

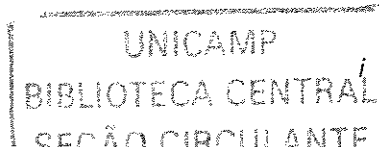
CLAUDIA LUCI DOS SANTOS INHAIA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA
MULHER NO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

Dissertação de Mestrado

**ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a ELIANA AMARAL
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr LUIZ CARLOS ZEFERINO**

**UNICAMP
2005**



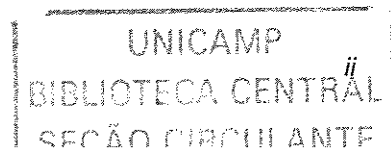
CLAUDIA LUCI DOS SANTOS INHAIA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA
MULHER NO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a ELIANA AMARAL
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr LUIZ CARLOS ZEFERINO

**UNICAMP
2005**



UNIDADE	
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	Inha
V	EX
TOMBO BC/	66329
PROC.	16-0-00086-09
C	☐
D	☒
PREÇO	11,00
DATA	09/11/05
Nº CPD	

BIB ID: 373264

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

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

In4a

Inhaia, Claudia Luci dos Santos

Atenção primária à saúde da mulher no programa de saúde da família do município de Campinas. / Claudia Luci dos Santos Inhaia. Campinas, SP: [s.n.], 2005.

Orientadores: Eliana Amaral, Luiz Carlos Zeferino

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

1. Saúde da Família. 2. Mulher. 3. Morbidade. 4. Administração e Planejamento em Saúde. 5. Avaliação de Programas. 6. Atenção Primária. I. Amaral, Eliana. II. Zeferino, Luiz Carlos. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

(Slp/fcm)

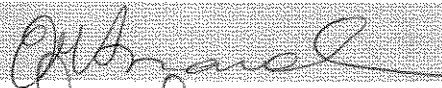
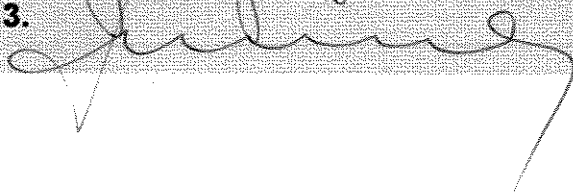
BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: CLAUDIA LUCI DOS SANTOS INHAIA

Orientador: Prof^a. Dr^a ELIANA AMARAL

Co-Orientador: Prof. Dr LUIZ CARLOS ZEFERINO

Membros da Banca:

1. 
2. 
3. 

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 25/08/2005

261505009

Dedico este trabalho...

*...de forma muito especial e carinhosa,
aos meus pais, Dorvalino e Carmem,
exemplos constantes de perseverança e fé,
que de forma imperceptível plantaram em mim
o amor pela medicina, pelo ensino e pela pesquisa...*

*...à minha irmã Denise e minha afilhada Laura,
as mulheres mais lindas da minha vida,
e ao meu irmão Lucas,
fontes constantes de renovação e amor...*

*...à minha orientadora Eliana,
que foi o meu norte nos últimos meses,
a quem eu tenho como exemplo
e nutro profunda admiração...*

Agradecimentos

À minha orientadora, Profa. Dra. Eliana Amaral, pela coragem de me aceitar como aluna nesta linha de pesquisa, e por ter permitido e apoiado que eu trilhasse os caminhos que escolhi, me ajudando a dar estes passos que representam os primeiros na minha construção intelectual e acadêmica.

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino, por ter acreditado em mim e pela valiosa experiência compartilhada na co-orientação deste estudo.

Ao Prof. Dr. Gastão Campos, um dos idealizadores do programa que gerou os dados estudados neste trabalho, que gentilmente participou da qualificação, julgando assim a nossa avaliação de seu próprio filho.

Ao Prof. Dr. Luis Bahamondes, por ter sempre me apoiado nesta linha de pesquisa e por sua contribuição para a melhora desta na qualificação.

Ao Ricardo (Dão), amigo querido, pela ajuda fundamental para minha admissão no mestrado.

Às minhas irmãs de coração, companheiras de todas as horas Cássia e Amanda, por viabilizarem minha vida aqui em Campinas.

Aos meus amigos Nivaldo, Iria e Paula, pelo apoio e pelas horas de conversa que sempre me acalmaram e permitiram que eu seguisse adiante.

À minha amiga Maria de Fátima (Fafy) por ter me acolhido no momento mais difícil da minha vida.

