve se mesclar ao restante do pessoal técnico, de forma a que os dados

produzidos e os conhecimentos específicos da área epidemiológica circulem pelo serviço de saúde e que todos possam interpretá-los e posicionarem-se em relação a eles.

3- A acessibilidade funcional: este conceito é utilizado no sentido da facilitação do acesso da clientela, mas não só. O acesso funcional, enfatizado pela equipe, vai além de privilegiar a entrada no sistema, visa facilitar o alcance de recursos resolutivos para os problemas de saúde de uma determinada população. Se não há recursos suficientes para que, próximo às moradias de um determinado grupo populacional, possa-se manter uma unidade de saúde minimamente resolutiva, mas apenas uma pequena unidade oferecendo cuidados insuficientes às necessidades, melhor seria concentrar tais recursos em uma unidade, por vezes mais distante geograficamente, porém, capacitada a dar respostas eficazes aos agravos daquele e de outros grupos, mantendo o acesso aos cuidados e também à tecnologia adequada.

Nisso está embutido o conceito de racionalização, no sentido de se oferecer os cuidados necessários para a resolução de problemas e como já afirmamos anteriormente, esgotando a capacidade resolutiva de cada nível de assistência, evitando a reverberação de pacientes em diversos serviços e de vários níveis.

4- Capacidade resolutiva: esta costuma ser o principal motivo para a procura por um serviço de saúde pela clientela. Ela engloba vários conceitos dentro da discussão da qualidade da atenção prestada. De um modo geral, esta capacidade de resolver problemas de um serviço de saúde depende, inicialmente, da tarefa que foi dimensionada para uma unidade de saúde, de seu corpo técnico e do motivador para este dimensionamento: se as necessidades da população, epidemiologicamente determinadas; se por quantidade de recursos; por necessidades políticas, ou, talvez, por uma combinação destes motivos.

Se a existência de uma unidade de saúde tem como motivação principal as necessidades da população, a capacidade de resolver problemas estará relacionada ao tamanho adequado da equipe de saúde, de composição multiprofissional, para que o dimensionamento dos problemas e das soluções seja apropriado e as condições de trabalho sejam boas. Isto significa uma incorporação tecnológica criteriosa e apropriada para cada nível de assistência.

Discutia-se, em Paulínia, que o comando deste tipo de serviços mais resolutivos deve estar a cargo de um estilo de gerência que permita a participação dos vários atores envolvidos, facilitando o diálogo entre as atividades clínicas e de saúde pública e o envolvimento da população na resolução dos seus problemas de saúde.

5- As equipes: na avaliação dos profissionais que trabalhavam no sistema de saúde de Paulínia, a equipe é o fator principal na discussão da qualidade da atenção prestada, bem como o ponto de partida para a incorporação de tecnologia na área de saúde. A questão inicial, novamente, deveria ser gerencial, à medida que, com base no desenho de organização dos serviços para atenderem a determinadas necessidades em saúde da população, iria se definir o perfil dos profissionais que serviriam a estas demandas por atendimento.

Esta definição das tarefas das equipes costuma ser motivadora para o desempenho dos profissionais, desde que haja espaço para a resolução conjunta, gerência e equipe técnica, dos problemas surgidos em um determinado grupo populacional. Avaliava-se que o bom desempenho das equipes ia além da questão salarial, tendo, também, como motivador a participação nas atividades de diagnóstico de saúde da população; na organização de serviços adequados para responder às necessidades desta; na avaliação das ações prestadas; no dimensionamento e retificações, ou ampliações, necessárias no sistema.

Uma questão importante na discussão sobre as equipes de saúde é a possibilidade de para uma determinada área técnica, elas constituírem-se como únicas, ou seja, na medida do possível, os profissionais poderem desempenhar suas funções nos vários níveis assistenciais de um sistema local de saúde. Principalmente para os profissionais médicos e de áreas cirúrgicas, esta se mostrou ser uma prática que permitia grande estabilidade das equipes, pois funcionava como fator de atração e fixação dos mesmos, bem como um implementador da qualidade da atenção prestada, porque os profissionais responsabilizavam-se mais facilmente pela solução dos agravos individuais e, também, das questões gerenciais que surgiam.

Mesmo quando não fosse possível a constituição de equipes únicas para desempenhar as tarefas assistenciais, que pelo menos elas fossem únicas para o planejar e

organizar as ações de saúde, a fim de que todos pudessem partilhar os problemas comuns e os específicos de cada nível assistencial e que as soluções encontradas estivessem acordadas e assumidas pela equipe como um todo.

Outra questão fundamental é o desenvolvimento de uma política de capacitação e avaliação da equipe de saúde. O sistema local de saúde teria como redimensionar sua responsabilidade frente à clientela, baseando-se num programa de capacitação que visasse ampliar os horizontes assistenciais de uma equipe. Este sistema poderia se desenrolar tanto no trabalho cotidiano, como em cursos programados, que ampliariam a capacidade das equipes para resolver problemas das equipes, bem como aumentariam a segurança na resolução de questões cotidianas, permitindo que os profissionais abrissem várias frentes de atuação nos campos da promoção, proteção e recuperação da saúde para uma determinada população.

O tamanho adequado desta equipe e sua composição variaria conforme o dimensionamento da complexidade das ações que a unidade de saúde se propusesse a oferecer. Porém observava-se que equipes maiores, de composição multiprofissional e envolvidas com as tarefas de organização das ações de saúde, mostravam-se muito resolutivas em comparação com equipes mínimas e de composição limitada. Consideravam-se vantajosas a descentralização das ações e a regionalização dos serviços, porém, guardando uma composição mínima para que a equipe mantivesse a qualidade e suficiente capacidade de resolver os problemas de saúde da população, principalmente no nível primário de atenção, no qual, muitas vezes, o serviço organiza-se com tal simplicidade e ineficácia, que acaba provocando a procura por outros níveis de atenção mais resolutivos, desorganizando e encarecendo o sistema, à medida que é um responsável pela reverberação da clientela.

Ainda com relação à composição da equipe de saúde considerou-se importante a participação de algumas especialidades estratégicas em unidades básicas, porém, de estruturação mais complexa. Estas especialidades a compor as equipes variariam conforme as necessidades de cada região. Em Paulínia, foram incorporados especialistas como cardiologista, dermatologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, ortopedista e

cirurgiões gerais, incluindo um urologista. Estes mantinham atividades nos níveis primário e secundário de assistência.

A equipe considerava o trabalho do especialista como um diferenciador da qualidade da atenção, desde que não ocorresse de forma isolada, apenas no atendimento de casos referidos pelos médicos das áreas básicas, mas que estivesse subordinado a elas. Uma das principais tarefas dos especialistas seria a capacitação das equipes, qualificando a atenção nas áreas básicas e prevenindo os encaminhamentos desnecessários para as especialidades.

Este convívio com os especialistas mostrou-se muito produtivo na capacitação, em serviço, dos profissionais das áreas básicas, inclusive os não-médicos, ampliando sua capacidade resolutiva e estabelecendo, em conjunto, quais os limites de atuação do generalista e do especialista que mais interessam à satisfação das demandas por atenção em saúde da população. Ao contrário do que acreditam muitos planejadores, que o convívio com as especialidades pode piorar a qualidade da atenção das áreas gerais, em Paulínia isso mostrou-se útil justamente na ampliação da autonomia das mesmas, porém, com atividades previamente bem definidas pelas equipes e reavaliadas, em conjunto com os especialistas, no trabalho cotidiano.

6- Serviços de apoio: com relação a eles, considera-se que têm a possibilidade de representar um passo importante na direção da construção de sistemas locais de saúde resolutivos, à medida que podem contribuir para o incremento da resolutividade com qualidade para o sistema.

Estes serviços, no entanto, devem ser de fácil acesso e, sempre que possível, este contato deve ocorrer através dos serviços de saúde, por estarem mais próximos da clientela; devem, também, ser rápidos nos seus resultados, para que não sejam fator de lentidão do sistema e devem ter confiabilidade técnica.

A discussão sobre trabalho integrado das equipes que compõem o sistema de saúde, engloba o pessoal dos serviços de apoio, que não deve trabalhar descolado dos que prestam atendimento direto à população. Estes serviços de apoio geralmente não sofrem a

pressão da clientela, isso pode conduzir a uma organização interna que leve mais em conta os interesses da equipe do que os da população usuária, por exemplo, com relação à agilidade nos resultados dos exames e à burocracia que destes serviços.

Um outro fator considerado importante para o trabalho integrado das equipes de apoio diagnóstico e terapêutico é a participação no gerenciamento do sistema de saúde, com contato próximo às outras equipes que trabalham diretamente com a população e geram a demanda de serviços para o SADT. Neste sentido, foi considerada interessante a formação de uma comissão de avaliação do trabalho com representantes dos dois lados, para o aprimoramento do SADT e também das equipes clínicas, para a pertinência das solicitações dos exames e terapêuticas, contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura institucional contrária ao desperdício no sistema.

A equipe tem, então, a oportunidade de contribuir para a discussão sobre a incorporação tecnológica necessária ao desenvolvimento de serviços com as características de atender às necessidades da população.

7- Os prontos-atendimentos e a medicalização: constata-se que, desde a década de 70, esta vem se constituindo a principal forma de atendimento da população e que a maior justificativa para este tipo de serviço é a garantia de acesso fácil. Porém, por trabalharem muito frequentemente com 'queixa-conduta', na qual a identificação de uma hipótese diagnóstica encerra a consulta (SCHRAIBER, 1990), a possibilidade de um cuidado resolutivo para os casos que demandam atenção é discutível, já que não privilegiam a abordagem integral do paciente. Isso geralmente provoca a medicalização exagerada dos doentes, a baixa resolutividade e conseqüente reverberação no sistema de saúde, o que, ao contrário de solucionar problemas, pode torna-lo desorganizado e oneroso.

A discussão entre os técnicos de Paulínia, a respeito do pronto atendimento, era sobre as vantagens da agilidade e do acesso fácil, logo, os serviços deveriam incorporar estas características, porém, com acompanhamento dos casos, conforme a concepção da integralidade, permitindo a resolução dos mesmos e evitando a medicalização. Este acompanhamento dos casos permite ao paciente aumentar sua confiabilidade no serviço, portanto, sua adesão aos cuidados, fator importante para evitar a peregrinação da clientela

pelos vários pontos do sistema de saúde e pelos diferentes níveis de complexidade, racionalizando o uso do mesmo.

Esta é uma transformação necessária, pela qual deveriam passar os prontos-atendimentos, porém, reconhecia-se que as equipes precisariam estar capacitadas para o trabalho na perspectiva de uma abordagem mais geral do paciente, do ponto de vista da situação social dele, mas, ao mesmo tempo, mais profunda nas investigações, diagnósticos e nos conhecimentos dos fatores que interferem nos cuidados de um determinado agravo.

8- Hierarquização: a equipe a considerava necessária na organização do sistema de saúde e para uma utilização mais racional do mesmo. Porém, o que se observa no sistema de saúde, no Brasil, é uma valorização diferente para os diversos níveis de assistência. Enquanto o setor hospitalar tem recebido maior prestígio e investimentos, o nível primário de atenção, que deveria ser a porta de entrada e local privilegiado para a resolução da maioria das necessidades da população, ressentia-se com a falta de recursos e, geralmente, desenvolve seu trabalho em condições precárias.

Da maneira como se encontra hoje organizado o nível primário de atenção, sua função não tem sido outra além da de triadora para os outros níveis de assistência, dada sua baixa capacidade resolutiva. Esta, na maioria das vezes, parece não ter uma definição exata do seu papel no sistema e tem ido pouco além do que a prática tradicional dos prontos-atendimentos de baixa capacidade resolutiva permite, já que estes incorporaram tal prática como forma de suprir à demanda populacional por atendimento.

Com base na capacidade resolutiva que se deseja para cada um dos níveis, poderia ser discutida a incorporação tecnológica, de equipamentos e conhecimentos técnicos, necessária para que isso seja alcançado. Em Paulínia, trabalhou-se com uma capacidade resolutiva, para o setor primário, em torno de 85% dos casos atendidos e, em conjunto com o nível secundário hospitalar do próprio município, esta capacidade chegou a 95%. A discussão sobre a definição de capacidade resolutiva necessária e as competências para os níveis de assistência foi possível para aquele sistema de saúde local e foi fundamental na sua organização, mostrando-se eficaz no cuidado à população. Quanto aos custos do sistema, que, em 1993, era da ordem de US\$ 150,00 por habitante por ano, este

tipo de definição de competências e valorização do nível primário de atenção, mostrou-se economicamente viável para o município.

A modificação dos indicadores de saúde do município ocorreu, principalmente, com a organização do nível primário de assistência, no qual se buscou sempre a superação da sua capacidade resolutiva. Um indicador que ilustra bem esta forma de organização, é a evolução do coeficiente de mortalidade infantil de 1970 a 1993 (Anexo, dados da Vigilância Epidemiológica do Município de Paulínia).

Em 1970, este coeficiente ultrapassava 100 mortes por mil. Em 1973, com a organização da atenção primária em curso, esta taxa era da ordem de 50 por mil. Em 1986, com a rede primária já bem desenvolvida e organizada, a mortalidade infantil do município era de 15 por mil e, em 1993, este coeficiente mantinha-se entre 16 a 17 por mil nascidos vivos.

Desde o início da década de setenta, o município também investiu muito no saneamento básico, paralelamente ao desenvolvimento do nível primário de assistência, o que, de forma conjunta, contribuiu para a modificação de indicadores de saúde, como o coeficiente de mortalidade infantil. Porém, nota-se que, desde a época da inauguração do hospital geral do município, em 1986, não houve modificação significativa nos indicadores de saúde, como o coeficiente de mortalidade infantil.

9- A comunicação dos serviços com os pacientes: uma das discussões entre os técnicos era sobre uma das principais tarefas dos serviços de saúde, que seria a de auxiliar os pacientes na compreensão do processo saúde-doença, com a perspectiva de desenvolver a consciência sanitária da população e favorecer uma maior autonomia com relação aos serviços de saúde, bem como proporcionar uma utilização mais criteriosa dos mesmos.

Os conceitos que permeiam a organização e gerência dos serviços de saúde devem estar à disposição da população e dos usuários, para o melhor entendimento das suas funções e suas limitações. Isso auxiliando numa participação mais efetiva nos conselhos de saúde, com vistas à construção e defesa da organização de serviços de saúde efetivos e de qualidade nos cuidados à população.

Apesar do reconhecimento da importância desta atividade e seu significado para a defesa dos serviços de saúde, bem como de sua estruturação conforme os anseios da população que seria parceira na organização, não se conseguiu, efetivamente, seu desenvolvimento, de forma que esta sempre foi uma fragilidade do sistema de saúde. Não se contava, na equipe, com profissionais que pudessem auxiliar na implantação de atividades integradoras com a comunidade, ao contrário do pessoal participante dos primeiros anos do projeto. Nos últimos 15 anos, os profissionais que participaram do desenvolvimento do sistema de saúde eram especializados no atendimento individual e na área de atenção em saúde, sem habilidade específica para abordagem das comunidades do município e para o contato e capacitação das lideranças destas, visando as discussões da área nos conselhos locais e municipais.

10- A avaliação dos serviços de saúde: as considerações da equipe sobre esta questão são de que a atividade de avaliação deve estar incorporada às rotinas dos serviços de saúde e fazer parte das tarefas gerenciais das equipes. A avaliação das atividades, como rotina, permite que se identifique os pontos fracos do sistema de saúde e, com base nisto, as proposições para a reordenação dos projetos assistenciais.

A incorporação desta atividade pelas equipes colabora na modificação do conceito de que a avaliação do serviço e dos profissionais tem caráter de vigilância, com objetivos punitivos. Ao contrário, é um fator de incentivo para a superação de metas e ampliação de objetivos. O foco da atividade avaliadora, desta forma, é a equipe, não o indivíduo, e as proposições de superação das dificuldades são responsabilidade de todos.

Neste sentido, todos os níveis incorporam esta atividade como auxiliar na evolução da organização dos serviços de saúde, desde a tarefa gerencial, até as complementares na prestação de atendimento individual e para a coletividade. O foco da avaliação deixa de ser o indivíduo para ser a equipe, o serviço e o sistema de saúde, com vistas ao cumprimento das metas e, até mesmo, a superação das mesmas.

11- As relações com instituições extra-setoriais: inicialmente, incentivava-se as relações extra-setoriais quando era necessário privilegiar grupos populacionais necessitados de atenção especial do setor saúde, como creches, escolas, empresas, outras secretarias, etc. Porém, considerava-se a necessidade de se ampliar estas relações para a comunidade como um todo, pelas implicações sociais dos serviços de saúde, atualmente, para a população, principalmente a mais carente, e pela viabilização financeira do setor, que vai se tornando cada vez mais difícil.

As relações com instituições extra-setoriais devem, também, considerar as parcerias possíveis e necessárias com a população. Com os setores organizados da sociedade civil, por exemplo, como organizações não governamentais, sindicatos, empresas, no sentido de ampliar a capacidade multiplicadora dos serviços, acessorando-os nos cuidados e promoção da saúde, o que alguns deles já fazem, porém, sem uma organização sinérgica entre eles e os serviços públicos de saúde.

12- A gerência: esta teria, como uma de suas funções, a intermediação entre os interesses da população e os projetos assistenciais das equipes técnicas e, cuidando da viabilidade político-administrativo-financeira dos mesmos. Deve, também, estar compromissada com a manutenção dos espaços adequados para as discussões dos Conselhos Municipais de Saúde, os Conselhos Locais de Saúde, os Conselhos Gerenciais dos Serviços de Saúde, etc. Compromissar-se com a manutenção destes espaços não basta, é tarefa da gerência dos serviços proporcionar a capacitação dos profissionais de saúde e dos representantes da população para as discussões gerenciais.

A tarefa de planejar e organizar os serviços de saúde deve ser partilhada por todos os profissionais em suas áreas de atenção, contribuindo na construção do SUS local. O setor administrativo tem que auxiliar nestas funções, não superar ou substituir as atividades gerenciais das equipes técnicas e do próprio gerente. Atualmente, as tarefas do setor administrativo, além das tradicionais, têm sido necessárias também para a disponibilidade das informações gerenciais importantes na organização dos serviços e mesmo para viabilizar a implantação de um sistema de apuração de custos em saúde,

possível com uma estruturação adequada do trabalho e com um fluxo de informações que permita este tipo de avaliação.

Assim, esta gerência participativa ou matricial, que pressupõe o entrelaçamento das várias áreas do setor na sua organização, permitiu um avanço significativo na efetividade do sistema de saúde de Paulínia, fundamentado na co-responsabilidade entre a gerência dos serviços e os profissionais técnicos pelos sucessos e dificuldades enfrentados nos últimos 15 anos. Notava-se a necessidade de um maior envolvimento da população neste processo, porém, esta experiência foi importante na demonstração das possibilidades dos serviços públicos oferecem atenção de qualidade, que permitiu ao município alcançar índices de saúde comparáveis aos de países que contam com sistemas efetivos nas respostas às demandas da população por atendimento.

13- Sistema de Apuração de Custos em Saúde: com a descentralização do gerenciamento do sistema e das ações de saúde para o nível municipal, começou a ganhar mais ênfase a preocupação quanto aos gastos com a prestação de serviços de saúde, que rapidamente teve projeção no orçamento dos municípios, desacostumados com a responsabilidade crescente do financiamento do setor.

Em 1993, a Universidade Estadual de Campinas, em parceria com as Secretarias de Saúde e de Planejamento de São Paulo, organizou um grupo de estudos para o desenvolvimento de um sistema de apuração de custos de serviços de saúde (S.E.S.;S.E.P.;UNICAMP, 1994). A tarefa era a de desenvolver uma importante ferramenta gerencial, avaliadora dos serviços de saúde, que contribuísse na construção do Sistema Único de Saúde. Para tanto, seria necessário o conhecimento detalhado dos serviços de saúde e dos processos de trabalho dos mesmos.

Este projeto foi desenvolvido em alguns serviços de saúde da Universidade Estadual de Campinas, todos especializados e de nível terciário. Para que se implantasse o projeto em um hospital geral e em um centro de saúde, foram convidados para participar do

grupo o Centro de Saúde Escola e o Hospital Municipal de Paulínia, que, à época, eram conveniados com a universidade.

O objetivo do projeto consistia na criação de um sistema de apuração de custos em saúde, que pudesse ser utilizado em qualquer serviço, levando em conta as necessidades de organização do sistema de saúde da Secretaria Estadual da Saúde. Este instrumento gerencial deveria auxiliar na atividade avaliadora das unidades de saúde, logo, ajudando diretamente nas tarefas gerenciais.

Para o desenvolvimento do projeto de apuração de custos nos dois serviços de saúde de Paulínia, havia a necessidade de uma organização gerencial e administrativa que permitisse a recuperação de informações fundamentais para este fim. Assim, logo se percebeu que, para uma unidade ter um bom controle dos custos dos seus serviços, é preciso, primeiro, que esta tenha uma organização. Os dois serviços de Paulínia já contavam com as informações gerenciais necessárias à participação no projeto. Tal organização, no entanto, era mais evidente no Centro de Saúde-Escola, onde cada área técnica, havia muito tempo, controlava seus equipamentos, pessoal bem como todos os gastos com material de consumo.

Estas seriam informações iniciais gerais fundamentais para a constituição dos centros de custo, unidades importante na apuração de custos. Estabeleceu-se, por meio das atividades do grupo de estudo ligado ao projeto, que os centros de custo seriam áreas de um serviço de saúde, identificáveis no organograma deste.

Estes centros de custos não precisaram ser criados para o desenvolvimento do projeto, porque já existiam e funcionavam na estrutura do serviço, apenas foram agrupados, conforme sua denominação, enquanto o tipo da área. Isto demonstrava uma organização inicial do serviço, que permitiu, com certa facilidade, a implantação de um modelo de avaliação.

Com base nas informações obtidas dos centros de custos, optou-se por apurar, inicialmente, o custo médio, ou por absorção de serviços. Isto significa a divisão do total dos custos fixos e variáveis pela produção total de um determinado centro. Para tanto, foi

desenvolvido um “software” que auxilia no cálculo destes custos, valendo-se das informações obtidas de cada centro.

A evolução deste sistema seria a apuração dos custos por procedimento ou por programa, na qual o detalhamento do processo de trabalho seria preciso para se gerar as informações necessárias. A apuração do custo médio dos centros, seria uma preparação dos serviços na produção de informações gerenciais para a apuração dos custos por procedimento.

4.1. O DESENVOLVIMENTO DA ÁREA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

A partir do início da década de oitenta, a orientação dos serviços de saúde de Paulínia, que priorizava o envolvimento das áreas técnicas, não apenas das instâncias gerenciais e administrativas, na solução das demandas por atendimento da população do município, foi gradualmente aumentando a participação dos profissionais na formulação de propostas para a atenção da população de mulheres da cidade.