Ao meu amigo Luis Otávio pela ajuda valiosa na finalização desta dissertação e pela paciência ao longo dos últimos dois anos.

Ao Gelson por ter me apoiado sempre e nunca ter pedido para eu voltar.

Às minhas amigas Elaine e Lia por terem sempre acreditado em mim, e por permanecerem ao meu lado apesar da distância.

Às amigas Didi, Valéria, Adriana, Sandra, Daniela e Priscila pelo apoio e companhia.

À Gislaine, Sirlei e Leonardo pela análise estatística dos dados, e principalmente pela disponibilidade sempre presente em me receber e ensinar.

À Margarete, Klésio, Sueli, Márcia, Conceição e Kátia, aqui representando todos os funcionários do CAISM, que muito me auxiliaram em todas as etapas do meu trabalho.

Ao Lúcio, por tantas vezes ter salvado meu trabalho da extinção.

À equipe da ASTEC pela ajuda na revisão e formatação desta dissertação.

À Aparecida Linhares Pimenta (Cidinha), pela seriedade no trabalho com saúde pública, que me inspira e serve de exemplo.

À Edna, Maria Ângela, Vanda, Jane e Renata, por terem compreendido minhas ausências e me apoiado incondicionalmente neste último semestre.

Ao Dr. Savério, à Dr. Ana e à Dr. Cristina, da coordenadoria de informação e informática da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, pela infinita paciência e ajuda na interpretação dos dados do SIGAB.

Ao Matheus e à Simone, da coordenadoria de informação e informática da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, pela disponibilidade e paciência em me ajudar com o SIGAB.

À Dra. Verônica pelo apoio junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, por ter disponibilizado os dados que permitiram a realização desta pesquisa.

A todos o meu muito obrigada, vocês foram e são muito importantes para mim.

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos se não fora
A mágica presença das estrelas!*

Mario Quintana

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	ix
Resumo	xi
Summary	xiii
1. Introdução	15
1.1. A atenção básica e o Programa de Saúde da Família	17
1.2. Breve histórico da atenção à saúde da mulher	24
1.3. Avaliação e Indicadores	29
2. Objetivos	34
2.1. Objetivo geral	34
2.2. Objetivos específicos	34
3. Sujeitos e Métodos	36
3.1. Desenho do Estudo	36
3.2. Bases de Dados	36
3.3. Procedimentos de Coleta de Dados	37
3.4. Variáveis e Conceitos	38
3.4.1. Variável Independente	38
3.4.2. Variáveis Dependentes	38
3.4.3. Variável de controle	41
3.5. Tamanho da amostra e análise de dados	42
3.6. Aspectos Éticos	42
4. Resultados	43
4.1. Caracterização da População de Estudo	43
4.2. atendimentos	44
GRUPO 1	47
4.3. Procedimentos	48
Consulta Clínica	51
4.4. Diagnósticos	51
Clínicos	57
4.5. Encaminhamentos	58
Ortopedia/Reumatologia	59
Psiquiatria	59
4.6. Citologia oncológica	60
Médicos não GO	62
4.7. Mamografias	63
4.8. Pré-Natal	64
5. Discussão	65
6. Conclusões	86
7. Referências Bibliográficas	88
8. Bibliografia de Normatizações	97
9. Anexos	98
9.1. Anexo 1 – Planilha do SIGAB	98
9.2. Anexo 2 – Mapa das UBS em 2003 de acordo com Distrito de Saúde	99

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CID	Classificação Internacional de Doenças
CO	Citologia Oncológica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Equipes de Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LABCITO	Laboratório de Citopatologia da Unicamp
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa de Saúde da Família
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGAB	Sistema de Informações para Gerenciamento da Atenção Básica

SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistema Nacional de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
WHO	<i>World Health Organization</i>

Resumo

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), como modelo assistencial para a atenção primária, trouxe dúvidas a respeito das funções dos diversos profissionais, médicos e não médicos, sobre a atenção à saúde da mulher. Em Campinas, onde se implantou um PSF modificado, denominado Paidéia, que é caracterizado entre outras coisas por contar com o apoio local de ginecologistas às equipes, os questionamentos em relação a estas competências - em relação às mulheres - são ainda mais importantes. O objetivo deste estudo foi comparar o perfil dos atendimentos às mulheres na rede básica de saúde do município de Campinas antes (2000) e no terceiro ano de implantação do PSF-Paidéia (2003). Este foi um estudo descritivo, com análise secundária de dados do Sistema de Informações para Gerenciamento da Atenção Básica (SIGAB), referentes aos atendimentos de mulheres com 15 anos ou mais, nas UBS de Campinas, nos anos 2000 e 2003. O número de mulheres atendidas aumentou 11,6%, sendo este aumento mais expressivo nas áreas com pior Índice de Condições de Vida (ICV). Os médicos não ginecologistas foram responsáveis por um maior percentual de atendimentos em 2003 (51%) comparados a 2000