A área de atenção à mulher, no entanto, sempre foi a mais resistente ao trabalho de organização dos serviços, de forma coletiva e partilhada, com os profissionais das outras áreas de atendimento. A especialidade tinha a tendência comum em outros serviços, principalmente nos privados, nos quais os profissionais, freqüentemente o médico, organizam sua atividade atendendo mais as suas próprias necessidades e trabalhando isoladamente.

Uma mudança na tendência de trabalho isolado da área de toco-ginecologia foi a iniciativa do diretor do Centro de Saúde Escola, que, em 1985, trouxe uma sanitarista para a área, na época, bastante desfalcada de médicos. A partir de então, a equipe começou a se recompor e algumas contratações de ginecologistas foram feitas. A experiência da

participação da equipe, como um todo, na organização da área já havia sido implantada e manteve-se integrando a área às atividades gerenciais do Centro de Saúde Escola.

Esta mescla na equipe, composta por tocoginecologistas e sanitaristas, facilitou inicialmente a implantação do PAISM, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984). A questão da integralidade da atenção pôde ser mais facilmente abordada pelos sanitaristas, que iniciaram a discussão sobre uma prática médica mais abrangente e permeada com conhecimentos da epidemiologia, e como consequência em pouco tempo, foi sendo incorporada pelo restante da equipe.

Neste período, a preocupação maior da área era com a extensão de cobertura das ações básicas do programa de atenção integral, como o pré-natal; planejamento familiar; a prevenção do câncer de colo e mama, das afecções mais frequentes em ginecologia e das doenças mais prevalentes na população feminina.

Nesta perspectiva de aumento de cobertura, e com boa capacidade resolutiva, implementou-se o atendimento conjunto com os profissionais de enfermagem, o que já era uma tradição para a área. O pessoal da enfermagem desempenha atividades de destaque nas áreas técnicas e, com a recomposição da equipe de tocoginecologia, ampliava suas responsabilidades com a clientela. Boa parte das pacientes que vinham ao serviço para a coleta do Papanicolau, não apresentando qualquer queixa clínica ou ginecológica e tendo algum atendimento médico no último ano, podiam ter seu exame colhido pelos profissionais de enfermagem.

Todos os atendimentos eram supervisionados pelos médicos, o que, com o passar dos anos foi melhorando ainda mais a capacitação do pessoal de enfermagem e, em consequência, aprimorando a qualidade do atendimento. Após alguns anos deste trabalho conjunto, a maioria das pacientes demonstravam tanta confiança neste tipo de atendimento, quanto no do médico e, muitas vezes, preferiam as enfermeiras, pela liberdade que sentiam para expressar suas angústias e, principalmente pelo vínculo que desenvolviam com estas profissionais, pois, num serviço escola, a rotatividade dos alunos do internato é grande, dificultando o seguimento do caso por um mesmo estudante.

Para o pré-natal, alcançou-se uma cobertura de aproximadamente 70% das gestantes do município, que conta com um número significativo de pacientes com convênios e seguros privados, garantindo assistência médica neste período, isso fez a percentagem de mulheres acompanhadas no pré-natal ser muito significativa. Este aumento de cobertura, aliado ao atendimento resolutivo, teve reflexos na mortalidade materna e infantil neonatal do município.

Uma grande tarefa para a área foi conseguir o aumento de cobertura do Papanicolau. Pelos motivos já conhecidos do preconceito ao exame ginecológico e pela falta de informação e dificuldade de acesso ao serviço, a cobertura para citologia oncológica estava em torno de 15% das mulheres no final dos anos 70. Em princípio, mulheres acima de 15 anos deveriam ter uma citologia oncológica do colo uterino por ano. Tentava-se atingir cerca de 64% das mulheres do município, porém, muitas adolescentes com idade abaixo de 15 anos também entravam no programa, quando iniciavam atividade sexual ou vinham ao serviço para começarem o pré-natal. Isto significava ampliar para quase 75% da população feminina a cobertura, incluindo mulheres com mais de 10 anos de idade.

Em poucos anos e com a colaboração da enfermagem, passou-se a uma cobertura de 30% das pacientes, em meados dos anos 80, e, no início dos anos 90, passou-se a 50%. Com este grande aumento de coletas de Papanicolau, muitos diagnósticos de pacientes com alguma patologia cervical puderam ser realizados.

Dentro do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 1983, mereceu destaque a questão do planejamento familiar. Com base na Assembléia Mundial Sobre População, realizada em Bucarest, em 1974, concluiu-se que todo o cidadão tem o direito a planejar sua prole e é um dever do Estado prover a população com os métodos anticoncepcionais adequados. O governo federal brasileiro lançou um programa que se propôs a atender esta necessidade. Isto aconteceu por um curto espaço de tempo e os municípios que desejassem manter um programa de planejamento familiar, deveriam, eles mesmos, prover os serviços de saúde com os métodos anticoncepcionais

Em realidade, pouco se implementou nos serviços de saúde em nível nacional, levando em conta a integralidade da atenção à população feminina, como preconiza o PAISM, e a maior ênfase foi dada, naquela época, ao planejamento familiar. Inicialmente, o Ministério proveu os Estados e, estes, os municípios, com quase todos os métodos anticoncepcionais disponíveis, como o dispositivo intra-uterino, os anticoncepcionais orais, os injetáveis, à base de progesterona, e os métodos de barreira, como o diafragma e o condon.

Em Paulínia, este fornecimento teve que ser assumido pelo município, pois não durou muito o abastecimento pelo Estado, e manteve-se o programa funcionando adequadamente desta forma, porém, com alguns períodos de falta dos métodos anticoncepcionais, até que a prefeitura se organizasse adequadamente para o provimento dos mesmos.

Com relação ao acompanhamento das mulheres com outras patologias, além das gineco-obstétricas, e visando o atendimento mais abrangente delas, a área valia-se do trabalho conjunto com a clínica médica, possibilitando manter a atenção e o controle de outras doenças que incidissem sobre as pacientes do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Da mesma forma que para o restante do país, a primeira causa de óbito entre as mulheres de Paulínia são as doenças cardiovasculares. Assim, respeitadas as evidências epidemiológicas, havia que se garantir conduta ágil para os agravos que atingissem as pacientes em qualquer fase do atendimento, fosse no pré-natal, na escolha do melhor método anticoncepcional, conforme as condições de saúde das mesmas, no cuidado a elas na síndrome do climatério ou na menopausa, período no qual necessitavam de atenção especial da área da mulher e da clínica de adultos.

O programa de atenção integral à mulher consolidou-se, de forma que toda iniciativa de diferenciação manteve esta característica inicial, significando uma das garantias da qualidade da atenção prestada e, também, um fluxo adequado de pacientes para os programas especializados. Estes apareceram com as necessidades suscitadas pela efetiva implementação do PAISM, de tal forma que, ao atender adequadamente um grande contingente de mulheres, foi gerada uma busca por serviços mais especializados, fazendo

com que o programa se organizasse para responder às novas demandas dentro do próprio município.

4.2. O PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA:

Em 1986, com o aumento da cobertura do Papanicolau no município de Paulínia, houve, também, um incremento nos diagnósticos de patologia cervical, motivando progressivamente a equipe para a organização de um programa de atendimento a estas pacientes, que eram, majoritariamente, encaminhadas para o programa de patologia cervical do CAISM/UNICAMP.

A área de tocoginecologia do Centro de Saúde Escola de Paulínia já registrava, desde o final dos anos 70, algumas iniciativas de cuidados à patologia cervical, tanto que, nesta época, foi incorporado ao serviço um colposcópio e um termocautério. Este atendimento, contudo, era feito de forma esporádica e dependente do docente da Tocoginecologia, que atuava no CSEP em um determinado período e desenvolvia alguma atividade na esfera da patologia cervical, não se constituindo em uma política da área ou do serviço. Este período foi de grande rotatividade dos médicos, geralmente docentes-recém contratados para o Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP e que, após um período de atuação no município, retornavam ao trabalho exclusivo dentro do Departamento.

Em meados da década de 80, com o início da composição de uma equipe própria da área da mulher dos serviços de saúde de Paulínia, o planejamento de atividades de médio e longo prazo começou a ser elaborado, tornando viável que a estruturação de um programa de atendimento em patologia cervical, pois foi possível a continuidade do acompanhamento.

Outro fator decisivo na organização deste programa foi o início das atividades do Hospital Municipal de Paulínia (HMP). Ele foi inaugurado em 1986, num convênio de

colaboração entre o município, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a Universidade Estadual de Campinas. O HMP tem capacidade para 100 leitos, distribuídos entre as áreas de clínica médica, tocoginecologia, pediatria, ortopedia, cirurgia geral e pronto-socorro, além de algumas atividades cirúrgicas da otorrinolaringologia e da dermatologia. No hospital também se instalou o setor de apoio diagnóstico e tratamento de toda a rede de saúde do município.

O funcionamento deste hospital geral significou, para o município, a organização de um sistema de saúde muito autônomo em relação aos serviços especializados da rede de Campinas, que eram referência, principalmente os hospitais universitários, para as cidades da região. Esta autonomia vinha da boa capacidade resolutive da rede ambulatorial (em torno de 85%), com quatro centros de saúde e que, com o hospital, chegava a resolver cerca de 95% dos casos atendidos no município.

Com o hospital foi possível a estruturação de um programa mais completo de atenção à patologia cervical, projetando atividades ambulatoriais na rede, também, as cirurgias necessárias no HMP. Para isso foram necessárias poucas aquisições de equipamentos. As atividades ambulatoriais foram centralizadas no Centro de Saúde Escola, pela proximidade com o hospital e para a otimização do uso dos equipamentos.

Transferiu-se do hospital para o Centro de Saúde um colposcópio mais moderno e de maior sensibilidade diagnóstica que o já existente, este foi levado para uma outra unidade de saúde, em um bairro distante do centro, cuja área de cobertura assistencial era também muito populosa. Foi adquirido um eletrocautério, depois de um ano de funcionamento do programa, pois o termocautério não atendia às necessidades do serviço. Outra aquisição foi a de material para biópsia do colo uterino. Esta e a do eletrocautério representaram um investimento pequeno para a rede de saúde.

O principal motivador do programa foi, sem dúvida, o desejo do pessoal médico em desenvolver este atendimento. Identificada a necessidade do serviço, devido ao grande número de citologias oncóticas alteradas diagnosticadas no atendimento geral, a equipe estimou os recursos que seriam precisos. Como não seria necessário nenhum investimento inicial em equipamentos, a equipe planejou um trabalho conjunto entre os profissionais do

hospital e os da rede ambulatorial, para viabilizar o programa. Assim, em poucos meses, tinha-se um funcionamento diário, às tardes, que era suficiente para atender a demanda. Não foi necessária a contratação de nenhum profissional, os existentes apenas se reorganizaram para incorporar as atividades do programa de patologia cervical.

O maior investimento feito não envolveu recursos financeiros, foi a capacitação de pessoal. A coordenação do programa, inicialmente, era de uma docente do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP, que trabalhava no Hospital Municipal de Paulínia, mas, com o treinamento de uma médica da rede no programa de patologia cervical do CAISM, a coordenadoria foi, gradualmente, transferindo-se para esta e, logo, para a rede ambulatorial, na qual se concentrava a maioria das atividades.

A ginecologista da rede ambulatorial que assumiu o programa foi a responsável, em grande parte, pela organização do mesmo e pelo controle sobre os casos acompanhados no serviço, bem como pela permanente capacitação do pessoal ligado às atividades do programa. Periodicamente, um docente da patologia cervical do CAISM ia ao município para a discussão de casos, reciclagens e supervisão do serviço, cujo atendimento baseava-se nas atividades e padrão técnico do serviço de referência.

Com base nos exames de Papanicolaou alterados, que aumentavam em número com o incremento da cobertura para este exame no município, as pacientes eram inscritas no programa de patologia cervical. Outra razão para a inscrição neste programa, era se a paciente apresentasse um colo uterino suspeito, com alguma lesão mais evidente, e, nestes casos, mesmo com o exame de citologia oncótica do colo uterino normal, ela era encaminhada para colposcopia e coleta de citologia triplíce, com este procedimento, a paciente era submetida ao tratamento necessário. Por vezes, quando todos os exames estavam dentro da normalidade, era realizada, se necessária, apenas a eletrocauterização, voltando a paciente a ser acompanhada no ambulatório geral.

Com a chegada, ao serviço, do exame de Papanicolaou alterado, a paciente era convocada imediatamente, por visita domiciliar ou por carta, para as que eram de outros municípios. Muitas pacientes não eram localizadas, já que as de outros municípios forneciam endereços fictícios para serem atendidas nos serviços de saúde de Paulínia e não

retornavam para saber do resultado, desta forma, não eram acompanhadas ou retornavam muito tempo depois do diagnóstico inicial do Papanicolaou.

Em geral, o primeiro procedimento a que se submetia a paciente, no serviço, era a citologia oncológica triplíce, seguida da colposcopia. Se nesta última eram identificadas áreas suspeitas, realizava-se biópsia. Com os resultados dos exames, estabelecia-se um diagnóstico mais preciso e a conduta a ser adotada. A maioria dos casos era resolvida no ambulatório, ou seja, 85% das pacientes mantinham-se em acompanhamento no CSE, sem necessitar de nenhum procedimento hospitalar.

Para as mulheres com lesões mais graves do colo uterino, eram estabelecidas condutas hospitalares, em geral a conização e, em alguns casos, a histerectomia. Algumas pacientes eram encaminhadas para o serviço de referência especializado, o CAISM, antes de procedimentos hospitalares serem adotados. Isto ocorria quando era evidente a necessidade de procedimentos mais especializados ou por solicitação da paciente, devido à comodidade para se fazer o acompanhamento, no caso das residentes em Campinas.

Feito o procedimento hospitalar, elas voltavam a ser acompanhadas no ambulatório, que se constituiu na sede do programa. Algumas pacientes sofriam intervenções hospitalares por outras razões clínicas, ginecológicas ou obstétricas, que não a patologia cervical, dentro da perspectiva da atenção integral desenvolvida pelo próprio pessoal do programa. Estes profissionais eram contratados para o desempenho das funções de gineco-obstetra geral e, se possuísse aptidão e capacitação, atender também no programa de patologia cervical. Assim, as pacientes cuidadas neste serviço, na perspectiva da integralidade, se necessitassem de algum procedimento hospitalar, este seria viabilizado pelo próprio ginecologista.

Algumas mulheres eram, também, portadoras de miomatose uterina, necessitando intervenção cirúrgica, bem como de outras patologias, como cistos ovarianos, distopias de órgãos pélvicos, nódulos mamários ou outros problemas clínicos. Durante o período de acompanhamento no programa de patologia cervical, várias pacientes engravidaram e outras já iniciaram o seguimento grávidas, o que limitou a conduta para procedimentos, conforme a fase gestacional, evitando-se interferências na gravidez e

prolongando o acompanhamento para depois do parto. Das mulheres acompanhadas no PCCCU de Paulínia, em torno de 20% delas estavam grávidas.

As pacientes eram acompanhadas a cada 3 meses, no primeiro ano de tratamento, e a cada 6 meses, no segundo e terceiro anos. A alta do programa ocorria após seis exames de citologia triplíce e colposcopia com resultados normais. Com isso, a paciente voltava a ser acompanhada no ambulatório geral.

A organização deste programa significou, para a equipe, uma superação das suas limitações, principalmente com relação à amplitude do atendimento ambulatorial e à inclusão das atividades de planejamento e organização na rotina dos profissionais. Outro passo muito importante para a equipe foi a integração e desenvolvimento de atividades conjuntas com o hospital, inclusive estendendo para todos a responsabilidade do planejamento dos atendimentos ambulatorial e hospitalar.

Este foi o maior passo para a constituição da equipe única e responsável pelo planejamento e organização do atendimento a uma parcela da população do município, a exemplo do que já vinha fazendo o pessoal da cirurgia, da ortopedia, da clínica médica e da pediatria. Esta era uma estratégia gerencial para a organização de serviços de saúde altamente resolutivos, na qual a equipe de tocoginecologia teve a possibilidade de desenvolver um trabalho abrangente.

Com a inauguração do Hospital Municipal, houve a necessidade da constituição de um corpo de tocoginecologistas, já que a rede ambulatorial não contava com profissionais suficientes para suprir os dois níveis. A equipe do hospital, porém, inicialmente resistiu à integração e as atividades conjuntas, estabelecendo uma hierarquia de trabalho com os profissionais do nível primário de atenção. Alguns ginecologistas já trabalhavam nos dois níveis e colaboraram na integração, mas o passo definitivo foi o do planejamento das ações para o serviço integrado entre o nível primário e o hospitalar, viabilizando o programa de controle do câncer cérvico-uterino e permitindo uma atuação completa, nos dois níveis, de todos os profissionais. Assim, a adesão ao projeto de um trabalho conjunto foi motivada pelo desenvolvimento de todas as potencialidades da

especialidade, que é, ao mesmo tempo, clínica e cirúrgica e, nesta perspectiva, poderia contemplar estas duas dimensões.

Este foi o principal motivo do acerto entre os dois níveis de atenção, a possibilidade dos profissionais desenvolverem suas potencialidades e novas atividades, sempre que a expansão do serviço necessitasse.

4.3. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE COSMÓPOLIS:

Apesar de não ser o foco central do nosso estudo, o município de Cosmópolis, mostrado neste trabalho do ponto de vista de seu serviço de saúde, em especial com relação à prevenção e tratamento da patologia cervical uterina, não foi escolhido por acaso.

A idéia inicial era a de comparar as pacientes do serviço de Paulínia com qualquer amostragem do serviço de patologia cervical do CAISM. Porém, ao iniciar a seleção das pacientes, percebemos que os arquivos dos anos de 1988 a 1995 forneciam o município de origem. Então iniciamos a procura de uma cidade que tivesse características populacionais semelhantes às de Paulínia e, desta forma, submetida a riscos semelhantes. Outro critério foi o do uso do CAISM como serviço de referência preferencial.

Assim, com facilidade, escolhemos Cosmópolis, que além de características populacionais muito semelhantes, é município vizinho de Paulínia, distando deste cerca de 10 quilômetros. Segundo estudo feito pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1993 e 1994, os serviços de saúde da Universidade são a principal referência especializada para os pacientes do município.

Cosmópolis, como Paulínia, é um município de médio porte que, segundo estimativa, de 1995, do Ministério da Saúde, conta com 39.421 habitantes. Paulínia, para o mesmo ano e segundo a mesma fonte, tem 40.186 habitantes.

As principais fontes produtivas do município são as indústrias de transformação, transporte, construção civil, comércio e serviços domiciliares. O setor rural está presente, porém, sem tanta importância econômica, à semelhança de Paulínia.

O município conta com boas condições de infra-estrutura e saneamento ambiental (UNICAMP, 1993/1994), com bons percentuais, em todas as áreas da cidade, de ruas com iluminação elétrica; rede pública de água, com canalização interna no município; coleta pública de lixo e domicílios com iluminação elétrica. Apresenta carências de pavimentação de ruas e da rede de esgotos em alguns setores mais recentes.

Do ponto de vista do aparelho público de saúde, o município conta com 3 unidades básicas e um hospital geral filantrópico (Santa Gertrudes). Também muito semelhante à Paulínia, que possui 4 unidades básicas e um hospital geral municipal.

A principal causa de mortalidade da população de Cosmópolis são as doenças cardiovasculares e, numa pesquisa de morbidade referida, feita em 1993 e 1994 (UNICAMP, 1993/1994), os principais problemas de saúde referidos são as doenças cardiovasculares e do aparelho respiratório.

Com relação à mortalidade infantil, obtivemos informações, na Direção Regional de Saúde da Região de Campinas, que mostram a seguinte evolução deste indicador para Cosmópolis:

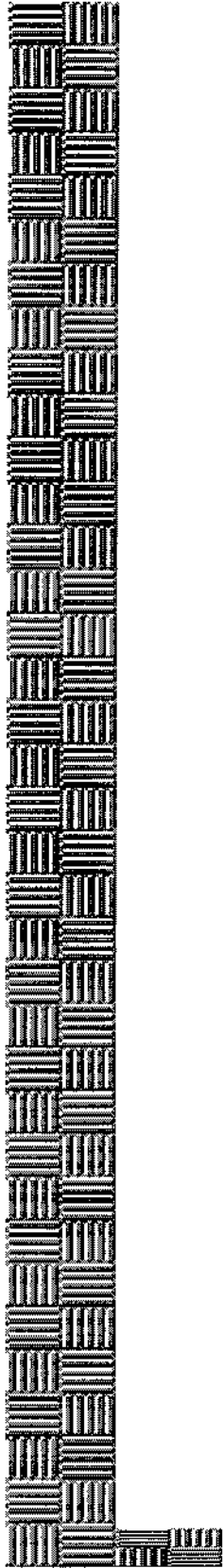
COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL (por mil nascidos vivos):

ANO	COSMÓPOLIS	PAULÍNIA
1990	20,75	10,26
1991	31,43	16,75
1992	30,38	14,69
1993	28,93	15,76

Fonte: Direção Regional de Saúde de Campinas.....

Observa-se que, apesar de aparentemente os dois municípios terem estrutura de serviços de saúde semelhantes, este indicador, um dos mais sensíveis para avaliar as condições de vida, mostra-se o dobro no município de Cosmópolis. As causas desta e de outras diferenças no desempenho dos serviços de saúde, principalmente na avaliação do atendimento de patologia cervical, foram os motivadores deste trabalho.

Na pesquisa realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social, em colaboração com a Prefeitura de Cosmópolis, sobre qualidade de vida e saúde, podemos perceber, também, que, em média, 70% das pacientes entrevistadas referiram já ter feito o exame de Papanicolaou. Conforme a região da cidade, de 29% a 41% dos moradores contam com convênios de empresas e até 22,7% utilizam serviços particulares, porém, a maioria da população depende dos serviços públicos de saúde, o que se constitui em outra semelhança com o município de Paulínia.



5. Avaliação do Programa de Patologia Cervical do Município de Paulínia

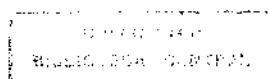
De 1987 até dezembro de 1994 foram analisados os atendimentos de todas as pacientes acompanhadas no Programa de Controle do Câncer Cérvico-uterino do serviço de saúde de Paulínia e serão descritos os dados relevantes encontrados neste programa, com o objetivo de avaliá-lo.