(38%). Houve redução importante dos atendimentos por profissionais dos níveis superior e médio na enfermagem, de 4% e 48% respectivamente, e manutenção dos atendimentos por ginecologistas (28%). O capítulo XXI da CID 10 (rotinas programáticas) foi o mais registrado nos diagnósticos (acima de 80%), seguido por doenças cardiovasculares e geniturinárias. Os ginecologistas registraram 88% dos diagnósticos gineco-obstétricos, enquanto os médicos não ginecologistas responderam por 99% dos clínicos. Necessitaram encaminhamento 7 de cada 100 mulheres atendidas em 2000 e 4 em cada 100 em 2003, sendo as especialidades mais requisitadas a oftalmologia e a dermatologia. A coleta de citologias oncológicas de colo uterino aumentou 11,5%, com cobertura trienal estimada de 43,7% em 2003. Houve crescimento de 59,2% no número de mamografias, sendo o que o número de exames realizados correspondeu a 23,5 exames para cada 100 mulheres acima de 50 anos atendidas. O número médio de consultas pré-natais por nascimento ocorrido no SUS foi de 5,2 em 2003 representando um discreto aumento em relação a 2000. Concluindo, a implantação do PSF Paidéia parece ter contribuído para a melhoria da equidade de acesso à rede básica de saúde em Campinas, com aumento da atenção médica e redução dos atendimentos pela equipe de enfermagem. A integralidade é o desafio a ser enfrentado, o que se evidenciou pela compartimentalização da atenção entre ginecologistas e médicos não ginecologistas no papel de generalistas. A cobertura das ações de prevenção secundária, em câncer de colo uterino e mama, merece intervenção específica.

Summary

The change on the model for primary care to a Family Health Program (PSF) raised doubts on the role of family health team about women care. In Campinas, where had been implemented a modified PSF program called Paidéia, characterized for gynecologist local support to women health attention this doubts are really important. The main purpose of this study was to compare the characteristics of the medical consultations performed before (2000) and in the third year (2003) of the novel PSF-Paidéia implementation. This is a descriptive study based on a secondary analysis of the data gathered by the Campinas's "Information System for the Management of the Primary Health Care (SIGAB)", pertaining to the consultations of women aged 15 years or older in the Basic Health Units (BHU) of Campinas, from 2000 to 2003. The number of women attended raised 11.6%, in an inverse association with the living standards of the reference population. Non-gynecologists were responsible for 51% of women's consultations in 2003, contrasting to 38% in 2000. The consultations performed by the nursing personnel, with graduate school or technical background, were reduced to 4% and 48% respectively. The proportion of consultations performed by gynecologists remained

stable (28%). Chapter XXI of ICD 10 (health program routines) prevailed in the diagnoses log (more than 80%), followed by cardiovascular and genito-urinary diseases. Gynecologists logged 88% of the gynecological and obstetrical diagnoses, whereas non-gynecologists were responsible for 99% of the diagnoses in internal medicine. Seven percent of women attended in 2000 and 4% of those attended in 2003 were referred to specialized care, mainly ophthalmologic and dermatology consultations. Sampling cervical smears were registered for 11.5% appointment, with estimated triennial coverage of 43.7% in 2003. The number of mammograms increased 59.2% in the period studied, with 23.5 exams performed for each 100 women aged 50 years or more. The mean number of antenatal consultations in the public health system was 5.2 in 2003, slightly above the mean in 2000. The implementation of PSF-Paidéia seems to have contributed to the equity of access to the primary health system in Campinas, with an increment of medical consultations and a reduction of consultations performed by the nursing staff. To achieve integral care is the challenge, given the compartmentalization between gynecologists and non-gynecologists acting in the primary health care. The coverage of preventive secondary actions for cervical and breast cancer deserves specific intervention.