Esta avaliação se fará a partir da comparação com o ambulatório de patologia cervical do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da UNICAMP, que é referência como padrão técnico para este trabalho, do qual foram selecionadas entre as pacientes por ele atendidas, aquelas provenientes de Cosmópolis. Este município é vizinho a Paulínia, com características populacionais semelhantes, porém o serviço de saúde não oferecia o programa de atenção em patologia cervical no período estudado. Considerou-se, na avaliação do programa de patologia cervical do CAISM, as mesmas variáveis analisadas no programa de Paulínia, ainda que se tenha encontrado maiores dificuldades para a coleta dos dados referentes a Cosmópolis, em razão das informações estarem dispersas nos prontuários. Em Paulínia, as informações dos atendimentos do programa de patologia cervical eram coletadas em separado, para a rápida identificação das faltosas.

No CAISM a localização das pacientes se fez através das fichas do programa de patologia cervical. Estas informações entretanto, começaram a incluir o registro do município de procedência da paciente somente a partir do ano de 1988 e, com regularidade, a partir de 1989, de forma que, para o ano de 1987 não foi possível selecionar as pacientes de Cosmópolis. De 1988 a 1994/1995 encontrou-se 116 pacientes procedentes de Cosmópolis inscritas no programa de patologia cervical do CAISM, para as quais foram analisados os dados do prontuário médico.

No sentido de aprofundar a avaliação do programa de patologia cervical de Paulínia, comparando-o ao do CAISM, observou-se a composição etária das pacientes dos dois municípios e obtivemos a seguinte distribuição de idade. (Tab.1)

Tabela 1: Pacientes do PCCCU-Paulínia segundo grupos etários - 1987-1994



Faixa etária	Nº	%
Até 19 anos	66	14,2
Entre 20 e 29 anos	181	38,9
Entre 30 e 39 anos	117	25,2
Entre 40 e 49 anos	59	12,7
Mais de 50 anos	42	9
Total	465	100

A grande concentração de pacientes se dá entre 20 e 39 anos, com 64,1% das pacientes e diminuição a partir dos 40 anos e, principalmente, depois dos 50 anos. Destaca-se aqui uma incidência considerável de lesões, em pacientes com idade de até 19 anos (14,2%), maior que a incidência em pacientes com idade entre 40 e 49 anos ou com mais de 50 anos.

A distribuição de faixa etária para as pacientes de Cosmópolis foi a seguinte (Tab.2)

Tabela 2: Pacientes de Cosmópolis acompanhadas no CAISM segundo grupos etários - 1988-1995

Faixa etária	Nº	%
Até 19 anos	6	5,2
De 20 a 29 anos	41	35,3
De 30 a 39 anos	30	25,9
De 40 a 49 anos	23	19,8
Mais de 50 anos	16	13,8
Total	116	100

Para Cosmópolis, da mesma forma, a grande concentração de pacientes se dá entre 20 e 39 anos com 61,2% dos casos, muito semelhante ao que ocorre em Paulínia. No entanto, a ocorrência de lesões em pacientes mais jovens é quase um terço da ocorrência de

Paulínia e há maior expressão de casos após os 40 anos, 33,6% em Cosmópolis e 21,7% em Paulínia.

Nesta comparação entre os dois programas, com a finalidade de estabelecer a qualificação das ações desenvolvidas no programa de controle do câncer cérvicouterino de Paulínia, é marcante a diferença entre o número de pacientes acompanhadas em um e outro serviço, oriundas de municípios com características populacionais semelhantes.

Enquanto em Paulínia analisamos 552 pacientes, acompanhadas entre 1987 e 1994, as pacientes de Cosmópolis em seguimento no programa de patologia cervical do CAISM totalizaram 116.

Inicialmente, imaginamos que o acesso ao serviço do CAISM fosse difícil para estas pacientes com o exame de papanicolaou alterado, já que são muitos os municípios da região de Campinas que encaminham suas pacientes para este serviço de referência e são poucos os municípios que oferecem atendimento especializado para a patologia oncológica cervical.

Isto motivou a investigação de quantas citologias alteradas eram diagnosticadas no laboratório de citopatologia do CAISM, que faz a maioria dos exames de citologia oncológica cervical para os municípios da região, inclusive Cosmópolis e Paulínia. Obter esta informação não foi tarefa fácil, já que todos os exames alterados, diagnosticados pelo laboratório, são arquivados em conjunto, somente separados por ano de realização e não por ano e município de origem. Isto nos obrigou a verificar todos os exames alterados, diagnosticados desde 1987, para selecionar apenas os de Cosmópolis e Paulínia.

Para os anos de 1995, 1994, 1993, 1992 e 1991 estes dados estavam arquivados de forma mais organizada, porém de 1987 a 1990 tivemos variações nas informações que acreditamos serem decorrentes da desorganização do material. Isto não nos garantiu estar diante de todos os exames produzidos. De qualquer forma os dados obtidos já foram suficientes para uma comparação entre os dois municípios, nas suas atividades de prevenção e diagnóstico do câncer cérvico uterino, refletindo o próprio desempenho do programa de atenção integral à saúde da mulher, em cada um destes sistemas locais de saúde.

Para os anos em que a recuperação dos resultados das citologias oncóticas alteradas, diagnosticadas no laboratório do CAISM, foi mais simples e confiável, tivemos entre 1992 e 1995 a produção de 507 exames alterados para o município de Paulínia e 144 para o município de Cosmópolis. Entre 1987 e 1991, anos de recuperação mais difícil dos dados, tivemos 423 exames alterados para Paulínia e 100 para Cosmópolis.

Na totalidade, entre 1987 e 1995 tivemos 930 exames de citologia oncótica alterados para Paulínia e 244 para Cosmópolis. (Tab. 3)

Tabela 3: Frequência de exame de Papanicolaou positivo segundo o ano de realização e o município de residência das pacientes - 1987-1995

Ano	Paulínia	Cosmópolis
1987	78	13
1988	69	20
1989	87	16
1990	98	19
1991	91	32
1992	165	44
1993	113	36
1994	123	25
1995	106	39
Total	930	244

O fato da produção de exames alterados, no laboratório do CAISM, ser quase 4 vezes maior para Paulínia do que para Cosmópolis, levou-nos a uma tentativa de recuperar alguns aspectos do andamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher nestes municípios, especialmente os ligados à cobertura de papanicolau.

Apesar de ser um parâmetro dos mais comuns para a avaliação do programa da mulher, estes foram os dados mais difíceis de serem recuperados para o município de Cosmópolis. Inicialmente tentamos diretamente com os municípios e foi possível recuperar

os dados para o município de Paulínia de 1987 até 1993, mas não para Cosmópolis, onde estes exames, segundo o setor de informação em saúde do município, eram compilados apenas para fins de cobrança do SUS.

Tentamos a recuperação dos dados através da Direção Regional de Saúde de Campinas, mas, como não foi possível, nossa alternativa foi novamente o laboratório de oncologia do CAISM, que forneceu as informações que estavam disponíveis, mas apenas para os anos de 1993, 1994 e 1995 para os dois municípios.

Juntando-se os dados que já havíamos obtido para Paulínia, junto ao município, temos informações de 1987 a 1995 e para Cosmópolis de 1993 a 1995. Apesar de serem apenas três anos de intersecção, estes já são suficientes para uma comparação com relação à produção destes exames e por conseguinte dos cuidados e prevenção à patologia cervical dentro do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher nos dois municípios. (Tab. 4)

Tabela 4: Exames de Papanicolaou colhidos em Paulínia e Cosmópolis - 1987-1995

ANO	Paulínia	Cosmópolis
1987	2996	-
1988	4443	-
1989	3621	-
1990	3775	-
1991	2688	-
1992	5095	-
1993	5128	2023
1994	4927	1785
1995	5223	2804
Total	37896	6612

Em Paulínia as pacientes eram encaminhadas para o programa de controle de câncer cérvicouterino a partir de um exame de papanicolau alterado, colhido dentro das atividades do ambulatório geral de atenção integral à saúde da mulher. Com a chegada da primeira citologia oncológica de colo uterino alterada no serviço, a paciente era convocada

por carta ou visita domiciliar. Tendo em vista a oferta de serviços básicos de saúde pelo município de Paulínia desde os anos 70, a clientela do ambulatório geral também era composta por pacientes de outras cidades próximas, como Sumaré, principalmente do bairro Matão, Cosmópolis, Santo Antonio da Posse, Campinas e mesmo de cidades mais distantes e até de outros estados. Estas pacientes procuravam o serviço de saúde de Paulínia, geralmente por ter algum parente ou conhecido no município.

Este fato dificultava a localização das pacientes que, freqüentemente, forneciam ao serviço endereços fictícios e não eram localizadas para o ingresso no programa de patologia cervical. Assim, como tinha-se inicialmente à disposição todo o contingente de citologias alteradas e suas bacterioscopias provenientes do ambulatório de atenção integral à saúde da mulher, decidiu-se por avaliar estes dados na sua integralidade, porém, mantendo-se no restante da avaliação do programa apenas as pacientes que, de fato, iniciaram o acompanhamento, ou seja, aquelas que fizeram pelo menos uma consulta no ambulatório de controle de câncer cérvico-uterino.

Entre 1987 e 1994, 552 pacientes do programa de atenção integral à saúde da mulher do município de Paulínia apresentaram citologias oncóticas do colo uterino alteradas e estas alterações foram classificadas conforme o seu potencial em desenvolver a neoplasia invasiva do colo uterino. Assim, as displasias leves, que são consideradas com baixo potencial de desenvolvimento do câncer invasor do colo apresentou-se em 356 pacientes, representando 64,5% dos casos. As displasias moderadas, avançadas e o câncer *in situ* são considerados com potencialidade de desenvolvimento do câncer invasor e ocorreram na população de Paulínia respectivamente, 21%, 5,3% e 4,3%. O câncer invasor acometeu 9 pacientes ou 1,7%, conforme observado na Tabela 5.

Tabela 5: Alterações verificadas nos exames de Papanicolaou em Paulínia - 1987-1994

Resultados da primeira C. O.	Nº pacientes	%
D.L.	356	64,5

D.M., D.A, Ca <i>in situ</i>	169	30,6
Ca Invasor	9	1,6
Cit. Infl.	8	1,4
Outros	10	1,9
Total	552	100,0

Observa-se ainda que a ocorrência da citologia inflamatória não é freqüente e apenas 8 pacientes apresentaram, o que significou 1,4% dos casos. Em outros diagnósticos estão as atipias inconclusivas e metaplasias atípicas. As pacientes ingressavam no programa por apresentarem um resultado de papanicolaou alterado ou por alguma lesão no colo do útero percebida no exame clínico, teste de Schiller ou colposcopia, que o colocasse entre os colos de risco. Assim, para o programa, o exame de papanicolaou tinha o caráter de um rastreador de colos uterinos com lesões suspeitas para neoplasia e que, ao entrarem no programa de patologia cervical, passariam por uma observação mais detalhada.

Foi observado que o padrão do primeiro rastreamento citológico de Paulínia é de menor gravidade, com predominância clara da displasia leve, com baixo potencial de desenvolvimento do câncer invasor. Para o município de Cosmópolis, as pacientes atendidas no ambulatório de patologia cervical do CAISM tiveram como resultados do primeiro rastreamentocitológico o seguinte. (Tab.6)

Tabela 6: Alterações verificadas nos exames de Papanicolaou em Cosmópolis - 1988-1995

Resultado da primeira C. O.	Nº pacientes	%
D.L.	49	42,2
DM, DA, Ca <i>in situ</i>	43	37,1
Ca Invasor	4	3,4
Cit. Infl.	2	1,7
Outros	18	15,6
Total	116	100,0

Para Cosmópolis observou-se também um predomínio de lesões menos graves no primeiro rastreamento citológico, ou seja, 42,2% de displasias leves, porém mais de 20% menor do que o observado em Paulínia (64,5%). As lesões com maior potencial carcinogênico, displasia moderada, displasia avançada, câncer *in situ*, somaram 37,1% dos casos. No detalhe, nota-se que, em Cosmópolis, o câncer invasor aparece mais do que o dobro de Paulínia, ou seja, 3,4%. No geral, as lesões mostram-se mais graves na população de Cosmópolis do que de Paulínia.

A partir deste primeiro rastreamento citológico sugeriu-se que estas duas populações de mulheres pudessem estar submetidas a riscos diferentes, já que as lesões que apareceram nos resultados dos exames de Cosmópolis eram mais graves que as das pacientes de Paulínia. Os resultados dos exames são provenientes do mesmo laboratório de citopatologia, o do próprio CAISM, que faz os exames para os municípios de toda a região de Campinas. Assim, optou-se por comparar os resultados das bacterioscopias dos exames de papanicolaou dos dois municípios para saber-se sobre a incidência do papiloma vírus humano nas duas populações, já que este está associado com o aparecimento da neoplasia do colo uterino, podendo significar maior ou menor risco para uma população.

Para a população de Paulínia, a ocorrência do papiloma vírus humano nas bacterioscopias do papanicolaou foi de 32,8% e para o município de Cosmópolis foi de 30,4%, mostrando que não houve diferença significativa entre os dois municípios, inclusive

com incidência ligeiramente maior para Paulínia. Isto quer dizer que não havia diferença considerável entre as duas populações quanto ao risco para o câncer de colo, em se tratando do papiloma vírus humano.

Para as 465 pacientes que iniciaram o acompanhamento, no Programa de Controle de Câncer Cérvico-uterino de Paulínia, já no primeiro atendimento eram realizados exames de citologia oncótica tríplice do colo uterino e de colposcopia. Se alguma imagem suspeita fosse identificada à colposcopia, era colhida também biópsia de colo.

Este procedimento era o mesmo para as pacientes de Cosmópolis em tratamento no programa de patologia cervical do CAISM, começando pela citologia oncótica tríplice e colposcopia, até a biópsia do colo uterino, caso alguma imagem suspeita à colposcopia justificasse o procedimento.

Começando pelos resultados das citologias oncóticas tríplices do colo uterino, colhidas no programa de patologia cervical de Paulínia, observaram-se mudanças, com relação aos resultados do primeiro exame de papanicolaou. (Tab.7)

Tabela 7: Resultados de Citologia Tríplice - PCCCU/Paulínia - 1987-1994

Resultados	Nº pacientes	%
D.L.	82	17,6
DM, DA, Ca <i>in situ</i>	70	15,1
Ca Invasor	4	0,9
Cit. Infl.	252	54,2
Outros	57	12,2
Total	465	100,0

Do observado para displasia leve que no Papanicolaou somavam 64,5%, na citologia tríplice há uma sensível modificação, com resultados da ordem de 17,6% na citologia tríplice. Mesmo os resultados potencialmente carcinogênicos, displasia moderada,

displasia avançada e câncer *in situ*, estão aqui reduzidos à metade, 15,1%, do encontrado nos resultados do Papanicolaou (30,6%). O câncer invasor que havia sido observado em 9 pacientes no Papanicolaou, na citologia tríplice acomete menos da metade, 4. Estas modificações, nas ocorrências dos resultados alterados da citologia tríplice, vão se refletir nos resultados da citologia inflamatória, aqui com 54,2% dos casos, sendo que no Papanicolaou foram 1,4%. Não se observou nos resultados da citologia tríplice as atipias inconclusivas e as metaplasias atípicas. De todos os casos de citologias alteradas, 33,6%, ainda há um predomínio das lesões menos graves.

Para o município de Cosmópolis algo semelhante ocorreu, porém com intensidade diferente. (Tab.8)

Tabela 8: Resultados de Citologia Tríplice - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995

Resultados	Nº de pacientes	%
D.L.	19	16,5
DM, DA, Ca <i>in situ</i>	38	33,1
Ca Invasor	7	6,1
Cit. Infl.	40	34,8
Outros	11	9,5
Total	115	100,0

Para Cosmópolis também observou-se uma alteração dos resultados de citologia tríplice em relação ao anterior de papanicolaou. No primeiro rastreamento citológico, as citologias alteradas eram 83,4% e na citologia tríplice perfazem 55,7%. Destas, 16,5 % são de displasias leves, lesões menos graves e 33,1% são de lesões com maior potencial para o desenvolvimento do carcinoma invasor, como a displasia moderada, a displasia avançada e câncer *in situ*. Estas lesões mais graves são mais do dobro freqüentes em Cosmópolis do que para o município de Paulínia. O carcinoma invasor, por sua vez, é seis vezes mais freqüente.

Aprofundando na comparação dos achados citopatológicos entre os dois municípios, passamos agora para os resultados de colposcopia. Para as pacientes de Paulínia obtivemos (Tab.9):

Tabela 9: **Resultados de Colposcopias - PCCCU/Paulínia - 1987-1994**

Resultados	Número de pacientes	Percentagem
Ausência Imagem Suspeita	280	60,2
Imagem Suspeita Presente	154	33,1
Outros Diagnósticos	3	0,6
Resultados Ignorados	28	6,1
Total	465	100

Os resultados positivos para imagem suspeita foram de 33,1% em Paulínia, semelhante aos 33,6% de citologias triplíce encontradas, mostrando coerência dos achados.

Para Cosmópolis obteve-se os seguintes resultados de colposcopias (Tab.10):

Tabela 10: **Resultados de Colposcopias - CAISM /Cosmópolis - 1988-1995**

Resultados	Número de pacientes	Percentagem
Ausência Imagem Suspeita	30	25,8
Imagem Suspeita Presente	75	64,6
Outros Diagnósticos	1	0,9
Resultados Ignorados	10	8,7
Total	116	100

Para Cosmópolis obteve-se resultados positivos para imagem suspeita em 65,2% das colposcopias e os exames com alguma alteração de citologia triplíce somaram 55,7%. Os resultados guardam também uma certa semelhança entre os dois exames, porém

com mais alterações encontradas na colposcopia do que as percebidas pela citologia oncológica triplíce.

Das 465 pacientes acompanhadas no programa de controle de câncer cérvicouterino de Paulínia, 33,1% tinham imagem suspeita presente à colposcopia, conforme visto acima; este número aproxima-se da percentagem de pacientes submetidas ao exame de biópsia que apresentamos de duas maneiras. Na primeira, levando-se em conta o contingente geral das 465 pacientes acompanhadas no programa e de uma segunda forma que apresenta apenas as pacientes submetidas ao exame e a distribuição dos resultados entre elas. (Tab.11 e 12)

Tabela 11: Resultados de Biópsia - PCCCU/Paulínia - 1987-1994

Resultados	Nº pacientes	%
C.C.I.	99	21,2
D.L.	16	3,4
DM., DA, <i>Ca in situ</i>	38	8,3
Ca Invasor	1	0,2
Outros	15	3,2
Não Realizada	296	63,7
Total	465	100,0

Tabela 12: Resultados de Biópsia - PCCCU/Paulínia - 1987-1994

Resultados	Nº pacientes	%
C.C.I.	99	58,6
D.L.	16	9,4
DM, DA, <i>Ca in situ</i>	38	22,5
Ca Invasor	1	0,6
Outros	15	8,9
Total	169	100,0

No programa de patologia cervical de Paulínia, 36,3% das pacientes foram submetidas ao exame de biópsia, com predomínio das lesões mais leves, assim como o

observado pelo exame de citologia tríplice. Das biópsias realizadas, 169 pacientes, 58,6% foram de cervicite crônica inespecífica; 9,4% de displasia leve e 22,5 das lesões potencialmente carcinogênicas como a displasia moderada, avançada e câncer invasor. O câncer invasor apresentou-se em um único caso.

Para o município de Cosmópolis, apresentamos também os resultados dos anatomopatológicos das biópsias, de duas formas como em Paulínia. (Tab.13 e 14)

Tabela 13: Resultados de Biópsia - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995

Resultados	Nº de pacientes	%
C.C.I.	34	29,3
D.L.	13	11,2
DM, DA, Ca <i>in situ</i>	28	24,2
Ca Invasor	4	3,5
Não Realizada	37	31,8
Total	116	100,0

Tabela 14: Resultados de Biópsia - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995

Resultados	Nº de pacientes	%
C.C.I.	34	43,0
D.L.	13	16,5
DM, DA, Ca <i>in situ</i>	28	35,4
Ca Invasor	4	5,1
Total	79	100,0

Para as pacientes de Cosmópolis 68,2% das pacientes foram submetidas ao exame de biópsia. Ao exame de colposcopia obteve-se 65,2% de imagens suspeitas presentes e que certamente motivaram os exames de biópsia, daí a proximidade dos números dos resultados. Foram 79 pacientes submetidas ao exame de biópsia das quais 43% apresentavam cervicite crônica inespecífica; 16,5% apresentaram displasia leve e as lesões com maior potencial de desenvolver o câncer invasor, como a displasia moderada,

avancada e o câncer *in situ* foram verificadas em 35,4% das pacientes. O câncer invasor foi observado em 4 pacientes, ou 5,1%.

Das pacientes acompanhadas no programa de controle do câncer cérvicouterino de Paulínia, 75 ou 16,1% foram submetidas à conização do colo uterino, conforme as Tabelas 15 e 16 que demonstram o que este contingente representou para o conjunto das 465 pacientes acompanhadas no programa e também, entre elas, as proporções que se apresentam:

Tabela 15: Resultados de Conização - PCCCU/Paulínia - 1987-1994

Resultados	Nº de pacientes	%
C.C.I.	22	4,7
D.L.	7	1,5
DM, DA, <i>Ca in situ</i>	44	9,5
Ca Invasor	1	0,2
Outros	1	0,2
Não Realizadas	390	83,9
Total	465	100,0

Tabela 16: Resultados de Conização - PCCCU/Paulínia - 1987-1994

Resultados	Nº de Pacientes	%
C.C.I.	22	29,3
D.L.	7	9,4
DM, DA, <i>Ca in situ</i>	44	58,7
Ca Invasor	1	1,3
Outros	1	1,3
Total	75	100,0

Destas 75 pacientes submetidas à conização do colo uterino, 29,3% apresentaram cervicite crônica inespecífica e 9,4% displasia leve. Para as lesões mais graves (displasia moderada, displasia avançada e câncer *in situ*) houve a ocorrência de 58,7%, com predomínio da displasia avançada com 32,4%. Houve apenas 1 caso de câncer invasor ou 1,3%.

Para o município de Cosmópolis, a distribuição dos resultados dos anátomo-patológicos das conizações foi a seguinte (Tab. 17 e 18).