1. Introdução

Diversos movimentos ocorridos no mundo e no Brasil, resultantes da articulação dos grupos organizados de mulheres, das entidades e dos profissionais da área da saúde, contribuíram para o avanço na atenção à saúde da mulher observado nas últimas décadas. Entre os eventos significativos estão a valorização da atenção básica a partir de Alma Ata (WHO, 1978), as conferências de saúde sobre população do Cairo (OPAS, 1996) e de Beijing (WHO, 1995), a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 (Brasil, 1984), as conferências de saúde (Brasil, 1986), a Lei Orgânica da Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990) e a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) a partir de 1994 (Brasil, 1994). Os avanços trazidos por estes eventos incluem o reconhecimento da necessidade do uso da perspectiva de gênero na abordagem da saúde, em um movimento em direção à equidade, à integralidade da atenção e à articulação da atenção à mulher com os programas da atenção básica.

No Brasil, a atenção à mulher foi e ainda é bastante médico-centrada na figura do ginecologista. Com a implantação do PSF, no entanto, esta passou a

ser, progressivamente, compartilhada com os profissionais que compõem as equipes de saúde da família (ESF), como ocorreu em outros países com propostas similares. Esta mudança de competências, entretanto, não se dá de maneira uniforme nos vários municípios brasileiros e muitos são os fatores determinantes desta heterogeneidade. Entre eles podem-se citar o tamanho das cidades e suas populações, o número de especialistas contratados, a aceitação da mudança de modelo assistencial pela população e a falta de capacitação de profissionais preparados para assumirem o papel de generalistas (Sousa, 2002).

No município de Campinas, o PSF vem sendo implantado, desde 2001, sob a denominação de projeto Paidéia. O Paidéia foi a proposta encontrada pelos gestores municipais para implantar o PSF, mantendo a sua vasta rede de especialistas contratados e atuantes no município, que forneceriam suporte técnico para as recém-formadas equipes de saúde da família, usando o conceito de matriciamento. Sendo assim, no Paidéia, as ESF têm o apoio e a possibilidade de referência dentro da própria UBS, e, muitas vezes dentro da própria ESF, de especialistas em pediatria, clínica médica e ginecologia, o que, entre outras coisas, o difere do modelo padrão adotado pelo Ministério da Saúde (MS) (Campinas, 2001b).

Esta mudança no modo de atender pode representar um avanço em direção à integralidade da atenção e ao acesso aos serviços de saúde, principalmente em comunidades mais carentes e distantes dos grandes centros. Em contrapartida, a falta de médicos generalistas ou de saúde da família capacitados, assumindo o atendimento da mulher, poderia levar a um retrocesso na qualidade da atenção prestada.

Avaliar os resultados que uma mudança de modelo assistencial traz para a saúde da população é fundamental para que gestores e financiadores em saúde possam fazer planejamentos, alocação de recursos e investimentos. (Starfield, 2004). O uso de indicadores permite a comparação dos distintos modelos e seu acompanhamento ao longo do tempo. Estes indicadores são construídos com informações coletadas dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e dos inquéritos populacionais, sendo este fluxo de informações e a avaliação de seus resultados uma alça de retro-alimentação fundamental para acompanhar os impactos sobre a saúde de uma população.

No município de Campinas, o principal SIS, em atenção básica, é o Sistema de Gerenciamento da Atenção Básica (SIGAB), que compila praticamente toda a produção em atenção básica do município. Este trabalho visa avaliar o perfil da atenção básica à saúde da mulher no ano 2000, antes da implantação do PSF-Paidéia, e em 2003, terceiro ano após o início de sua implantação oficial (2001), e analisar o comportamento de alguns indicadores de saúde para este grupo populacional no período.

1.1. A atenção básica e o Programa de Saúde da Família

Na década de 60 teve início um debate mundial sobre determinantes econômicos e sociais da saúde, em função da necessidade de se estabelecerem políticas que direcionassem as ações, visando a uma abordagem que contemplasse a promoção e manutenção da saúde das pessoas, famílias, comunidades e meio ambiente (Brasil, 2001b). Estes debates convergiram na Conferência de Alma-Ata,

em 1978, que trouxe a proposta de “Saúde Para Todos no Ano 2000”, baseada em uma estratégia de comprometimento com a atenção primária que foi definida como:

“... assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologia práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A atenção primária é parte integrante tanto do Sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, a família e a comunidade com o sistema nacional de saúde, levando mais perto possível a atenção à saúde ao lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (WHO, 1978).