Tabela 17: Resultados de Conização - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995

Resultados	Nº de Pacientes	%
C.C.I.	6	5,2
D.L.	2	1,7
DM, DA, <i>Ca in situ</i>	16	13,8
Ca Invasor	2	1,7
Não Realizadas	90	77,6
Total	116	100,0

Tabela 18: Resultados de Conização - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995

Resultados	Nº de Pacientes	%
C.C.I.	6	23,1
D.L.	2	7,7
DM, DA, <i>Ca in situ</i>	16	61,5
Ca Invasor	2	7,7
Total	26	100,0

Foram 26 pacientes de Cosmópolis submetidas à conização do colo uterino, no ambulatório de patologia cervical do CAISM. Destas, 23,1% apresentaram cervicite crônica inespecífica e 7,7 apresentaram displasia leve. Para as lesões com potencial para o desenvolvimento do câncer invasor (displasia moderada, displasia avançada e câncer *in situ*) observou-se 61,5% dos casos, com predomínio do câncer *in situ* que se apresentou em 34,6%. Não se observou casos de displasia avançada. Os casos de câncer invasor somaram 7,6% dos casos. Aqui, como em Paulínia, houve predomínio das lesões mais graves do que

nos outros exames, porém o padrão de maior gravidade fica para o município de Cosmópolis, apresentando mais casos de câncer invasor.

Confrontando-se os dois municípios, nota-se que para as pacientes de Paulínia, 15,9% foram submetidas à conização do colo uterino, enquanto que para Cosmópolis foram 22,4%, sugerindo, também, um padrão de maior gravidade dos casos.

O estabelecimento do diagnóstico histológico final para o programa de patologia cervical de Paulínia se deu através dos anatomopatológicos das conizações (Tab.19)

Tabela 19: **Diagnóstico histológico final - PCCCU/Paulínia - 1987-1994**

Diagnóstico	Biópsia Nº	%	Cone Nº	%
C.C.I.	99	64,3	22	29,7
D.L.	16	10,5	7	9,5
Dm, DA, Ca <i>in Situ</i>	38	24,6	44	59,5
Ca Invasor	1	0,6	1	1,3
Total	154	100,0	74	100,0

Nota-se que o padrão de maior gravidade dos diagnósticos histológicos são mais evidentes para a conização do colo uterino. Das biópsias, 74,8% apresentaram lesões mais leves como a cervicite crônica inespecífica e a displasia leve. Enquanto as lesões mais graves somaram 25,2%, correspondendo à displasia moderada, ao câncer *in situ* e ao câncer invasor, este último com apenas 1 caso. Não se observou nenhum caso de displasia avançada.

Para os cones, observou-se 39,2% de lesões mais leves como a cervicite crônica inespecífica e as displasias leves. Enquanto que as lesões mais graves somaram 60,8%, distribuídos entre as displasias moderadas e avançadas, o câncer *in situ* e o câncer invasor. Este último com apenas um caso. Portanto, o diagnóstico histológico final seria estabelecido pelo resultado do anatomopatológico da conização.

Para Cosmópolis ocorreu o estabelecimento do diagnóstico histológico final também através do anatomopatológico das conizações. (Tab.20)

Tabela 20: **Diagnóstico histológico final - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995**

Diagnóstico	Biópsia N°	Biópsia %	Cone N°	Cone %
C.C.I.	34	43,0	6	23,1
D.L.	13	16,5	2	7,7
DM, DA, Ca <i>in situ</i>	28	35,4	16	61,5
Ca Invasor	4	5,1	2	7,7
Total	79	100,0	26	100,0

O padrão de maior gravidade dos diagnósticos histológicos para as pacientes de Cosmópolis também está nos resultados da conização do colo do útero, assim como em Paulínia. Observamos que, para os resultados de biópsia, 59,5% eram dos diagnósticos de lesões menos graves como cervicite crônica inespecífica e a displasia leve. As lesões mais graves, displasia moderada e avançada, câncer *in situ* e câncer invasor, somaram 40,5%.

Para os resultados histológicos de conização do colo uterino, as lesões menos graves, cervicite crônica inespecífica e displasia leve, somaram 30,8%. Para as lesões mais graves, displasia moderada e avançada, câncer *in situ* e câncer invasor, observamos 69,2% dos casos. Não se observou nenhum caso de displasia avançada entre os resultados de conização do colo uterino para as pacientes de Cosmópolis.

O padrão das lesões mais graves, verificado para os resultados das conizações dos dois municípios é discretamente maior para o município de Cosmópolis, o contrário ocorrendo para as lesões mais leves.

Com relação aos procedimentos realizados, no primeiro atendimento, no ambulatório de patologia cervical do CAISM, observou-se que 5,2% das pacientes não tiveram citologia triplíce colhida nesta oportunidade, semelhante ao ocorrido em Paulínia, onde esse percentual foi de 4,9%. O exame de colposcopia não foi realizado em 6,1% das

pacientes e no serviço de Paulínia este exame não foi realizado em 3,9% das pacientes, no primeiro atendimento. O exame de biópsia foi colhido em 67% das pacientes atendidas no CAISM e, em 36,3% das pacientes do programa de patologia cervical de Paulínia, orientada, nos dois serviços pela positividade de imagens suspeitas, observada nas colposcopias. (Tab.21)

Tabela 21: Exames Realizados no Primeiro Atendimento - CAISM - 1988-1995

Exames	Realizados	Não Realizados
	%	%
Citologia Tríplice	94,8	5,2
Biópsia	67	33
Colposcopia	93,9	6,1
Cauterização	0	100
Outros (eco,RX,ex. lab)	4,3	95,7

Através das informações dos prontuários foi possível perceber que os diagnósticos eram estabelecidos principalmente através da biópsia, seguida pela citologia tríplice e pela conização do colo uterino. (Tab.22)

Tabela 22: Exame definidor do diagnóstico - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995

Exame	%
Cit. Tríplice	24,3
Biópsia	49,6
Cone	22,6
Outros	3,5

Avaliando-se todo o acompanhamento, no programa de patologia cervical do CAISM, para as pacientes de Cosmópolis, observa-se que, além dos exames colhidos no primeiro atendimento, também foram realizados os procedimentos de cauterização,

conização do colo uterino, histerectomia, quimioterapia e radioterapia. Outros procedimentos menos freqüentes foram ecografia, radiografia e outras cirurgias. (Tab.23)

Tabela 23: Exames realizados no acompanhamento - CAISM/Cosmópolis -1988-1995

Exames	Nº de pacientes	%
Cit. Tríplice	109	94,8
Biópsia	77	67
Colposcopia	104	90,4
Conização	26	22,6
Histerectomia	8	7
Cauterização	41	35,7
Quimioterapia	3	2,6
Radioterapia	7	6,1
Outros	3	2,6

Para as pacientes do programa de patologia cervical de Paulínia, 29,7% das pacientes acompanhadas foram submetidas à cauterização do colo uterino, ou seja, praticamente 70% delas não sofreram este procedimento.

Passaremos agora à exposição de como se desenrolou o acompanhamento das pacientes nos dois ambulatórios, o de controle do câncer cérvicouterino de Paulínia e o de patologia cervical do CAISM.

Com relação à situação das pacientes no ambulatório de Paulínia, quando do seu último atendimento, observamos que a maioria estava em acompanhamento ou havia recebido alta do ambulatório (70.1%); apenas uma paciente foi a óbito e a ocorrência foi por outra causa, que não o câncer cérvicouterino; 7,5% das pacientes foram encaminhadas para outros serviços, sendo que destas, 12 pacientes (2,6%) para o CAISM, ou seja, necessitando de serviço de maior complexidade. (Tab.24).

Tabela 24: Última Situação da Paciente - PCCCU/Paulínia - 1987-1994

Última situação	Nº de pacientes	%
Alta Ambulatorial	111	23,9
Acompanhamento	215	46,2
Encaminhadas para o CAISM	12	2,6
Encaminhadas para outro serviço	23	4,9
Óbito	1	0,2
Situação Ignorada	2	0,4
Abandono	101	21,7
Total	465	100

Para o ambulatório de patologia cervical do CAISM, notou-se, na situação de alta ambulatorial e acompanhamento 31,3% das pacientes, quando da observação do seu último atendimento; uma única paciente foi a óbito e seis pacientes foram transferidas para outros serviços. Digna de atenção a percentagem de pacientes que abandonaram o serviço, 62,6%. (Tab.25).

Tabela25: Última Situação da Paciente - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995

Última situação	Nº de pacientes	%
Alta Ambulatorial	17	14,8
Acompanhamento	19	16,5
Transferência para outro serviço	6	5,2
Óbito	1	0,9
Abandono	72	62,6
Total	115	100

Quanto ao número de atendimentos no programa, observou-se para Paulínia: (Tab.26).

Tabela 26: Número de Atendimentos no PCCCU/Paulínia - 1987-1994

Nº de atendimentos	Nº de pacientes	%
Até 5 Atendimentos	193	41,5
De 6 a 10 Atendimentos	168	36,1
De 11 a 15 Atendimentos	78	16,8
Mais de 16 Atendimentos	26	5,6
Total	465	100

Para o ambulatório de patologia cervical do CAISM, obteve-se quanto ao número de atendimentos no programa :(Tab.27):

Tabela 27: Número de Atendimentos no ambulatório do CAISM/Cosmópolis 1988-1995

Número de Atendimentos	Nº de pacientes	%
Até 5 Atendimentos	45	39,1
De 6 a 10 Atendimentos	34	29,5
De 11 a 15 Atendimentos	26	22,6
Mais de 16 Atendimentos	10	8,8
Total	115	100

Quanto ao tempo de permanência no ambulatório, para o serviço de patologia cervical de Paulínia: (Tab.28).

Tabela 28: Tempo de permanência no PCCCU/Paulínia - 1987-1994

Tempo de permanência	Nº de pacientes	%
Até 3 Meses	38	8,2
De 3 Meses a 6 Meses	22	4,7
De 6 Meses a 1 Ano	41	8,8
De 1 Ano a 2 Anos	105	22,6
De 2 Anos a 3 Anos	75	16,1
De 3 Anos a 4 Anos	69	14,8
Mais de 4 Anos	115	24,7
Total	465	100

Para as pacientes do município de Cosmópolis, acompanhadas no ambulatório de patologia cervical do CAISM, observou-se: (Tab29).

Tabela 29: Tempo de permanência no ambulatório - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995

Tempo de permanência	Nº de pacientes	%
Até 3 Meses	23	19,8
De 3 a 6 Meses	15	12,9
De 6 Meses a 1 Ano	14	12,1
De 1 Ano a 2 Anos	23	19,8
De 2 Anos a 3 Anos	18	15,5
De 3 Anos a 4 Anos	17	14,7
Mais de 4 Anos	6	5,2
Total	116	100

Quanto ao tempo para iniciar o tratamento, observou-se para o programa de patologia cervical de Paulínia: (Tab30).

Tabela 30: Tempo para iniciar o tratamento no PCCCU/Paulínia - 1987-1994

Tempo para iniciar tratamento-	Nº de pacientes	%
Até 30 Dias	68	14,6
De 1 a 3 Meses	199	42,8
De 3 Meses a 6 Meses	112	24,1
De 6 Meses a 1 Ano	47	10,1
Mais de 1 Ano	39	8,4
Total	465	100

O tempo para o início do tratamento, para o ambulatório de patologia cervical do CAISM: (Tab.31).

Tabela 31: Tempo para iniciar o tratamento no ambulatório de CAISM/Cosmópolis 1988-1995

Tempo para iniciar tratamento	Nº de pacientes	%
Até 30 Dias	25	21,6
De 1 a 3 Meses	63	54,3
De 3 a 6 Meses	20	17,2
De 6 Meses a 1 Ano	6	5,2
Mais de 1 Ano	2	1,7
Total	116	100

Avaliando-se agora o número de atendimentos, pela última situação da paciente no ambulatório, observamos que para a situação de abandono no programa de patologia cervical de Paulínia: (Tab.32):

Tabela 32: Número de atendimentos até o abandono do PCCCU/Paulínia 1987-1994

Número de Atendimentos	Nº de pacientes	%
Até 2 Atendimentos	42	41,6
De 3 a 5 Atendimentos	36	35,6
De 6 a 10 Atendimentos	20	19,9
Mais de 10 Atendimentos	3	3
Total	101	100

Para o programa de patologia cervical do CAISM observamos que, (Tab.33):

Tabela 33: Número de atendimentos até o abandono - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995

Número de Atendimentos	Nº de pacientes	%
Até 2 Atendimentos	17	23,3
De 3 a 5 Atendimentos	20	27,4
De 6 a 10 Atendimentos	21	28,9
Mais de 10 Atendimentos	15	20,5
Total	73	100

Para a situação de alta ambulatorial, o programa de patologia cervical de Paulínia, apresentou: (Tab.34).

Tabela 34: Número de atendimentos até a alta ambulatorial - PCCCU/Paulínia 1987-1994

Número de Atendimentos	Nº de pacientes	%
Até 5 Atendimentos	2	1,8
De 6 a 10 Atendimentos	44	39,6
De 11 a 15 Atendimentos	50	45
Mais de 16 Atendimentos	15	13,5
Total	111	100

Para a situação de alta ambulatorial as pacientes de Cosmópolis, acompanhadas no CAISM, apresentaram: (Tab35)

Tabela 35: Número de atendimentos até a alta - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995

Número de Atendimentos	Nº de pacientes	%
Até 5 Atendimentos	2	11,8
De 6 a 10 Atendimentos	7	41,2
De 11 a 15 Atendimentos	7	41,2
Mais de 16 Atendimentos	1	5,9
Total	17	100

Com relação à última situação da paciente, no programa de controle de câncer cérvico-uterino e a de acompanhamento, observou-se: (Tab.36)

Tabela 36: **Número de atendimentos para situação de acompanhamento no PCCCU/Paulínia - 1987-1994**

Número de atendimentos	Nº de pacientes	%
Até 5 Atendimentos	90	41,8
De 6 a 10 Atendimentos	90	41,8
De 11 a 15 Atendimentos	26	12,2
Mais de 16 Atendimentos	9	4,3
Total	215	100

Para as pacientes de Cosmópolis, atendidas no CAISM, tivemos, (Tab.37):

Tabela 37: **Número de atendimentos para a situação de acompanhamento - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995**

Número de atendimentos	Nº de pacientes	%
Até 5 Atendimentos	0	0
De 6 a 10 Atendimentos	6	31,6
De 11 a 15 Atendimentos	7	36,9
Mais de 16 Atendimentos	6	31,7
Total	19	100

Para o programa de patologia cervical de Paulínia, observamos ainda o número de 12 pacientes transferidas para o CAISM. (Tab.38)

Tabela 38: Número de atendimentos no PCCCU até a Transferência para o CAISM 1987-1994

Número de atendimentos	Nº de pacientes	%
Nenhum	1	8,3
1 Atendimento	3	25
De 2 a 5 Atendimentos	2	16,6
6 Atendimentos	2	16,6
7 Atendimentos	4	33,3
Total	12	100

Houve 23 encaminhamentos para outros serviços de mesmo nível de complexidade tecnológica que o programa de Paulínia, na sua maioria por mudança da paciente para outro município. Do ponto de vista do número de atendimentos no PCCCU, antes da transferência, observamos, (Tab.39)

Tabela 39: Número de atendimentos até a transferência - CAISM/Cosmópolis 1988-1995

Nº de atendimentos	Nº de pacientes	%
Até 5 Atendimentos	15	65,4
Mais de 6 Atendimentos	8	34,6
Total	23	100

Para o serviço de patologia cervical do CAISM que atendeu as pacientes de Cosmópolis, observa-se que foram 6 as pacientes transferidas para outros serviços. Estas transferências foram precoces, já que se verificou apenas 2 consultas para 66,7% das pacientes e um máximo de 5 consultas, ou seja, foram transferências precoces para serviços de capacidade tecnológica suficiente para o acompanhamento ambulatorial dos casos. Em geral para o próprio município de Cosmópolis.

Verificou-se apenas um caso de óbito durante o período de observação e este ocorreu após 8 atendimentos e foi causado pelo câncer do colo uterino. Para Paulínia, neste período, constatou-se também um único óbito. Este ocorreu após 4 atendimentos e não foi pelo câncer cérvicouterino.

Como a situação de abandono foi muito expressiva para o ambulatório de patologia cervical do CAISM, resolvemos avaliar melhor esta situação com relação à faixa etária destas pacientes. Primeiramente, com relação ao programa de Paulínia observamos: (Tab.40)

Tabela 40: Pacientes que abandonaram o programa segundo grupo etário - PCCCU - 1987-1994

Faixa etária	Nº total de pacientes	Nº abandono	%
Até 19 anos	66	16	15,8
De 20 a 29 anos	181	45	44,6
De 30 a 39 anos	117	25	24,8
De 40 a 49 anos	59	8	7,9
Mais de 50 anos	42	7	6,9
Total	465	101	100,0

Para as pacientes de Cosmópolis, em tratamento no ambulatório de patologia cervical do CAISM, encontramos: (Tab.41)

Tabela 41: **Pacientes que abandonaram o programa segundo grupo etário - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995**

Faixa etária	Nº total de pacientes	Nº abandono	%
Até 19 anos	6	5	6,8
De 20 a 29 anos	41	32	43,8
De 30 a 39 anos	30	15	20,5
De 40 a 49 anos	23	14	19,2
Mais de 50 anos	16	7	9,6
Total	116	73	100,0

No decorrer do trabalho, foram aparecendo algumas evidências de que as lesões que se apresentavam nos resultados dos vários exames laboratoriais tinham um padrão de maior gravidade para as pacientes procedentes de Cosmópolis, atendidas no ambulatório de patologia cervical do CAISM do que das pacientes do programa de controle do câncer cérvico-uterino de Paulínia. Esta possibilidade motivou-nos a observar melhor os resultados encontrados para a citologia tríplice nos dois municípios, relacionando-os com a faixa etária.

Para o município de Paulínia, encontramos o seguinte: (Tab.42)

Tabela 42: **Resultados de Citologia Tríplice por Faixa Etária no PCCCU/Paulínia 1987-1994**

Resultados	Até 19 anos	De 20 a 29 anos	De 30 a 39 anos	De 40 a 49 anos	Mais de 50 anos
D.L.	13	40	15	6	8
D.M.	9	23	7	4	5
D.A.	1	4	2	2	1
Ca <i>in Situ</i>	0	3	4	2	3
Ca Invasor	0	0	1	0	3
Cit. Inflatat.	38	94	71	35	14
Total	61	164	100	49	34

Para as pacientes de Cosmópolis, atendidas no programa de controle do câncer cérvico-uterino do CAISM obtivemos: (Tab.43)

Tabela 43: **Resultados de Citologia Tríplice por Faixa Etária - CAISM/Cosmópolis 1988-1995**

Resultados	Até 19 anos	De 20 a 29 anos	De 30 a 39 anos	De 40 a 49 anos	Mais de 50 anos
D.L.	0	5	4	7	3
D.M.	2	3	12	4	1
D.A.	0	2	2	1	2
Ca <i>in Situ</i>	1	0	4	2	2
Ca Invasor	0	0	0	3	4
Cit. Inflatat.	1	14	8	6	4
Total	4	24	30	23	16

O programa de patologia cervical de Paulínia, que acompanhou de 1987 a 1994, 465 pacientes, encaminhou para acompanhamento no CAISM 12 delas. Estas pacientes estavam distribuídas por ano de encaminhamento, da seguinte forma: (Tab.44)

Tabela 44: **Pacientes do PCCCU/Paulínia encaminhadas para o CAISM por Ano de Atendimento. 1987-1994**

Ano de transferência- CAISM	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	Total
Nº Pacientes	0	2	1	2	4	2	1	0	12
Percentagem	0	16,7	8,3	16,7	33,3	16,7	8,3	0	100
Total de pacientes no ano	54	83	52	53	61	98	80	64	545

Das pacientes transferidas para o CAISM, algumas foram a pedido, pois, apesar de terem feito o diagnóstico inicial, através do exame de papanicolau em Paulínia, por residirem em Campinas, preferiram o acompanhamento mais próximo do seu domicílio, já que o tratamento é longo.

A distribuição dos resultados de citologia tríplice destas pacientes foi a seguinte: (Tab45)

Tabela 45: Pacientes do PCCCU/Paulínia transferidas para o CAISM e resultado de CO tríplice. 1987-1994

Transferidas para o CAISM e Citologia Tríplice	Número de pacientes	Porcentagem
D.L.	4	33,3
D.M.	1	8,3
D.A.	1	8,3
Ca <i>in Situ</i>	1	8,3
Ca Invasor	0	0
Citologia Inflamatória	1	8,3
Ignorada	4	33,3
Total	12	100

Entre as pacientes de Paulínia, transferidas para o ambulatório de patologia cervical do CAISM, os resultados dos exames anatomopatológicos de biópsia e cone tiveram a seguinte distribuição: (Tab46)

Tabela 46: Pacientes do PCCCU/Paulínia transferidas para o CAISM e resultado de biópsia e cone 1987-1994

Resultados	Nº Pacientes	% Biópsia	Nº Pacientes	% Cone
Cervicite crônica inespecífica	4	33,3	0	0
D.L.	0	0	0	0
D.M.	0	0	0	0
D.A.	4	33,3	1	8,3
Ca <i>in Situ</i>	0	0	4	33,3
Ca Invasor	0	0	1	8,3
Não realizado	4	33,3	6	50
Total	12	100	12	100

A distribuição por ano dos resultados dos exames de Papanicolaou alterados, do município de Paulínia foi a seguinte: (Tab47)

Tabela 47: Resultados do exame de Papanicolaou por ano do PCCCU/Paulínia 1987-1994

Resultados	%	%	%	%	%	%	%	%
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
D.L.	9,4	17,1	11,1	11,1	11,4	18,1	13,8	8,1
D.M.	10,3	17,5	9,3	11,3	11,3	18,6	14,4	7,2
D.A.	12,5	12,5	12,5	4,2	8,3	29,2	8,3	12,5
Ca situ	0	12,5	8,3	12,5	29,2	12,5	12,5	12,5
Ca Inv.	16,7	0	0	16,7	0	16,7	33,3	16,7
At. Inc.	100	0	0	0	0	0	0	0
Met. At.	100	0	0	0	0	0	0	0
Cit. Inf.	0	0	0	0	37,5	12,5	50	0
Nº pacientes / ano	54	83	52	53	61	98	80	64

Para as pacientes que estavam em seguimento, dentro do período de observação dos dois programas, notamos que o tempo de acompanhamento distribuiu-se da seguinte maneira para, o serviço de Paulínia: (Tab.48)

Tabela 48: Tempo de acompanhamento no PCCCU/Paulínia. - 1987-1994

Tempo em acompanhamento	Número de Pacientes	Porcentagem
De 6 meses a 1 ano	61	28,4
De 1 a dois anos	61	28,4
De 2 a 3 anos	28	13
De 3 a 4 anos	25	11,6
Mais de 4 anos	40	18,6
Total	215	100

Para as pacientes de Cosmópolis, acompanhadas no programa de patologia cervical do CAISM, a distribuição do tempo de acompanhamento foi: (Tab.49)

Tabela 49: Tempo de acompanhamento - CAISM/Cosmópolis - 1988-1995

Tempo em acompanhamento	Número de pacientes	Porcentagem
De 6 meses a 1 ano	1	5,3
De 1 a 2 anos	7	36,8
De 2 a 3 anos	1	5,3
De 3 a 4 anos	7	36,8
Mais de 4 anos	3	15,8
Total	19	100

Os dados permitiram-nos, ainda, recuperar dois parâmetros importantes no acompanhamento da patologia cervical e que mostram a agilidade dos serviços. São eles o tempo para o estabelecimento do diagnóstico e o tempo decorrido entre o diagnóstico da necessidade da conização do colo uterino e sua realização.

Para Paulínia, observamos o tempo decorrido para a realização do cone:
(Tab.50)

Tabela 50: Intervalo de tempo para a realização do Cone no PCCCU/Paulínia 1987-1994

Δt para Cone	Nº de pacientes	%
Até 1 mes	5	11,3
De 1 a 3 meses	16	36,3
De 3 a 6 meses	10	22,7
D 6 meses a 1 ano	6	13,6
Mais de 1 ano	7	16,1
Total	44	100

Para as pacientes de Cosmópolis, acompanhadas no ambulatório de patologia cervical do CAISM, observamos a seguinte distribuição de tempo para a realização do cone: (Tab.51)

Tabela 51: Intervalo de Tempo para a Realização do Cone no CAISM/Cosmópolis 1988-1995.

Δt para Cone	Nº de pacientes	%
Até 1 mes	23	86,2
De 1 a 3 meses	1	4,6
De 3 a 6 meses	1	4,6
De 6 meses a 1 ano	0	0
Mais de 1 ano	1	4,6
Total	26	100

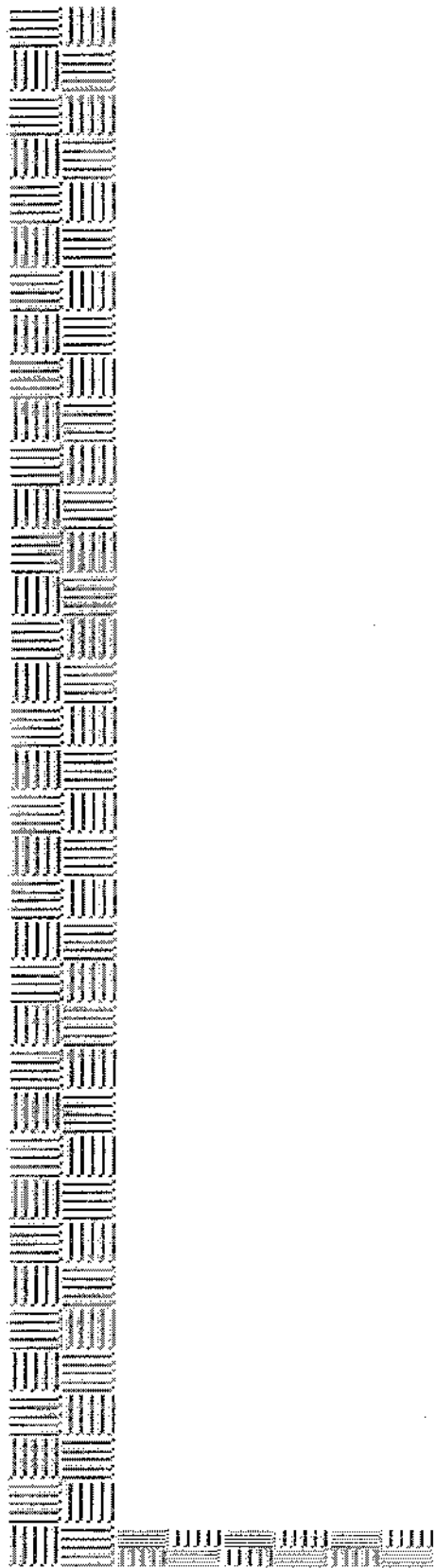
Ainda para as pacientes de Cosmópolis, seguidas no CAISM, tivemos como tempo para estabelecimento do diagnóstico, ou seja, o tempo decorrido desde a inscrição no programa e o estabelecimento do diagnóstico, a seguinte distribuição: (Tab.52)

Tabela 52: Intervalo de Tempo para Estabelecer Diagnóstico no CAISM/Cosmópolis 1988-1995

Δt para estabelecer diagnóstico	Nº de pacientes	%
Até 1 mes	77	66,4
De 1 a 3 meses	25	21,6
De 3 a 6 meses	6	5,2
De 6 meses a 1 ano	3	2,6
Mais de 1 ano	5	4,3
Total	116	100

Observa-se que 88% das pacientes tiveram diagnóstico estabelecido em até 3 meses de acompanhamento, sendo que, 66,4% já apresentavam diagnóstico no primeiro mês.

Passaremos, então, à discussão dos dados referentes ao programa de patologia cervical de Paulínia, comparativamente ao programa do CAISM que acompanhava as pacientes de Cosmópolis.



6. Discussão dos Resultados

A discussão central que desejamos desenvolver neste trabalho é sobre os limites de resolutividade do nível primário de atenção à saúde e, desta forma, contribuir na construção de serviços mais resolutivos, quanto à qualificação técnica para a solução de casos clínicos. Buscamos não só avaliar as necessidades de incorporação tecnológica, mas também, pelo lado da clientela, a aderência e confiança que permitam o seguimento adequado e eficaz.

A experiência da Universidade Estadual de Campinas no desenvolvimento do seu projeto extramural, nos últimos 24 anos, no município de Paulínia, mostrou que esta parceria entre o município e a universidade foi capaz de desenvolver modelos de assistência bastante resolutivos no atendimento à saúde, demonstradas através da evolução dos dados sobre a morbi-mortalidade da população daquele município.

Interessou-nos demonstrar quais foram os principais determinantes para o desenvolvimento de um modelo assistencial com estas características de resolutividade e também as possibilidades de reprodutibilidade desta experiência em outros municípios, com situação populacional, e assistencial semelhantes. Mesmo em regiões com características de serviços de saúde diferentes, discutir que tipo de organização coloca-se a favor da resolução das demandas da população.

Com relação ao serviço de saúde de Paulínia detivemo-nos à análise mais detalhada do Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PCCCU). Escolhemos este aspecto do ambulatório onde se desenvolve o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, por ser este um cuidado tradicionalmente desenvolvido em nível hospitalar especializado, tratando-se, com muita frequência, de patologia neoplásica. Analisamos as motivações para que o serviço optasse pelo desenvolvimento deste cuidado, quais foram as mudanças organizacionais para viabilizar este atendimento e qual a incorporação tecnológica necessária na sua organização.

Procuramos com esta avaliação do Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino de Paulínia explicitar até que nível de gravidade o serviço de atenção primária pode cuidar das alterações citológicas do colo uterino; avaliar se o tratamento da patologia

cervical, no nível primário de atenção, pode ser qualitativamente tão efetivo quanto nos serviços especializados, considerando o acompanhamento técnico e a adesão ao tratamento das pacientes. Tomamos como padrão técnico de excelência, o ambulatório de patologia cervical do CAISM, que é referência dos municípios da região de Campinas para este cuidado. Procuramos verificar qual é a incorporação tecnológica suficiente para o adequado funcionamento de um programa com estas características, do ponto de vista dos equipamentos necessários e dos conhecimentos técnicos, epidemiológicos e gerenciais dos profissionais.

Empenhamo-nos em discutir a possibilidade de alçar vôos mais ousados, nas atribuições do nível primário de atenção, sem perda da qualidade, ao contrário, na medida em que o serviço se aproxima do controle das patologias mais prevalentes na população. Qual é a capacitação técnica necessária para este fim? A análise que se faz dos dados encontrados sobre o funcionamento do ambulatório de patologia cervical de Paulínia em comparação com o do CAISM, enseja responder estas questões.

O primeiro dos parâmetros observado foi o do exame de Papanicolaou para os dois municípios, Paulínia e Cosmópolis e que motivou o encaminhamento das pacientes para os programas especializados de acompanhamento da patologia cervical (Paulínia e CAISM).

Este exame, o Papanicolaou, é um primeiro rastreamento citológico, em busca de lesões do colo uterino sugestivas de câncer, ou de lesão precursora que necessite de procedimento terapêutico. Em Paulínia, este exame revela que a grande maioria das lesões são de menor gravidade, como as displasias leves, porém já identificadas como patologia cervical que mereceriam cuidados especiais. Isto tiraria as pacientes, portadoras destas lesões, do conjunto das acompanhadas no programa de atenção integral à saúde da mulher, para uma observação mais detalhada. Estas pacientes significaram 64,5% de todas as que apresentaram alguma anormalidade no colo uterino.

As lesões que classificamos como mais graves, precursoras ou indicativas do câncer cérvicouterino são as displasias moderada e avançada, o câncer *in situ* e o câncer

invasor. Estas lesões apresentaram-se num total de 178 pacientes das 552 com exame de papanicolaou alterado, ou 32,2% destas pacientes. As atípias inconclusivas e metaplasias atípicas, que significam diagnósticos imprecisos, muitas vezes por erro na coleta do exame, estiveram presentes em 4 casos ou 0,8%. Observamos no papanicolaou apenas 1,4% de citologias inflamatórias (8 casos), ou seja, eram casos com resultado de exame normal, porém com alguma lesão do colo uterino, diagnosticada no exame clínico, que justificou o encaminhamento para o ambulatório especializado.

No geral, o que se observa é um padrão de menor gravidade nos exames de papanicolaou para o município de Paulínia, onde a grande maioria das lesões são leves.

Para as pacientes do município de Cosmópolis, acompanhadas no ambulatório de patologia cervical do CAISM, o padrão dos resultados do papanicolau é parecido com o de Paulínia, com predomínio das lesões menos graves, como as displasias leves (42,2% dos casos), porém aparecem cerca de 20% menos do que em Paulínia. No entanto, há um aumento das lesões mais graves, ou potencialmente precursoras do câncer invasor, as displasias moderadas, displasias avançadas e câncer *in situ*, com relação às pacientes do programa de Paulínia, ou seja, 37,1%. O câncer invasor aparece em 3,4% das pacientes de Cosmópolis, significando mais do dobro do encontrado para as pacientes de Paulínia.

Para compararmos as proporções entre os exames de Papanicolaou dos dois municípios, utilizamos o Teste de Hipótese para Proporção e obtivemos os seguintes resultados para as lesões mais leves (displasia leve):

Papanicolaou DL	Porcentagem	Tamanho da amostra
Paulínia	64,5	552
Cosmópolis	42,2	116

Chi²= 19,88

Graus de liberdade= 1

Valor de P= 0,000008

Comprovando que, para as lesões mais leves do papanicolaou, Paulínia tem valores maiores que em Cosmópolis.

Para as lesões mais graves (DM, DA, Ca *in situ* e Ca invasor) obtivemos os seguintes valores:

Papanicolaou-DM, DA + Ca in situ + Ca invasor	Porcentagem	Tamanho da amostra
Paulínia	32,2	552
Cosmópolis	40,5	116

Chi²= 2,94

Graus de liberdade= 1

Valor de P= 0,086649

No caso das lesões mais graves são fortes os indicativos de que estão em maior proporção em Cosmópolis do que em Paulínia, que apresenta um padrão predominante de lesões mais leves.

As atípias inconclusivas apareceram em 9,6% dos exames e as citologias inflamatórias somaram 1,7% dos casos, valores muito semelhantes aos encontrados para Paulínia. Como as lesões mais graves apareceram com maior frequência nas pacientes de Cosmópolis, interessou-nos saber se suas pacientes estavam submetidas a um risco diferente e maior que as pacientes de Paulínia.

Levando-se em consideração que, hoje, um dos fatores mais importantes na determinação das lesões pré-cancerosas e cancerosas do colo uterino está relacionado ao papiloma vírus humano, verificamos, através da bacterioscopia do Papanicolau, se havia incidência diferente entre os dois municípios. O encontrado mostrou que o risco do papiloma vírus humano não era diferente entre as duas populações, já que para as pacientes de Cosmópolis ele apareceu em 30,4% dos exames e, em 32,8% nos exames de Paulínia. Esta semelhança de risco para o papiloma vírus levou-nos a considerar outros exames de

rotina, nos dois programas de atenção à patologia cervical, comparando os serviços e também as duas populações.

Fazendo-se a comparação das proporções, confirmamos a semelhança dos dados encontrados nos dois municípios para a ocorrência do papiloma vírus humano:

HPV	Porcentagem	Tamanho da amostra
Paulínia	32,8	552
Cosmópolis	30,4	116

Chi²= 0,30

Graus de liberdade= 1

Valor de P= 0,583790

A partir dos exames alterados de papanicolaou, as pacientes iniciavam o acompanhamento no ambulatório especializado e, na primeira consulta, era colhida a citologia triplíce do colo uterino, com amostras de células da ectocérvix e do canal cervical. Comparando os resultados do papanicolaou com os da citologia triplíce do colo uterino, notamos uma diferença de resultados.

Para Paulínia, as lesões de menor gravidade, displasia leve, caem para menos de um terço do observado no papanicolaou, agora com 17,6%; as lesões mais graves, displasia moderada, avançada e câncer *in situ*, ficam reduzidas à metade, com 15,1% dos casos. O câncer invasor apresentou-se neste caso em 4 casos ou 0,9% e a grande modificação foi com relação à citologia inflamatória que aparece em 54,2% exames.

Lembramos que o exame de papanicolaou era colhido no ambulatório de atenção integral à saúde da mulher, oportunidade na qual era feito, além da coleta da citologia oncótica, o tratamento das leucorréias e outros agravos identificados na consulta, de forma que, ao retornar para o primeiro atendimento no ambulatório especializado, a paciente apresentava, em geral, condições clínicas diferentes daquelas da consulta anterior, no ambulatório geral.

Notamos a ausência das atipias inconclusivas e metaplasias atípicas, talvez refletindo a coleta, com técnica mais apurada do ambulatório especializado ou pelas pacientes encontrarem-se condições clínicas melhores que as anteriores, não havendo assim resultados duvidosos para a citologia triplíce.

A citologia triplíce é rotineiramente colhida no primeiro atendimento no CAISM, de forma que as pacientes de Cosmópolis submeteram-se a este exame, cujos resultados são semelhantes aos dos encontrados em Paulínia, porém com algumas características diferentes. Aqui também houve uma diminuição dos achados de exames alterados, que passam a 55,7%. Destacam-se a quantidade de resultados com lesões graves ou precursoras de neoplasia, displasia moderada, displasia avançada, câncer *in situ* e câncer invasor, ao todo 39,2%. Isto representa mais que o dobro do que o encontrado em Paulínia.

Como no programa de controle do câncer cérvicouterino em Paulínia acompanhou-se 465 pacientes e no ambulatório de patologia cervical do CAISM estudaram-se 116 pacientes de Cosmópolis, a indagação é se estas proporções são comparáveis e se verdadeiramente há uma discrepância entre os achados de exames com lesões mais graves para um e outro município. A certificação da comparabilidade destas proporções foi feita através do *Teste de hipótese para proporção* e na comparação entre as duas obtivemos o seguinte:

Inicialmente para as lesões mais leves (displasia leve) a comparação das proporções entre os dois municípios foi a seguinte:

Cit. Triplíce -D.L.	Porcentagem	Tamanho da Amostra
Paulínia	17,6	465
Cosmópolis	16,5	116

Para as lesões mais leves:

chi²: 0,08
Graus de liberdade: 1
Valor de P: 0,778154

O teste de hipótese para proporções não nos permite dizer que, para as lesões mais leves, as proporções encontradas para os dois municípios são diferentes, logo, são semelhantes os achados para lesões leves nos dois municípios.

Já para as lesões mais graves (displasia moderada, displasia avançada, câncer *in situ* e câncer invasor) o teste mostra que há diferença significativa entre as proporções:

Cit. Triplíce DM, DA Ca <i>in situ</i>, Ca invasor	Porcentagem	Tamanho da Amostra
Paulínia	16,0	465
Cosmópolis	39,2	116
chi ² :	29,84	
Graus de liberdade	1	
Valor de P:	0,000000	

Daí poder afirmar-se que as lesões de maior gravidade, encontradas nas citologias triplíce do município de Cosmópolis, ocorrem, proporcionalmente, em maior número do que para as pacientes de Paulínia.

Com relação à composição etária das pacientes dos dois municípios, notou-se que para Paulínia há um predomínio de idade entre 20 e 39 anos (64,1%), no entanto, há uma quantidade significativa de mulheres com até 19 anos (14,2%), mais que a quantidade daquelas entre 40 e 49 anos ou com mais de 50 anos. Isto indica que o acesso aos serviços de saúde, na época da adolescência, é facilitado em Paulínia e que as lesões do colo uterino são mais precocemente identificadas, por isso a composição de lesões menos graves do que as identificadas em Cosmópolis, que, conforme mostrarão os dados, tem composição etária mais idosa.

Em Cosmópolis o predomínio de pacientes também é de faixa etária entre 20 e 39 anos (61,2%). Todavia, enquanto no programa de Paulínia existem 21,7% de mulheres com mais de 40 anos, em Cosmópolis são 33,6%, ou seja, um terço a mais. Já para a faixa etária de até 19 anos, Cosmópolis apresenta 5,2% das pacientes, quase um terço das

verificadas para o programa de Paulínia. Daí conclui-se que Cosmópolis tem uma composição etária de pacientes mais velhas do que as de Paulínia.

O aparecimento das lesões neoplásicas do colo uterino apresenta-se relacionado ao tempo de atividade sexual das pacientes, logo a gravidade das lesões também tem a mesma dependência. As pacientes de Cosmópolis são mais velhas que as de Paulínia e apresentam maior proporção de lesões mais graves, guardando coerência com a história natural da doença.

Isto também mostra as potencialidades do serviço de atenção primária, que, se permite acesso fácil aos cuidados gerais, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a possibilidade de se atender às patologias, no início, e de prevenir as lesões mais graves, aumenta a resolutividade deste nível, que se manterá independente dos níveis de maior complexidade, imprescindíveis aos casos mais complicados.

Quanto aos resultados de colposcopia, encontrou-se para Paulínia uma positividade dos exames, ou seja, imagem suspeita presente, de 33,1% dos casos. Para as pacientes de Cosmópolis, o achado de imagem suspeita presente foi de 65,2%. As possibilidades que se apresentam de análise desta diferença são duas: 1) treinamento maior, logo maior capacitação do pessoal do CAISM para a identificação de colos uterinos de risco ao exame de colposcopia, 2) quantidade de exames alterados, identificados pela citologia tríplice, nos dois municípios.

Esta segunda possibilidade tem coerência na medida em que, para Paulínia, verificou-se 33,6% das citologias tríplices com alguma alteração sugestiva de neoplasia de colo e foram encontradas 33,1% de colposcopias positivas.

Para Cosmópolis, encontrou-se 55,7% de exames de citologia tríplice com alguma alteração e foram encontradas 65,2% de colposcopias positivas. Nos dois serviços, há coerência entre os achados dos dois exames, confirmando a positividade da colposcopia e a comprovação anatomopatológica das citologias tríplices.

Ainda com relação ao exame de colposcopia e à positividade encontrada no serviço de Paulínia, observa-se também uma percentagem semelhante de pacientes submetidas à biópsia naquele município. Encontrou-se 33,1% de imagens suspeitas na colposcopia o que orientou o procedimento de biópsia, já que 36,3% das 465 pacientes acompanhadas no programa de patologia cervical foram submetidas ao procedimento.

Aplicando-se o teste de hipótese para proporções, confirma-se a diferença entre os dados obtidos entre os dois municípios com relação à colposcopia:

Colposcopias positivas	Percentagem	Tamanho da amostra
Paulínia	33,1	465
Cosmópolis	65,2	116

Chi2= 40,75

Graus de liberdade= 1

Valor de P= 0,000000

O resultado dos anatomopatológicos mostra que, para as biópsias, as lesões mais leves, cervicite crônica inespecífica e as displasias leves, apareceram em 68,0% dos exames. As lesões mais graves aqui somaram 23,1% dos resultados entre as 169 pacientes submetidas ao procedimento.

Para as pacientes de Cosmópolis, acompanhadas no CAISM, 68,2% das 116 pacientes foram submetidas ao exame de biópsia, certamente motivadas pelo exame de colposcopia, com 65,2% de imagens suspeitas presentes. Comparando-se com os achados da citologia triplíce há algumas diferenças. As lesões mais leves, encontradas no resultado de exame da biópsia, cervicite crônica inespecífica e displasia leve, somaram 40,5% dos casos, enquanto na citologia triplíce foram 51,3%. Para as lesões mais graves, displasia moderada, displasia avançada, câncer *in situ* e câncer invasor encontrou-se 27,7% nos resultados de biópsia e 39,2% nas citologias triplíce.

Comparando com Paulínia, observa-se, igualmente, o padrão mais grave das lesões: de 27,7% para Cosmópolis e 8,5% para o PCCCU, nos resultados de biópsia.

Aplicando-se o teste de hipótese para proporções, para as lesões mais leves, confirmam-se as diferenças de resultados entre os dois municípios:

Biópsia: DL	Porcentagem	Tamanho da Amostra
Paulínia	3,4	465
Cosmópolis	11,2	116

Chi²= 11,81

Graus de liberdade= 1

Valor de P= 0,000590

Para as lesões mais graves, temos no teste de hipótese para proporções, a confirmação do padrão de maior gravidade para o município de Cosmópolis:

Biópsia: DM+ DA+ Ca in Situ+ Ca invasor	Porcentagem	Tamanho da Amostra
Paulínia	8,5	465
Cosmópolis	27,7	116

Chi²= 30,82

Graus de liberdade= 1

Valor de P= 0,000000

Até este ponto dos dois programas de acompanhamento da patologia cervical, o que se utilizou de equipamento foi o que basicamente se encontra nas redes primárias de atenção da região de Campinas, pois a maioria dos municípios conta com colposcópio e eletrocautério. Se, em termos de equipamentos, não se sofisticou muito até este nível, do ponto de vista dos profissionais envolvidos na operação destes instrumentos são necessários conhecimentos e capacitação que permitam a adequada interpretação dos achados e conduta precisa em cada caso. Destacamos, neste ponto, a capacitação para a interpretação precisa das imagens de colposcopia, que concorrem para o acompanhamento adequado da patologia cervical do colo uterino.

Em Paulínia, a maioria dos profissionais envolvidos com o PCCCU, fizeram sua formação técnica anterior (residência médica) no Departamento de Toco-Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, dentro do próprio CAISM. Mesmo assim, um dos profissionais que teve sua formação na Maternidade de Campinas, permaneceu no programa de patologia cervical do CAISM por alguns meses para uma reciclagem para posterior coordenação do programa de Paulínia. Reuniões técnicas periódicas, com docentes do CAISM passaram a ocorrer para a discussão de casos e técnicas de acompanhamento.

Das pacientes acompanhadas no programa de patologia cervical de Paulínia, 16,1% necessitaram do nível hospitalar, já que foram submetidas à conização do colo uterino e este procedimento é realizado no hospital geral do município. Podemos dizer que a capacidade resolutiva do nível primário de atenção está em torno de 85%, podendo até aumentar se novas técnicas ambulatoriais de conização forem adotadas pelo programa. É claro que para os casos em que a junção escamocolunar do colo uterino não for bem identificada na colposcopia, a conização é preferencialmente hospitalar, porém destes 16,1% dos casos que necessitaram do hospital, vários poderiam beneficiar-se da técnica ambulatorial de eletrocoagulação de alça.

O procedimento por eletrocoagulação de alça, muito utilizado em vários países da Europa e América do Norte tem elevado a resolutividade ambulatorial para além dos 90%, tornando também mais eficaz o serviço, no que diz respeito ao seguimento das pacientes, que aceitam melhor os tratamentos ambulatoriais e que dispensam internação.

Para os resultados dos anatomopatológicos das conizações, observa-se que 38,7% dos exames em Paulínia mostram lesões mais leves, como a cervicite crônica inespecífica e a displasia leve. As lesões mais graves somaram 60,0% dos resultados dos exames, dos quais apenas uma paciente apresentava câncer invasor. Boa parte das pacientes com displasias moderada e avançada, seriam beneficiadas com a técnica ambulatorial de conização.

Das 116 pacientes acompanhadas no CAISM, 22,4% foram submetidas à conização do colo uterino. Os achados dos resultantes dos anatomopatológicos das conizações para Cosmópolis, guardam grande semelhança com o programa de Paulínia para as lesões mais leves, cervicite crônica inespecífica e a displasia leve, que somaram 30,8%. As lesões mais graves de displasia moderada, câncer in situ e câncer invasor somaram 69,2% dos casos, dos quais 7,7% de cancer invasor, enquanto em Paulínia foram 1,3%.

Para comprovar a semelhança entre os resultados das lesões, mais leves nos dois municípios, aplicamos o teste de hipótese para proporções e verificamos o seguinte:

Cone: CGI + DL	Porcentagem	Tamanho da amostra
Paulínia	6,2	465
Cosmópolis	6,9	116

Chi²= 0,07

Graus de liberdade= 1

Valor de P= 0,794536

Já para as lesões mais graves, há fortes indícios de que Cosmópolis apresenta padrão de maior gravidade, como comprovado pelo teste de hipótese para proporções:

Cone: DM+ DA+ Ca in Situ+ Ca invasor	Porcentagem	Tamanho da amostra
Paulínia	9,7	465
Cosmópolis	15,5	116

Chi²= 3,28

Graus de liberdade= 1

Valor de P= 0,070341

Para as pacientes de Cosmópolis, se considerarmos a necessidade do nível hospitalar, a resolutividade ambulatorial estaria em torno de 77,5% dos casos. Para um nível especializado como é o CAISM, a demanda seria ainda menor, já que as pacientes que necessitaram conização, na realidade precisaram de um hospital geral, como o de Paulínia.

Se forem encaminhadas para o nível especializado apenas as pacientes que tiveram resultados mais graves nos exames de anatomopatológicos da conização do colo uterino, estas somariam 11 pacientes das 116 acompanhadas ou 9,4%. Isto pode significar que os serviços de saúde do nível primário e secundário de Cosmópolis poderiam assumir 90% dos casos de patologia cervical do município. Estes 90% podem se resolver exclusivamente no nível primário de atenção, se considerarmos as técnicas de eletrocoagulação de alça.

Para os dois municípios, o diagnóstico histológico final seria feito pelos resultados de anatomopatológicos das conizações, já que apresentam, no geral, um padrão de maior gravidade que o das biópsias.

Os exames colhidos no primeiro atendimento dos dois serviços também foram os mesmos, mostrando que as rotinas eram muito semelhantes, o que não surpreende, já que o serviço de Paulínia tomou como padrão técnico o programa de patologia cervical do CAISM.

O acompanhamento das pacientes de Cosmópolis, no CAISM, observa que 7 pacientes foram submetidas à radioterapia e 3 à quimioterapia. Tratamentos típicos do nível especializado, que o município de Cosmópolis necessitaria. É claro que aqui deveriam ser juntadas as pacientes que foram submetidas às histerectomias mais complexas, como a Wertheim Meigs, mas estas formam apenas uma pequena parcela.

A observação até este ponto foi no sentido de demonstrar se é possível, através de um sistema local de saúde, acompanhar-se pacientes com um tipo de patologia tradicionalmente tratado no nível hospitalar e, muitas vezes especializado, por cuidar também de casos de neoplasia, com atendimento de qualidade. Passaremos agora a avaliar se há alguma vantagem nos cuidados no nível local de atenção.

Uma das maiores vantagens do tratamento da patologia cervical no próprio local de moradia das pacientes, com profissionais familiarizados com elas a acompanharem o caso, está na aderência ao tratamento. Analisando-se a última situação da paciente observada na última anotação dos serviços sobre o caso, seja no fichário à parte mantido em Paulínia ou nos prontuários do CAISM, fica claro o proveito do sistema local de saúde.

Para Paulínia, 70,1% das pacientes que iniciaram o acompanhamento estavam ainda no serviço sendo tratadas ou tinham recebido alta. Apenas uma paciente foi a óbito nos 8 anos de observação e foi por doença cardio-vascular. Foram encaminhadas para o CAISM 2,6% delas e 4,9% desejaram ser encaminhadas para outro serviço de mesma complexidade do de Paulínia, em geral por mudança de município. O abandono do tratamento para estas pacientes foi de 21,7%. Somadas todas as outras situações, tem-se que 78,3% das pacientes estavam sob acompanhamento ou já haviam completado o tratamento.

Para as pacientes de Cosmópolis, acompanhadas no CAISM, os achados foram diferentes. Estavam em acompanhamento ou haviam recebido alta do serviço 31,3% das pacientes, ou seja, menos da metade do encontrado para o serviço de Paulínia. Também aqui uma única paciente faleceu e foi pelo câncer do colo uterino. Foram transferidas para outros serviços 5,2% das pacientes, algumas no início das observações (1988) para radioterapia ou quimioterapia em outros serviços. Porém o que mais se destaca é a percentagem de pacientes que abandonaram o acompanhamento: 62,6%.

Esta é, sem dúvida, uma das principais motivações do desenvolvimento de sistemas locais de saúde efetivos e que se responsabilizem por maior complexidade dos casos acompanhados. É, neste nível de atenção, que se obtém maior aderência aos tratamentos pelos pacientes. No caso das doenças neoplásicas ou com potencial neoplásico a importância é enorme, já que, se no momento do diagnóstico a paciente é assintomática, quando os sintomas estiverem presentes, a cura será mais difícil e dispendiosa para o sistema, submetendo a paciente a riscos desnecessários, porque poderia ter sido curada nas fases iniciais da doença.

Outra fator importante na maior capacitação dos sistemas locais de saúde, que não é possível observar através da análise dos dados do Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino de Paulínia, mas que a observação direta do serviço permitiu e que tem reflexos diretos no atendimento do programa foi o engajamento dos profissionais. Principalmente dos médicos ginecologistas que se envolveram com esta demanda das pacientes do município, pela possibilidade de utilizar sua melhor capacitação ao serviço. Isto, sem dúvida, melhorou o vínculo da equipe com o serviço como um todo,

principalmente no que se refere à responsabilidade dos profissionais com relação à população feminina do município, desenvolvendo inclusive suas capacidades gerenciais.

O trabalho previa também a atuação no hospital, o que facilitou a integração da equipe e se tornou encarregada do atendimento da população feminina do município, conforme as diretrizes do sistema de saúde.

Na avaliação do programa de Paulínia, observou-se o número de até 10 atendimentos para o maior contingente de pacientes (77,6%), durante a permanência das mesmas no programa. Para o programa de patologia cervical do CAISM, 68,6% das pacientes tiveram até 10 atendimentos no programa. Mais de 16 atendimentos- 8,8% no CAISM e 5,6 % em Paulínia. Para Paulínia, um grande número de pacientes apresentavam citologia tríplice inflamatória e colposcopia normal, o que abreviava os acompanhamentos. Observou-se, para até 5 atendimentos, 41,5% das pacientes. Para Cosmópolis foram 39,1% com até 5 atendimentos, o que deve ter recebido a influência da alta taxa de abandono.

Quanto ao tempo de permanência no ambulatório, há algumas diferenças entre os dois serviços. Enquanto 21,7% das pacientes de Paulínia permanecem em acompanhamento por até 1 ano, para as pacientes do CAISM são 44,8%, quase metade das pacientes. Entre 1 e 4 anos, as percentagens de pacientes no serviço são semelhantes: 53,5% para Paulínia e 50% para as de Cosmópolis. As diferenças voltam a se acentuar para o acompanhamento de mais de 4 anos. Enquanto que para Paulínia encontra-se 24,7%, no CAISM apenas 5,2% das pacientes estão em acompanhamento.

Este foi um dado marcante na observação do acompanhamento Paulínia. As pacientes, às vezes, faltavam por um período no ambulatório e depois voltavam espontaneamente ou em resposta às cartas de convocação ou pelas visitas domiciliares. No primeiro caso, era freqüente a paciente viajar por meses e, no retorno, retomar o tratamento. Daí os acompanhamentos se prolongarem.

Quanto ao tempo para iniciar o acompanhamento, nota-se que até 6 meses, 81,5% das pacientes de Paulínia haviam iniciado o tratamento, enquanto que no CAISM

93,1% já haviam iniciado, mostrando grande agilidade do serviço, apesar de ser um serviço de referência. Mais de 1 ano em Paulínia, foram 8,4% e em Cosmópolis 1,7%.

Analisando-se o número de atendimentos para as pacientes que abandonaram o acompanhamento, observa-se que, para Paulínia, o abandono foi precoce, já que 41,6% das pacientes tiveram até 2 atendimentos. Mais de 10 atendimentos foram apenas 3% das pacientes. Como se acompanhava no ambulatório de atenção integral à saúde da mulher, pacientes de outros municípios, que, muitas vezes, vinham esporadicamente ao local, não mantinham o acompanhamento, abandonando nas primeiras consultas. Ainda tivemos aquelas que nem sequer voltaram para saber o resultado do exame de papanicolau e não iniciaram acompanhamento, no ambulatório de patologia cervical.

Com relação às pacientes de Cosmópolis, acompanhadas no CAISM, o número de atendimentos para a situação de abandono foi diferente da de Paulínia. Para até 2 atendimentos apenas 23,3% das pacientes abandonaram o serviço. Com mais de 10 atendimentos foram 20,5% das pacientes. Isto mostra que não houve grande rejeição inicial ao acompanhamento no CAISM e as reais razões para o abandono podem ter sido a distância, ou seja, dificuldade de acesso ao serviço que se localiza em outro município. Talvez ainda, questões financeiras, que estariam permeando o deslocamento para o CAISM, bem como o tempo que isto envolveria.

Para a situação de alta do acompanhamento, nos dois serviços, foi semelhante, já que para Paulínia 86,4% das pacientes tiveram até 15 atendimentos e no CAISM foram 94,2%.

Para a situação de acompanhamento, o número para o serviço de Paulínia foi de 95,8% com até 15 atendimentos e para as pacientes de Cosmópolis acompanhadas no CAISM, foi 68,5%. Encontrou-se 31,7% das pacientes em acompanhamento no CAISM com mais de 16 atendimentos. No geral, observou-se um prolongamento maior no CAISM, até a alta das pacientes, talvez por ser um serviço escola, no qual o aluno tende a não tomar decisões para os casos, aumentando o tempo de permanência no ambulatório.

Das pacientes de Paulínia, transferidas para o CAISM, ao todo 12, uma única paciente não teve nenhuma consulta no ambulatório especializado, 25% tiveram 1 único atendimento, 7 atendimentos, o número máximo para esta situação, foram 33,3% das pacientes. Para serviços de mesmo nível de complexidade foram 65,4% das pacientes com até 5 atendimentos, a grande maioria. Para as pacientes do CAISM, 66,7% das pacientes transferidas para outros serviços receberam até 2 atendimentos. Foram transferências precoces.

Para a questão do abandono, como foi muito expressiva para o ambulatório de patologia cervical do CAISM, analisou-se também a relação desta situação com a faixa etária das pacientes entre os dois municípios. Para Paulínia, das pacientes que abandonaram o acompanhamento, 60,4% tinham até 29 anos, enquanto que, para Cosmópolis, estas correspondiam a 50,6%.

Se forem consideradas as pacientes até 39 anos, o abandono em Paulínia chega a 85,2% e em Cosmópolis é de 71,1%. Já para as pacientes mais velhas as proporções se invertem e para as com mais de 40 anos o abandono, em Paulínia, fica em 14,8% e em Cosmópolis em 28,8%. Anteriormente, já se havia notado que em Cosmópolis há pacientes mais velhas que em Paulínia e isto se manteve na distribuição de idade para abandono.

Ainda com relação à idade, também se observou a distribuição dos resultados da citologia triplíce, por cada faixa etária, para os dois municípios e, para Paulínia, nota-se que as pacientes mais jovens apresentam lesões mais leves. Por exemplo, para aquelas de até 19 anos a lesão mais grave que se apresentou foi um caso de displasia avançada. Por outro lado, os casos de lesões mais graves se apresentam acima dos 30 anos, sendo que dos 4 casos do câncer invasor, 3 aparecem após os 50 anos.

Para o câncer *in situ* houve uma distribuição mais homogênea nas várias faixas etárias. Os 12 casos se apresentam distribuídos entre as pacientes de 20 anos até as com mais de 50. Os resultados normais, ou citologia inflamatória se concentram nas pacientes mais jovens, com predomínio nas de 20 a 29 anos.

Para as pacientes de Cosmópolis observa-se, na faixa etária de 19 anos, 2 casos de displasia moderada e 1 de câncer *in situ*, uma lesão mais grave. No geral, os mais graves aparecem após 30 anos e se concentram nas pacientes com mais de 40 anos. As citologias inflamatórias se concentram na faixa etária que vai dos 20 aos 39 anos.

Das 12 pacientes, do programa de Paulínia, que foram transferidas para acompanhamento no CAISM, este encaminhamento distribuiu-se ao longo dos anos, excetuando 1987 e 1994, com maior ocorrência em 1991. Muitas delas foram transferidas por uma conveniência no acompanhamento, pois residiam em Campinas e o tratamento se prolonga, em geral, por mais de um ano. Destas pacientes encaminhadas para seguimento no CAISM, apenas 1 apresentava displasia avançada e outra câncer *in situ*, nenhuma o câncer invasor. Boa parte delas apresentava displasia leve, moderada e citologia inflamatória (6 pacientes).

Quando analisados os resultados histológicos dos cones realizados nestas pacientes, observa-se que 6 delas apresentavam displasia avançada, câncer *in situ* e câncer invasor e este diagnóstico prevalece sobre o de citologia triplíce por ter lesões de maior gravidade.

Uma análise da distribuição dos resultados dos exames de papanicolau ao longo dos anos de observação do programa de Paulínia, não apresenta tendência característica. A distribuição dos resultados se dá de forma quase uniforme, exceto pela citologia inflamatória que se concentra nos anos de 1991, 1992 e 1993.

Para os dois serviços, uma análise do tempo de seguimento, mostra que, em Paulínia, a maior parte delas (56,8%) era acompanhada havia dois anos ou menos e 18,6% há mais de 4 anos. Como já se comentou anteriormente, as pacientes retomavam o acompanhamento, após algum período sem comparecer ao serviço. Para Cosmópolis a maior concentração de pacientes se dá entre 2 e 4 anos de acompanhamento, sendo de 15,8% as que estavam em acompanhamento havia mais de 4 anos.

Uma última observação, com relação à agilidade dos serviços em estabelecer as condutas foi pelo tempo que se levou desde o estabelecimento da necessidade da conização do colo uterino até sua realização.

Para Paulínia, das 44 pacientes que foram submetidas ao procedimento, 11,3% tinham feito após um mês de estabelecida a necessidade. A eficácia do ambulatório de patologia cervical do CAISM foi impressionante, já que, após 1 mês, 86,2% das pacientes que foram submetidas à conização do colo uterino, haviam sido submetidas ao procedimento. Em Paulínia, esta percentagem é atingida entre 6 meses e 1 ano após estabelecida a necessidade do cone.

Esta agilidade do serviço do CAISM também se observa no tempo decorrido desde o início do acompanhamento da paciente até o estabelecimento do diagnóstico. Até 3 meses de seguimento no serviço, 88% das pacientes têm diagnóstico estabelecido para as condutas necessárias posteriores.

Voltando à questão dos altos índices de abandono do CAISM, certamente isto não ocorre pela falta de qualificação ou morosidade do serviço. A distância do município de Cosmópolis, o tempo necessário para um acompanhamento adequado e talvez fatores financeiros devem ter sido os maiores condicionantes. Nestes acompanhamentos de longa duração a aderência ao profissional também é importante, o que num serviço escola pode ficar prejudicado pela constante troca dos profissionais. Era freqüente, nas anotações dos prontuários em cada, consulta haver um profissional diferente, respondendo pelo atendimento.

A observação dos dois programas acabou por motivar outras indagações que, no seu trajeto, acabaram por levar ao PAISM de cada um dos municípios aqui enfocados. Inicialmente, a discrepância entre o número de pacientes de Paulínia e de Cosmópolis, acompanhadas em programas de patologia cervical, levou a uma primeira investigação sobre o número de exames de papanicolau alterados que chegaram ao laboratório de citopatologia do CAISM, no período da observação. Enquanto em Paulínia, encontrou-se

552 pacientes no programa de patologia cervical, o CAISM acompanhava 116 pacientes de Cosmópolis, a quarta parte das pacientes do PCCCU.

A investigação sobre o número de citologias alteradas que chegaram dos dois municípios não mostrou grande diferença ao até então apurado. De 1987 a 1995 foram diagnosticadas 930 citologias com alguma alteração no laboratório do CAISM, enquanto para Cosmópolis foram 244, mantendo a mesma proporção de 4 para 1. Devemos levar em conta as dificuldades de recuperação destes dados, principalmente de 1987 a 1991, porém as dificuldades foram as mesmas para os dois municípios, de forma que, qualquer diferença, nestes anos, permearia os dois municípios.

A produção de exames com alguma alteração citológica levou-nos à necessidade de recuperar dados sobre o PAISM, principalmente sobre o que se referia à cobertura de citologia oncótica dos dois municípios. Foi marcante a dificuldade de recuperação destes dados, uma vez que eles deveriam estar sempre à mão para o planejamento de ações voltadas à população feminina. Todavia, só foi possível a recuperação fácil no município de Paulínia, que sempre utilizava estas informações no planejamento de suas ações.

Pode se imaginar as dificuldades de um planejamento baseado nas informações epidemiológicas de uma população e a imprecisão dos programas concebidos na ausência destas informações.

Por fim, com dados de apenas três anos do município de Cosmópolis (1993, 1994 e 1995), levantados também no laboratório de citopatologia do CAISM, permitiu-nos uma comparação com Paulínia. Enquanto em Cosmópolis produziram-se 6.612 exames, em Paulínia foram 15.278. Para 1995, a população estimada para Cosmópolis era de 39.421 habitantes e para Paulínia era de 40.186, diferença de apenas 765 habitantes. Dados do Ministério da Saúde.

Esta produção diferente de exames de papanicolau, com diferentes coberturas e populações semelhantes em número é em risco para o câncer do colo uterino, pela prevalência semelhante do papiloma vírus humano, leva à consideração da importância da

estruturação do PAISM que considera a importância da integralidade da atenção como base para os programas especializados e estes garantem sua efetividade, na medida em que estiverem inseridos nos programas gerais.

Os fatos, porém, são dinâmicos, principalmente no que diz respeito à saúde, o que significa que a organização de programas especializados pode ocorrer concomitantemente ao movimento para suprir as necessidades de cuidados integrais. No entanto, a efetividade dos cuidados especializados está na dependência anterior e posterior de cuidados integrais operantes.

Os cuidados integrais à saúde são responsáveis pela promoção da mesma e proteção aos agravos. Isto ficou claro nos dados de Paulínia, cujo programa de controle do câncer cérvico-uterino apresentava pacientes com lesões de gravidade menor do que as pacientes de Cosmópolis, cuidadas no CAISM. Isto aumentou muito a possibilidade do serviço especializado ter sucesso no nível primário de atenção, necessitando pouco do nível secundário e raramente do terciário.

O programa de patologia cervical de Paulínia demonstra as possibilidades da atenção primária assumir, com sucesso, tarefas tradicionalmente de outros níveis de atenção, resguardando a qualidade e avançando com relação à aderência das pacientes ao tratamento de longa duração. Contrariamente aos grandes centros especializados, geralmente impessoais e, principalmente, no caso da região de Campinas, distante dos municípios, dificultando o acesso. Esta diferenciação toda do nível primário tem justificativa e pode ser eficaz, se suas tarefas, dos cuidados gerais, dentro dos preceitos da integralidade estiverem sendo desenvolvidas.

Os cuidados anteriores ao trabalho especializado é a preparação da clientela para a proteção e promoção da saúde, diminuindo a gravidade das patologias, quando elas ocorrem. Os cuidados posteriores ao serviço especializado são aqueles que os indivíduos continuam recebendo do serviço de saúde, principalmente na sua recuperação, após as intervenções deste nível.

A importância dos serviços especializados, do ponto de vista da população, é inegável, mas destacaríamos, do ponto de vista da equipe de saúde, que se interessa pelo desenvolvimento de tarefas mais complexas, quando tem a seu lado a gerência do serviço, apoiando e colaborando na diferenciação destes profissionais, para as tarefas do planejamento e vigilância epidemiológica.

Um dos fatores de maior importância dos serviços especializados de Paulínia, foi a possibilidade dos profissionais discutirem os cuidados à população como um todo, circunstanciando o cuidado especializado que não estava isolado da realidade assistencial e epidemiológica do município. O outro fator foi a constituição de equipes únicas de saúde, ou seja, responsáveis pelos cuidados a uma determinada parcela da população. No caso deste trabalho, a equipe responsável pelo cuidado à saúde das mulheres do município. Desde os cuidados básicos integrais de pré-natal, parto e puerpério, ginecologia geral, planejamento familiar, esterelidade, climatério, adolescência, prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama e, em conjunto, com a equipe de atendimento ao adulto, das doenças mais prevalentes na população feminina do município.

Ao longo do desenvolvimento do estudo, identificamos três níveis de atuação possíveis para as redes de saúde, hierarquizadas, com relação à prevenção e cuidados na patologia cervical:

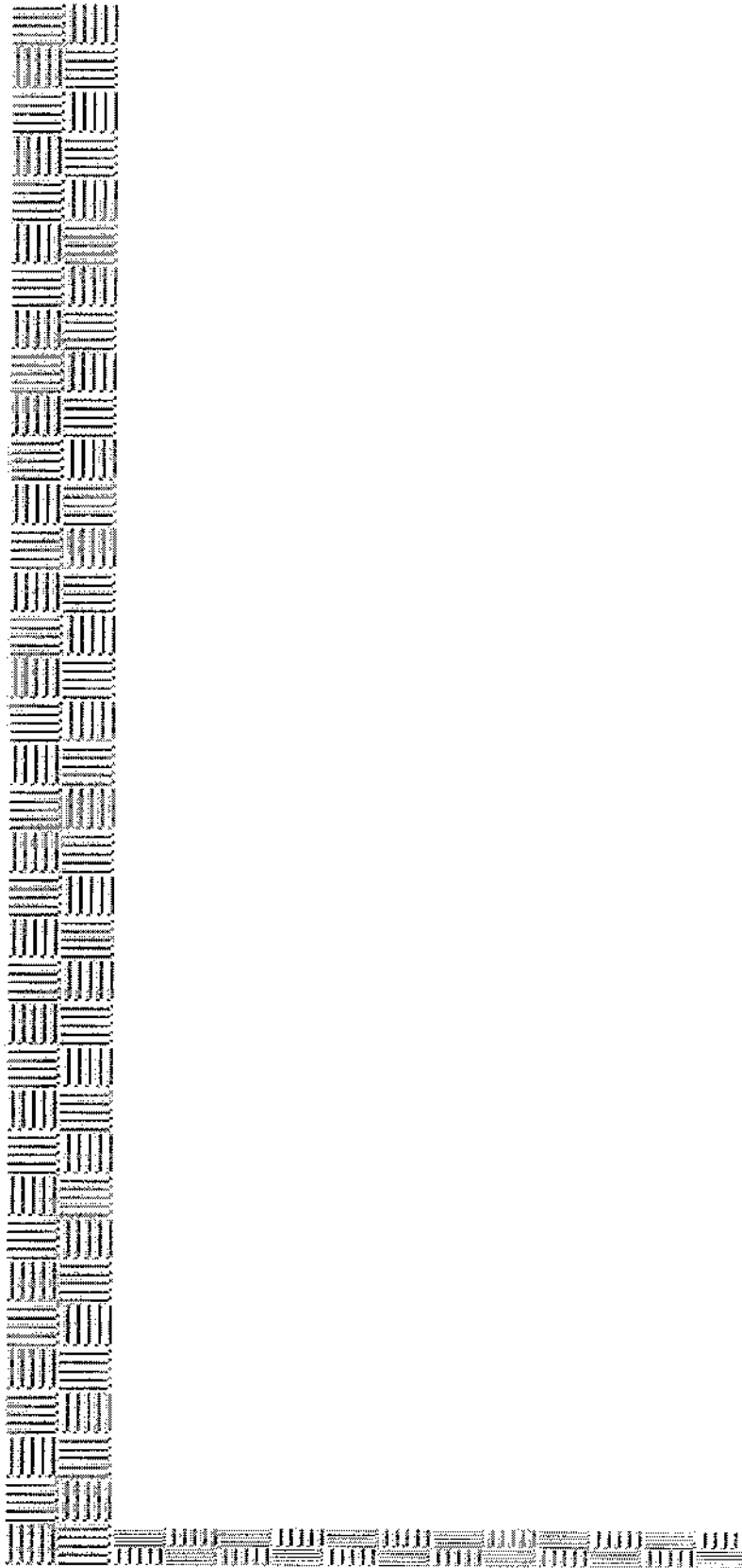
- Um primeiro nível é o da prevenção, com local privilegiado nas redes básicas, inserido no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e que, para sua maior efetividade, deve desenvolver ações educativas e também curativas das patologias gerais mais prevalentes e das ginecológicas e obstétricas, dentro dos princípios da integralidade.

- Um segundo nível, de cuidado dos casos diagnosticados, no atendimento geral de patologia cervical do colo uterino, já especializado, pode ser mais efetivo se também se desenvolver na atenção primária, haja vista a possibilidade de desenvolvimento de cuidados tecnicamente adequados e pela aderência das pacientes aos cuidados. Este nível, que ainda tem se desenvolvido no âmbito hospitalar, pode não só ocorrer ambulatorialmente, mas a literatura tem mostrado que pode ampliar sua faixa de cuidados de 85% para mais de 90%

se passar a assumir as conizações por alça de eletrocoagulação. Além de evitar as complicações de uma internação, aumenta a confiabilidade, no nível primário de atenção, podendo assim, ampliar suas atribuições.

- Um terceiro nível é o especializado hospitalar, ou terciário, que, com as novas atribuições do setor primário, perde a maior parte das conizações e centralizaria os acompanhamentos dos casos mais graves da neoplasia invasora do colo uterino, necessitadas de intervenções deste nível como histerectomias ampliadas (Wertheim Meigs), radioterapia, quimioterapia e investigações próprias das patologias neoplásicas.

Cabe ressaltar que para a ampliação segura das atribuições do nível primário nos cuidados à patologia neoplásica do colo uterino, identificou-se como questão central na formação dos profissionais a capacidade de interpretar corretamente os exames laboratoriais e principalmente as imagens colposcópicas. É esta capacitação para a colposcopia que vai facilitar na condução adequada dos casos no que diz respeito às indicações de biópsia, cauterização, conização, o simples acompanhamento com citologia tríplice periódica, ou o encaminhamento para o serviço de referência especializada.



7. Conclusão

A primeira observação a ser feita, partindo do ambulatório de patologia cervical de Paulínia, é que um programa especializado pode ser melhor sucedido quanto maior for sua inserção nos programas gerais, que têm como objetivo o atendimento integral. O PCCCU manteve-se enraizado no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e este foi dos principais motivos da sua efetividade, no tratamento das pacientes com patologia neoplásica do colo uterino. Ao ambulatório geral cabia o diagnóstico das pacientes de risco e, depois do tratamento especializado, o acompanhamento, dentro da perspectiva do atendimento integral.

Ao PCCCU coube a manutenção das discussões técnicas e a diferenciação qualitativa da atenção, desta forma contribuindo para um PAISM cada vez mais qualificado, já que os profissionais participantes do trabalho especializado, também realizavam o atendimento geral. Este nível especializado desenvolveu adequadamente a atenção programada, que compreendia as colposcopias, citologias triplíceis e biópsias. Porém, as discussões atuais, demonstram a possibilidade de ir além, trazendo para o cuidado ambulatorial as conizações ou boa parte delas. Isto significaria superar a resolutividade observada, de 85% dos casos, para mais de 90%. Em se considerando a diminuição de complicações decorrentes de uma hospitalização e a aderência das pacientes ao cuidado ambulatorial, prevê-se maior eficácia no processo de resolutividade do nível primário de atenção.

O hospital geral ficaria, nesta perspectiva, com funções muito limitadas num programa de diagnóstico e tratamento da patologia cervical. Muito provavelmente, neste nível seriam realizadas as conizações mais profundas e histerectomias simples, como ocorria no programa de Paulínia.

Ao atendimento terciário, ou hospitalar especializado, caberiam os cuidados das pacientes com neoplasia invasiva do colo uterino, cuja conização, ou não foi terapêutica, ou nem foi indicada, exigindo procedimentos mais invasivos, como histerectomias ampliadas (Wertheim Meiggs), quimioterapia, radioterapia e investigações diagnósticas próprias deste nível.

Avançando na avaliação técnica do programa, nota-se que o padrão de gravidade das lesões de colo uterino do programa de Paulínia foi menor do que o observado para as pacientes de Cosmópolis, acompanhadas no CAISM. Os dados mostraram que, provavelmente, a tradição de coleta de Papanicolaou em Paulínia, ao longo dos últimos 25 anos, identificando as lesões mais graves, tratando ou encaminhando-as ao CAISM, antes da organização do PCCCU, modificaram o padrão de gravidade das lesões. A própria produção de Papanicolaou mostra que, apesar de terem populações semelhantes, Paulínia colhe, anualmente, em torno do dobro de exames colhidos em Cosmópolis.

Isto vem reafirmar que um programa de atenção integral, bem estruturado, colabora nos bons resultados dos programas especializados e, ao longo dos anos, pode modificar o padrão de gravidade da patologia prevenida. Ainda mais que se observou que o risco para a neoplasia de colo uterino era semelhante nos dois municípios, quando considerou-se a ocorrência do papiloma vírus humano.

Cosmópolis também apresentava pacientes, no geral, em faixas etárias maiores do que aquelas verificadas para Paulínia. Levando-se em conta que o tempo de atividade sexual é um importante determinante da neoplasia cervical, o acesso difícil aos cuidados primários é responsável pelo agravamento da patologia, facilitando a ocorrência de lesões mais avançadas, muitas vezes quando já são sintomáticas, tal como foi observado para as pacientes de Cosmópolis, com padrão mais grave de lesões.

Nota-se, na avaliação do serviço de Paulínia, uma coerência técnica entre os resultados de citologia triplíce, colposcopia e biópsia, efetuados no nível primário, mostrando que é possível a estruturação de serviços especializados de qualidade, neste nível de atenção, com a mesma eficácia dos serviços especializados de referência. A resolutividade do ambulatório de patologia cervical, no nível básico, foi de 85% dos casos e praticamente não foi necessária a aquisição de novos equipamentos, apenas a substituição de um eletrocautério e a aquisição de material de biópsia. Investimento muito pequeno, considerando os benefícios para a população feminina do município.

Assim, a incorporação tecnológica mais importante que se observou esteve presente no campo dos conhecimentos técnico-científicos. Esta foi a grande diferença. Na verdade, a questão central foi o incentivo aos profissionais para assumirem novas responsabilidades e desafios, tendo em vista que a maioria deles já se encontrava tecnicamente habilitada para trabalhar com os casos de patologia cervical. O desejo inicial veio da equipe técnica da área da saúde da mulher, porém as condições para a estruturação do serviço vieram da gerência que entendeu o avanço, em termos técnico-organizacionais, que o programa significaria para a equipe e para a população feminina do município.

O desenvolvimento deste programa, na rede de serviços de saúde de Paulínia, também constituiu-se numa estratégia da gerência com vistas à fixação dos profissionais da área da mulher, principalmente dos ginecologistas. A manutenção de especialistas, de forma estável, no sistema local de saúde de Paulínia, não dependia exclusivamente dos salários, mas também da possibilidade do profissional de saúde desenvolver sua capacidade técnica, ou seja, seu melhor trabalho. Isto permitiu que, mesmo em tempos de baixos salários, as equipes não se desintegrassem.

Se, por um lado, os profissionais da área da mulher já tinham capacitação técnica para o trabalho na patologia cervical, foi necessária uma familiarização e capacitação para os aspectos gerenciais e epidemiológicos, necessários na organização dos serviços. A própria estruturação do programa foi a oportunidade para esta capacitação e, à medida que os dados epidemiológicos da população feminina do município eram discutidos, os problemas foram sendo identificados e as soluções propostas, conforme as possibilidades técnicas, agilizando a organização do ambulatório especializado.

Neste sentido, observou-se um maior engajamento dos profissionais da área com o serviço e a população. Houve, também, a possibilidade do desenvolvimento de uma equipe única, que integrava os profissionais do hospital e da rede ambulatorial, nos cuidados da população feminina do município. A partir desta experiência, foi também possível a aproximação da área da mulher com outras as áreas de atenção à saúde, implementando a capacidade resolutiva da gineco-obstetrícia.

Foi muito marcante a aderência das pacientes de Paulínia ao tratamento ambulatorial, em relação ao serviço especializado do CAISM. A taxa de abandono em Paulínia representou 1/3 da observada no CAISM. Este é um dado importante, pois se é possível a estruturação, na rede básica de atenção, de serviços tecnicamente tão bons quanto os dos serviços de referência, a aderência das pacientes ao tratamento pode significar que estes serviços, no nível primário de atenção, são mais vantajosos do que no especializado. Isto porque, havendo um abandono da ordem de 60%, deve-se considerar o risco a que fica submetida a clientela com o agravamento da patologia e, também, o desperdício de recursos pela não conclusão do tratamento ou a posterior piora do quadro, que necessitará maior quantidade e complexidade de recursos para ser acompanhada e com sucesso limitado.

Isto ocorre devido à proximidade que o nível primário tem com a população o que, além da maior aderência, também facilita o controle dos usuários sobre as ações desenvolvidas nos serviços de saúde, podendo criar a rotina da participação na gestão dos serviços.

Outra questão importante que se apresenta é se este modelo de organização de serviços é reprodutível em outros municípios. Todas as conclusões deste trabalho indicam que sim, principalmente observando-se o que foi necessário para desenvolvê-lo. Na verdade, o fator preponderante foi a utilização adequada de recursos que já se encontravam alocados nos serviços e, também, uma liderança gerencial que soube catalizar as necessidades, principalmente no gerenciamento de recursos humanos, criando as possibilidades do sistema de saúde se diferenciar.

Este estudo permite afirmar que o nível primário de atenção pode ir mais longe nas suas atribuições frente às necessidades da saúde da população. E, mais longe ainda, quando é possível a estruturação de um sistema de saúde local, com retaguarda de apoio diagnóstico-terapêutico e com o nível hospitalar, que complementa o cuidado iniciado na rede básica, construindo, entre os diversos níveis de atenção, uma articulação técnica e gerencial, com vistas ao atendimento das necessidades da população.

A hierarquização completa-se com os serviços especializados de referência, sendo necessário ressaltar a importância de serviços como o CAISM, onde se oferece a possibilidade de cuidados para as demandas mais complexas do sistema, além de se constituir em retaguarda para a organização de serviços locais, em vários pontos do sistema. Seria necessário que, para a organização de mais serviços como o PCCCU, houvesse retaguardas técnicas que apoiassem estas iniciativas e se mantivessem comprometidas com o seu desenvolvimento e avaliação.

Por fim, a racionalização que tocamos por várias vezes neste trabalho, deve ser entendida como parte da organização de serviços de saúde de qualidade, que respondam às necessidades epidemiologicamente determinadas da população e por ela sejam também avaliados, significando também a possibilidade de se esgotar a resolutividade de cada nível de assistência. Ou seja, a organização de serviços de saúde baseada na incorporação técnica e científica adequada, orientando os processos de trabalho, com ênfase para o nível primário de atenção. Não consideramos o conceito de racionalização como a simplificação aleatória da atenção, com vistas ao corte de gastos, mas, ao contrário, no sentido da exata utilização dos recursos necessários no cumprimento de uma missão assistencial planejada.

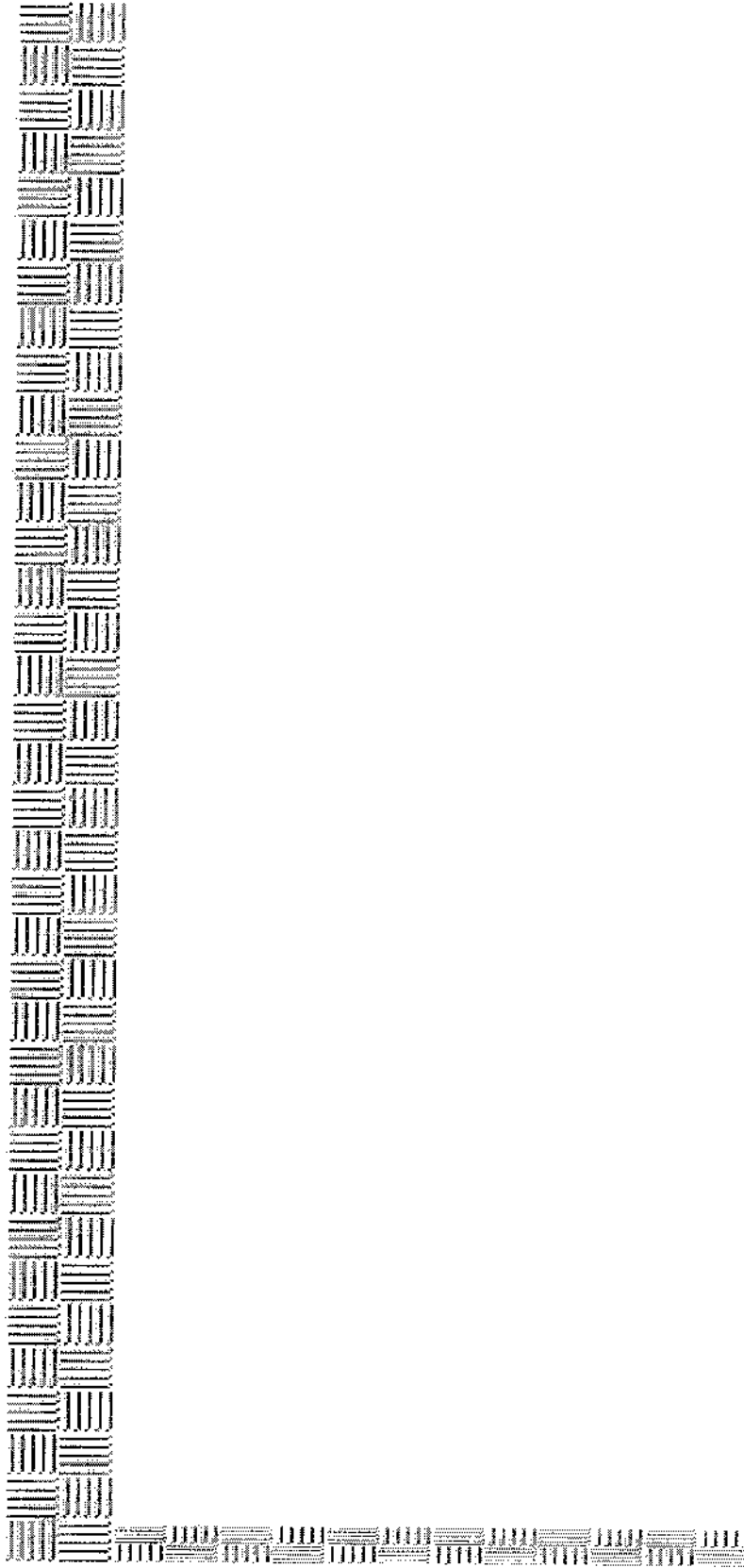
O desenvolvimento deste trabalho reforça a necessidade do esforço que devemos fazer e que deve ser incansável, no sentido de buscarmos sempre condições melhores de atenção à população, pelo fato de ser tarefa tecnicamente possível, mas que exige definições da política setorial para que ocorra.

Neste sentido, a avaliação de técnicas já utilizadas nos serviços de saúde e de novas tecnologias, tem como prerrogativa a aproximação dos produtores de conhecimentos dos tomadores de decisão das políticas de saúde, de forma a colocar à disposição destes os conhecimentos necessários ao desenvolvimento de políticas que levem em consideração a segurança, a confiabilidade e a viabilidade econômica, no uso da tecnologia disponível. Um outro objetivo seria colocar à disposição dos profissionais de saúde estes conhecimentos técnicos, permitindo o desenvolvimento de um processo de trabalho mais comprometido com a resolução das demandas da população.

No processo de construção do SUS, tem papel importante a discussão sobre a avaliação tecnológica, pois possibilita a incorporação de precisão técnica às decisões setoriais, criando, assim, uma cultura de permear as decisões políticas com os conhecimentos técnicos.

Cabe, ainda, ressaltar o papel fundamental da gerência num processo que, como o estudado, pretende transformar a realidade assistencial nos sistemas locais, transformando culturas institucionais de trabalho isolado dos profissionais de saúde e pouco comprometido com a qualidade da assistência. Em várias oportunidades, enfocamos o papel do gerente, que se coloca entre as demandas da população, e de certo modo representando-as, e a equipe técnica. Um modelo assistencial adequado seria aquele que dá soluções eficazes a estas demandas cabendo ao gerente cabe identificá-las e envolver os profissionais de saúde na sua solução e, quando possível, atuando nos vários níveis de atenção, buscando maior compromisso destes com a população. O trabalho gerencial também pode viabilizar as condições necessárias à solução de problemas, tanto materiais, quanto de conhecimentos, que fazem a grande diferença na construção de redes resolutivas, as quais podem ser um grande atrativo para os profissionais de saúde.

Enfim, pareceu-nos que a questão tecnológica, ao ser desmistificada e discutida em detalhes, é grande aliada na organização de sistemas locais de saúde qualitativamente diferenciados, já que a discussão acerca da sua incorporação criteriosa, pode representar o estabelecimento do diálogo entre os produtores de serviços e os planejadores e destes com os responsáveis pela tomada de decisões no setor.



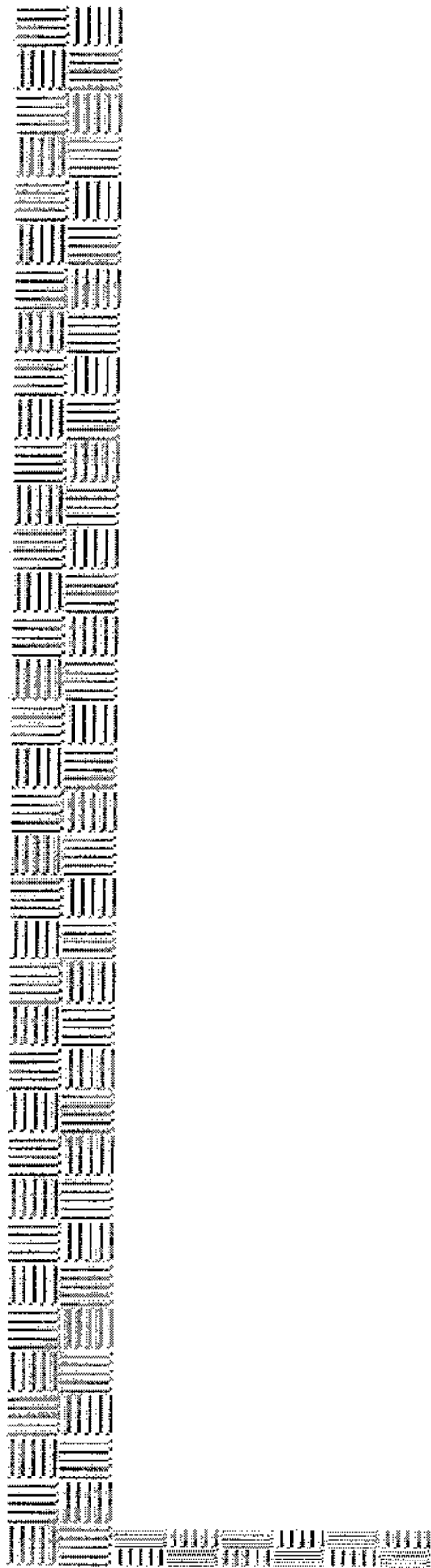
8. Summary

This research considers the possibility of the enlargement of the attributions of the primary health care, evaluating the technology to be incorporated to organize health services according to the epidemiological needs of the population. The concept of technology in this work was taken as the knowledge used by professionals in their practical activities, so it was considered not only the use of equipments, but also the work process.

The reference of the study was the local health system of Paulínia (SP) and it was made an evaluation of The Uterine Cérvix Cancer Control Program, developed in The Women's Integral Health Care Program. It was studied a variety of datas related to the diagnosis and follow up of 552 patients, from 1987 to 1994. To analise better the program it was made a comparison with the cérvix cancer control program of the Women's Hospital of The University of Campinas, a health reference for the region.

It was taken from this reference service the patients from Cosmópolis (SP), a city that uses this hospital for this care. The risk for the cervical neoplasm was similar in both cities, Paulínia and Cosmópolis, as showed in the rate for the human papiloma virus, that was about 30% in the Papa smears samples. However, the disease was much serious in Cosmópolis than in Paulínia, as seen in the anatomopathologic exams. The patients from Cosmópolis were also older, according to the research.

This study showed that Paulinia's cérvix pathology program has a similar quality as the reference service of the University Hospital. Meanwhile, the abandon rate in Paulínia was about 20% and in the Women's Hospital was 60%. It was possible to conclude that the first level can develop an attention in health care of good quality and resolution, even for diseases as neoplasms, with the advantage to be near the communities, turning easier the adhesion to the care and follow up, reducing the waste of resources in the medical assistance.



9. Referências bibliográficas

- ALVES, V.A.; LIMA, M.A.; UTAGAWA, M.L.; MAEDA, M.Y. - Programa de controle de qualidade em citologia ginecológica do Instituto Adolfo Lutz: estratégias e análise crítica dos resultados de sua implantação-piloto. **Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo**,37(1):36-42, 1991.
- ANDRADE, M.G.G. - **O ensino médico e os serviços de saúde: estudo de caso do projeto de Paulínia**. Campinas 1995. (Tese de Doutorado- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- ANTHONY, P.P.; CLARKE, T.J. - Cervical screening: what is the point? **The Lancet, UK**,346:244-247, 1995.
- ANTONIO, M.A.R.G.M. - **Avaliação do estado nutricional e do perfil de crescimento de 568 crianças matriculadas nas 14 creches municipais de Paulínia - São Paulo**. Campinas, 1995. (Tese de Mestrado- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S. - Câncer na população feminina brasileira. **Revista de Saúde Pública, RJ**,27(1):68-75, 1993.
- BATTISTA, R.N. - Towards a paradigm for technology assessment. Edited by PECKHAM, M.; SMITH, R. In: **Scientific basis of health services**. London, 1995.
- BATTISTA, R.N.; MATTHEW, J.H.; VINEIS, P. - Medicine, practice and guidelines: the uneasy juncture of science and art. **J. Clin. Epidemiol, Montreal**,48(7):875-880, 1995.
- BATTISTA, R.N.; JACOB, R. - Evaluation and regulation of the health-care system: the inescapable challenge. **Annales CRMCC, Canada**,27(8):464-468, 1994.
- BATTISTA, R.N.; JACOB,R.; HODGE,M.J. - Health care technology in Canada (with special reference to Quebec). **Health Policy, Quebec, Canada**,30,73-122, 1994.

- BATTISTA,R.N.; HODGE,M.J. - The development of health care technology assessment. An international perspective. **International journal of technology assessment in health care. USA**,11(2):287-300, 1995.
- BRASIL.MS (Ministério da Saúde) - **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
- CAMPBELL, D. - Cervical screening: what is the point?. [letter]. **The Lancet**. 346(8969):246-247
- DENTON, K.J. - Cervical screening: what is the point? [letter]. **The Lancet**. 346(8969):1469-1473, 1995.
- DONNANGELO, M.C.F. - **Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo, Pioneira, 1975.
- ELKIND, A.; EARDLEY, A.; THOMPSON, R.; SMITH, A. - How district health authorities organise cervical screening. **British Medical Journal, England**,301(6757):915-8, 1990.
- FAÚNDES,A.; PINOTTI,J.A.; BACHA,A. - Tecnologia apropriada no atendimento à mulher. **Revista Paulista de Medicina,SP**, 105(1):36-41, 1987.
- FERENCZY, A.; CHOUKROUN, D.; ARSENEAU, J. - Loop electrosurgical excision procedure for squamous intraepithelial lesions of the cervix: advantages and potential pitfalls. **Obstet-Gynecol., USA**,87(3):332-7, 1996.
- FIDLER, H. K.; BOYES, D. A.; WORTH, J. A. Cervical cancer detection in British Columbia. **J. Obstet. Gynaecol. Br. Commonw**, 75:392, 1968.
- GOLD, M.; DUNTON, C.J.; MURRAY, G.; HANAU, C.; CARLSON, J.A.Jr. - Loop electrocautery excisional procedure: therapeutic effectiveness as an ablation and a conization equivalent. **Gynecol-Oncol**. 61(2):241-244, 1996.

- GUIA, R.G.P. - Controlando a utilização indiscriminada de tecnologias médicas e a escalada dos custos dos sistemas de saúde: a estratégia alemã. **Cadernos de Saúde Pública, RJ,12(2):159-170, 1996.**
- GUSTAFSSON, L.; SPAREN, P.; GUSTAFSSON, M.; WILANDER, E.; BERGSTROM, R.; ADAMI, H.O. - Investigation and management of cervical intraepithelial neoplasia in Canadian inuit: enhancing access to care. **Artic Med. Res., Canada,54(1):117-21, 1995.**
- HARAN, D.; EARDLEY, A.; ELKIND, A.; SPENCER, B.; SMITH, A. - Trends in the organization of cervical cancer screening. **Journal of Real Society of Health. England,110(1):17-9, 1990.**
- HERBST, A.L. - Detection, prevention, and treatment of cervical neoplasia: The clinical challenge. **American Journal of Obstetrics and Gynecology,175(4):1087-1090, 1996.**
- JACOB,R.; BATTISTA,R.N. - Assessing technology assessment. Early results of the Quebec Experience. **International journal of thechnology assessment in health care. USA,9(4):564-572, 1993.**
- KIVIAT, N. - Natural history of cervical neoplasia: overview and update. **American Journal of Obstetrics and Gynecology, Washington,175:1099-1104, 1996.**
- KOSS, L.G. - Cervical screening: what is the point?. [letter]. **The Lancet. 346(8969):245-246, 1995.**
- MACCARTNEY, P. - Cervical screening: what is the point? [letter]. **Lancet, 346(8969):246-247, 1995.**
- MADUREIRA, P.R.; CAPITANI, E.M.; CAMPOS, G.W.S. - Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cadernos de Saúde Pública, RJ, 5(1):45-49, 1989.**

- MADUREIRA, P.R.; CAPITANI, E.M. - Qualidade da atenção em rede hierarquizada: a interface serviço/paciente. **Cadernos de Saúde Pública, RJ,6(2):158-74, 1990.**
- MARTIN, B.; SMITH, W.; ORR, P.; GUIJON, F. - Investigation and management of cervical intraepithelial neoplasia in Canadian inuit: enhancing access to care. **Artic Med Res. 54(1):117-121, 1995.**
- MENDES GONÇALVES, R.B. - **Processo de trabalho em saúde.** Apresentado no módulo I do CADRHU, São Paulo, 1988.
- MENDES GONÇALVES, R.B. - **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1994.
- MERHY, E. E. Brasil pós-64: financiamentos e modelos dos serviços de saúde. CAMPOS, G.W.S., MERHY, E.E., NUNES, E.D. **Planejamento sem normas.** HUCITEC, São Paulo, 1989.
- MONTEIRO, C.A., org. - **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil- A evolução do país e de suas doenças.** São Paulo, Hucitec/Nupens/USP, 1995.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/ vaginal cytologic diagnoses. **Acta Cytol.,(33):567-74, 1989.**
- NOLLER, K.L. - Incident and demographic trends in cervical neoplasia. **Am. J. Obstet. Gynecol., USA,175(4):1088-1090, 1996.**
- NOVAES, M.H.D.; NOVAES, R.L. - Saúde, doença e inovação tecnológica. **Saúde e Sociedade, SP,3(1):61-78, 1994.**
- PINOTTI, J.A.; ZEFERINO, L.C. - **Programa de controle de câncer cérvico uterino.** Campinas, Editora da UNICAMP, 1987.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA/ CENTRO DE SAÚDE ESCOLA -
Relatório de atividades realizadas pela área de obstetrícia e ginecologia do Centro de Saúde Escola no ano de 1977.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA/ CENTRO DE SAÚDE ESCOLA -
Programa de obstetrícia e ginecologia- 1978.

RICHART, R.M. - Screening. The next century. **Cancer, USA,76(10):1919-27, 1995.**

ROBERTSON, J.; WOODEND, B. - Cervical screening: what is the point? [letter]. **The Lancet. 346(8969):245, 1995.**

SANTIAGO, S.M. - Organização da atenção à saúde- O que é qualidade para os serviços de saúde?. IV Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo, 10 a 14 de julho de 1993.
Anais, São Paulo, 1994.

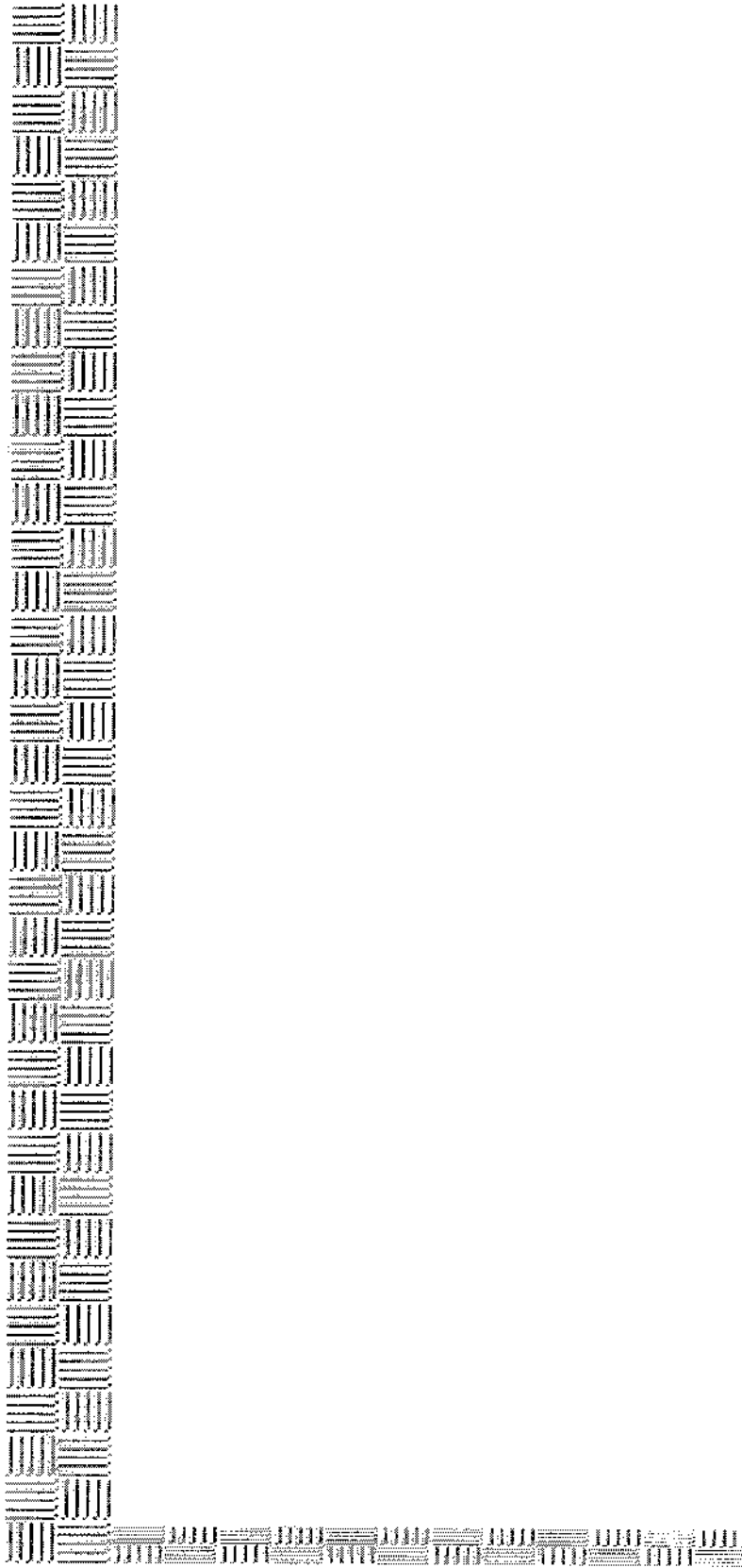
SASIENI, P. - Cervical screening: what is the point?. [letter]. **The Lancet, UK,346:244-247, 1995.**

SCHRAIBER, L.B. - Programação em saúde hoje: a força do debate. In: LIMA, A.M.M.; SALA, A.; CASTANHEIRA, E.R.L.; AYRES, J.R.C.M.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B.; TEIXEIRA, R.R. - **Programação em saúde hoje.** São Paulo, Hucitec. p.11-35.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/ PREFEITURA DE CAMPINAS/ UNICAMP -
Câncer em Campinas. Colo Uterino. **Sistema de Registro de Câncer de Base Populacional de Campinas, boletim N° 2, 1997**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO/ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS -
Projeto de apuração de custos em saúde. Relatório da fase I. Campinas, 1994.

- SEGNAN, N. - Cervical cancer screening. Human benefits and human costs in the evaluation of screening programmes. **The European Journal of Cancer. Italy**, **30A(6):873-875**, 1994.
- SKEGG, D.C.G. - Cervical screening blues. **The Lancet, New Zealand**,**345:1451-1452**, 1995.
- SLATER, D. - National Cervical Screening Programme. Enforcement and coordination are required: guidance and interpretation are not enough. **British Medical Journal, Rotherham**,**301:887-888**, 1990.
- SOUTTER, W.P. - Cervical screening: what is the point?. [letter]. **The Lancet**. **346(8969):246-247**, 1995.
- UNICAMP - **Relatório final do projeto: Qualidade de vida e saúde no Município de Cosmópolis**. Campinas, 1993-1994.
- VUORI, H. - A qualidade da saúde. **Revista de Ciência e Tecnologia**. **1:17-25**, 1991.
- WILKINSON, C.E.; PETERS, T.J.; HARVEY, I.M. - Prospective evaluation of a risk scoring system for cervical neoplasia in primary care. **Br. J. Gen. Pract., England**,**44(385):341-4**, 1994.
- ZEFERINO, L.C. - **Influência da idade ao início da atividade sexual e do número de parceiros sexuais da mulher na história natural da neoplasia do colo uterino**. Campinas 1994. (Tese de Doutorado- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- ZEFERINO, L.C.; COSTA, A.M.; PANETTA, K.; JORGE, J.P.N. - Screening da Neoplasia cervical. **Mimeo**. Depto de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas- UNICAMP. Campinas, 1996.



10. Anexos

PCCCU - PAULÍNIA

Livro: Ano: _____ Página: _____

1-) Data da inscrição no programa: __/__/__

Nome: _____

Número de Registro: _____

Ano de Nascimento: _____

2-) Data do Primeiro Rastreamento Citológico: __/__/__

Primeiro Rastreamento Citológico: 0 “N.R.- não realizado”

1 “D.L.- displasia leve”

2 “D.M.- displasia Moderada”

3 “D.A.- displasia avançada”

4 “C.I.S.- Ca *in situ*”

5 “C.Inv.- Ca invasor”

6 “Atip. I.- atípias inconclusivas”

7 “M.A.- metaplasia atípica”

8 “Outros”

9 “Ignorado”

Bacterioscopia: 1 “Ausente”

2 “H.V.”

3 “T.V.”

4 “H.P.V.”

5 “Cândida”

6 “Outros”

9 “Ignorado”

3-) Citologia Tríplice: 0 “N.R.- não realizada” Data cit trípl.: __/__/__

1 “D.L.- displasia leve”

- 2 “D.M.- displasia moderada”
- 3 “D.A.- displasia Avançada”
- 4 “C.I.S.- Ca *in situ*”
- 5 “C.Inv.- Ca invasor”
- 6 “Atip I.- atipias inconclusivas”
- 7 “M.A.- metaplasia atípica”
- 8 “Outros”
- 9 “Ignorado”

- 4-) Colposcopia: 0 “N.R.- não realizado” Data da Colposcopia: __/__/__
- 1 “A.I.S./Z.T.T.- ausência de imagem suspeita”
 - 2 “I.S.P.- imagem suspeita presente”
 - 3 “Outros”
 - 9 “Ignorado”

- 5-) Biópsia: 0 “N.R.- não realizada” Data da Biópsia: __/__/__
- 1 “C.C.I.- cervicite crônica inespecífica”
 - 2 “D.L.- displasia leve”
 - 3 “D.M.- displasia moderada”
 - 4 “D.A.- displasia avançada”
 - 5 “Ca *in situ*”
 - 6 “Ca invasor”
 - 9 “Ignorado”

- 6-) Conização: 0 “N.R.- não realizado” Data da Conização: __/__/__
- 1 “C.C.I.- cervicite crônica inespecífica”
 - 2 “D.L.- displasia leve”

- 3 “D.M.- displasia moderada”
- 4 “D.A.- displasia avançada”
- 5 “Ca *in situ*”
- 6 “Ca invasor”
- 9 “Ignorado”

7-) Procedimentos Terapêuticos:

Cauterização: 0 “NR” Data da Cauterização: __/__/__
 1 “Sim”
 9 “Ignorado”

Conização: 0 “NR” Data da Conozação: __/__/__
 1 “Sim”
 9 “Ignorado”

Histectomia: 0 “N.R.” Data da Histectomia: __/__/__
 1 “Sim”
 9 “Ignorado”

8-) Data da Situação Atual ou Evolução: __/__/__

Situação Atual ou Evolução: 1 “Abandono”
 2 “Alta”
 3 “Em segmento no serviço”

4 “Transferência para nível terciário (CAISM)

5 “Transferência para outro serviço

6 “Óbito”→ Causa: 1 “Outra causa”

2 “Pela causa”

3 “Cauda ignorada”

9 “Ignorado”

9-) Número de Atendimentos no Programa: _____

CAISM

Nome: _____

Registro: _____ Número _____

Data de Nascimento: __/__/__

1-) Data do Primeiro Rastreamento Citológico: __/__/__

- Primeiro rastreamento citológico:
- 0 "N.R.- não realizado"
 - 1 "D.L.- displasia leve"
 - 2 "D.M.- displasia Moderada"
 - 3 "D.A.- displasia Avançada"
 - 4 "C.I.S.- Ca *in situ*"
 - 5 "C.Inv.- Ca invasor"
 - 6 "Atip.I.- atípias inconclusivas"
 - 7 "M.A.- metaplasia atípica"
 - 8 "Outros"
 - 9 "Ignorado"

- Bacterioscopia:
- 1 "Ausente"
 - 2 "H.V."
 - 3 "T.V."
 - 4 "H.P.V."
 - 5 "Cândida"
 - 8 "Outros"
 - 9 "Ignorado"

2-) Data do Início do Tratamento no CAISM: __/__/__

- Procedimentos da primeira consulta:
- 1 "CO tríplice"
 - 2 "Biópsia"
 - 3 "Colposcopia"
 - 4 "Cauterização"
 - 8 "Outros"
 - 9 "Ignorado"

3-) Data do Diagnóstico Completo: __/__/__

Diagnóstico: _____

4-) Procedimentos Realizados Durante o Acompanhamento:

0 “CO tríplice”

1 “Biópsia”

2 “Colposcopia”

3 “Conização”

4 “Histerectomia”

5 “Cauterização”

6 “Quimioterapia”

7 “Radioterapia”

8 “Outros”

5-) Conização: Necessidade Estabelecida em: __/__/__

Procedimento Realizado em: __/__/__

6-) Número de Controles até estabelecer o diagnóstico: ## controles

7-) Data do último controle: __/__/__

Última situação do paciente: 1 “Abandono”

2 “Alta”

3 “Em seguimento”

4 “Transferência p/ nível terciário (CAISM)”

5 “Transferência p/ outro serviço”

6 “Óbito → Causa: 1 “Outra causa”

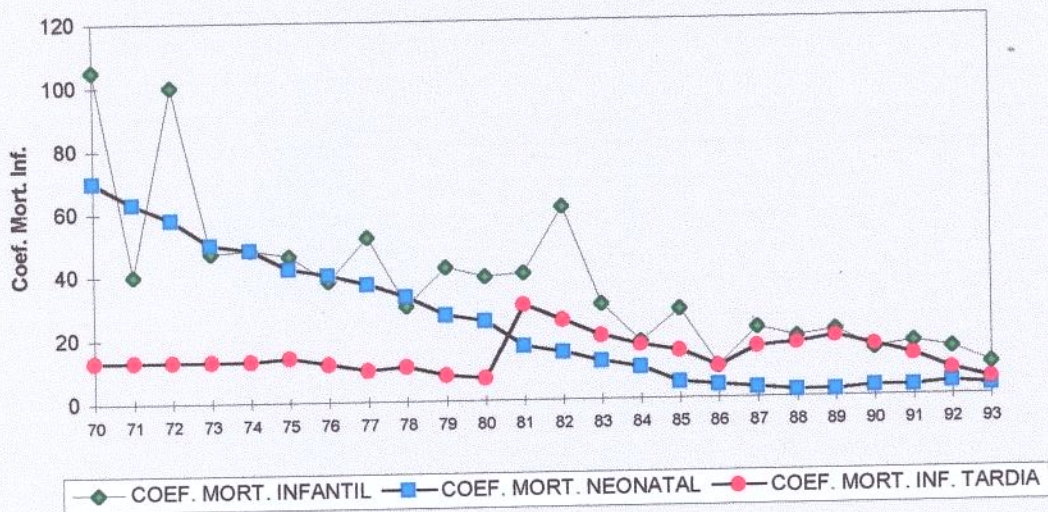
2 “Pela causa”

3 “Causa ignorada”

9 “Ignorado”

8-) Número de controles até a última situação: ## controles.

COEF. MORTALIDADE INFANTIL PAULINIA 1970 A 1993



Vigilância Epidemiológica

COBERTURA DE C.O. DA REDE DE PAULINIA - DE 1987 A 1993



Fonte: Estimativa IBGE / 1991

Nº DE C.O. COLHIDOS NA REDE DE PAULINIA POR UNIDADE DE SERVIÇO - 1987 A JUNHO/93