Para Starfield (1992), as características da atenção primária incluem:

- a acessibilidade: facilidade de acesso geográfico e administrativo, permitindo que o serviço constitua-se em uma porta de entrada ao sistema de saúde;
- a longitudinalidade: acompanhamento de mudanças individuais e detecção de necessidades que surgem ao longo da vida;
- a continuidade: regularidade (estabilidade) da estrutura de prestação dos serviços para garantir o atendimento ao longo do tempo;
- a abrangência: identificação de necessidades diversas, além do motivo imediato da consulta, permitindo orientar quanto a prevenção, e
- a coordenação: gerenciamento adequado das informações, fornecendo bases para planejamento; acordos de manutenção do atendimento e articulação da referência, construindo mecanismos de encaminhamento efetivos a partir da unidade primária em direção aos outros níveis e setores de atendimento.

Logo, por definição, a atenção primária não existe isolada no sistema de saúde, mas articula-se com ele, representando a sua principal porta de entrada. Este nível de atenção, em teoria, deveria ter capacidade para resolver aproximadamente 90% dos problemas de saúde de uma comunidade. Dos restantes 10%, 8% teriam solução no nível secundário e apenas 2% chegariam a precisar de atenção terciária (Starfield, 1992, Brasil 1997). Fica claro, portanto, que pensar em saúde pública implica equacionar investimentos financeiros e humanos que contemplem as diferentes demandas de cada nível de atendimento, com concentração de esforços na atenção primária, em virtude da sua inequívoca importância para todo o sistema.

Mais recentemente, grande importância tem sido dada a outra característica da atenção primária, que já transparecia no “saúde para todos” de Alma Ata, a equidade. O reconhecimento de que a desigualdade de condições de vida das pessoas é determinante da sua condição de saúde é um dos princípios que norteiam a atenção primária à saúde. A equidade implica que idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem para alcançar este potencial, caso isso possa ser evitado (Whitehead, 1992).

A inequidade, portanto, irá ocorrer quando diferentes grupos, definidos por suas características sociais e demográficas como renda, educação, ou etnia, têm acesso diferenciado a serviços de saúde ou diferenças nas condições de saúde (Lucchese, 2003). A inequidade resulta de desvantagens sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde em subgrupos populacionais definidos social, demográfica ou geograficamente. A equidade

nos serviços de saúde implica a inexistência de diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (eqüidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (eqüidade vertical) (Starfield, 2002).

As inequidades em saúde relacionadas ao gênero são reconhecidas como importantes determinantes no processo de adoecimento das mulheres e têm sido cada vez mais estudadas e consideradas por gestores de saúde. A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do governo federal publicou, em 2004, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres onde reconhece a necessidade de investimento em eqüidade “...o acesso de todas as pessoas aos direitos universais deve ser garantido com ações de caráter universal, mas também por ações específicas e afirmativas voltadas aos grupos historicamente discriminados. Tratar desigualmente os desiguais, buscando-se a justiça social, requer pleno reconhecimento das necessidades próprias dos diferentes grupos de mulheres...” (Brasil, 2004a).

A redução das inequidades passa pela formulação e implementação de políticas de saúde sólidas que contemplem as diferenças e estabeleçam ações que melhorem o acesso, das populações vulneráveis, a serviços de saúde de qualidade (Brown et al., 2004; Gwatkin et al., 2004).

A criação do SUS, com seus princípios básicos de universalidade, eqüidade e integralidade (Brasil, 1990), representou um marco importante na construção de um sistema de saúde público onde a atenção primária poderia desenvolver-se. No entanto, sua criação não foi suficiente para uma real melhoria na qualidade da atenção primária no Brasil. A mudança no paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, só parece ter início quando a proposta de saúde

da família atingiu a condição de política pública de saúde no Brasil (Trad e Bastos, 1998; Goulart, 2002).

O modelo de saúde da família é uma das estratégias mais amplamente utilizadas para oferecer atenção de qualidade no nível primário. Mesmo variando amplamente em suas formas de operacionalização, tem se mostrado viável e eficiente em países com características tão diversas como Canadá, Cuba, Inglaterra e Espanha (Bessa e Penaforte, 2002). Na Europa em particular, a responsabilidade pela atenção básica vem sendo delegada de forma crescente a médicos de família, também chamados generalistas (Garcia-Barbero, 2003).

No Brasil, a estratégia do PSF apresenta-se como um conjunto de ações conjugadas com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer (Trad e Bastos, 1998). É um modelo que contempla em sua teoria os princípios do SUS, ao mesmo tempo que resgata a visão do indivíduo dentro de um contexto de vida familiar e comunitária (Trad e Bastos, 1998).

“Ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua” (Brasil, 1986).

No modelo original de PSF proposto no Brasil, a atenção primária é praticada por uma equipe composta por médico generalista, enfermeiro, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe odontológica,

que se responsabilizariam pela atenção a um determinado número de famílias (cerca de 800), adscritas e cadastradas em uma região geográfica específica (Brasil, 1994; 1997). Em documento de 1997, vislumbrando as dificuldades de implantação de um modelo único para todo o Brasil, o Ministério da Saúde (MS) esclarece que:

“A operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia” (Brasil, 1997).

Campinas foi um dos municípios que optou por um modelo de saúde da família diferenciado do clássico proposto pelo Ministério da Saúde, devido à necessidade de adaptar a mudança do modelo de atenção à realidade já instalada no município. A opção foi por um projeto que contempla os princípios do PSF de atendimento integral ao indivíduo dentro do seu contexto familiar e social através das equipes de saúde da família, sem deixar de dispor, entretanto, da estrutura já existente de especialistas em funcionamento, assumindo o modelo de equipes multiprofissionais proposto por Campos em 1992, que foi chamado de PSF Paidéia (Campos, 1992; Campinas, 2001b; Campos, 2003). O PSF Paidéia tem como características principais a clínica ampliada, as ações de saúde coletiva no nível local, o cadastro de saúde da população, a vinculação de famílias à equipe local de referência, o acolhimento, a responsabilização, o sistema de co-gestão e os programas de capacitação (Campos, 2003).

Desde o início da implementação do PSF, em 1994, o país vem enfrentando uma série de desafios relacionados à sua operacionalização. Encontrar médicos

com formação adequada para atuarem como generalistas é um deles, uma vez que não se dispõe deste profissional formado, apesar de já existirem centenas de equipes de saúde da família atuando no país (Brasil, 2000b). Isto ocorre porque ao longo das últimas décadas as faculdades de medicina privilegiaram a formação de especialistas em detrimento das necessidades da atenção básica (Campos, 1999; SBMFC, 2002). Vista esta dificuldade, a opção do Ministério da Saúde tem sido a capacitação dos profissionais que já compõem as equipes de saúde da família nos pólos de capacitação, através de cursos de especialização e cursos focais voltados para a educação continuada (Levicovitz e Garrido, 1996).

A abordagem da saúde da mulher por programas de formação profissional para a atenção primária tem sido de difícil abordagem por estes programas, não só no Brasil, mas em todos os países que investem na formação de médicos não ginecologistas capacitados para o atendimento às mulheres (ACP, 1997). A definição das competências de generalistas e especialistas neste nível de atenção (Garcia-Barbero, 2003), além de iniciativas de incorporar uma nova perspectiva de saúde que contemple questões de gênero na formação de médicos de atenção primária (Neely et al., 2000), são pontos críticos e determinantes para que se avance em qualidade nesta atenção.

Portanto, neste novo modelo em construção, um dos desafios para gestores, profissionais e meio acadêmico é a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher, buscando minimizar as desvantagens que as questões relacionadas ao gênero possam estar determinando, desfazendo as inequidades tão comuns na história da saúde deste grupo populacional.

1.2. Breve histórico da atenção à saúde da mulher

No início do século passado a abordagem à saúde da mulher estava apoiada no pressuposto da existência feminina voltada para e dirigida pela maternidade (Osis 1994; D'Oliveira, et al., 2000). No Brasil este pensamento não era diferente, e no ambiente acadêmico era enfatizada a responsabilidade social das mulheres em procriar e educar as crianças e as graves conseqüências que sofreriam se não cumprissem essa tarefa (Osis, 1994; Pinotti, 1986).

Em função disso, os primeiros movimentos relacionados à proteção à saúde da mulher, que duraram por muitas décadas, foram voltados para a mulher mãe, valorizada por seu papel social no crescimento da população e no cuidado com os futuros cidadãos.

Na pré-década de 30, as ações voltadas especificamente para a saúde da mulher foram quase inexistentes (Nemes, 1993; Osis, 1994). A partir de então, foram criados alguns órgãos e diretorias com a intenção de regulamentar e implementar medidas voltadas para a promoção da saúde materno-infantil. Destes, o mais importante foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 1940, que estendeu as atividades dos serviços de saúde materno-infantil, públicos e privados, por todo o Brasil. O foco claro do DNCR era a proteção à infância, e foi responsável pela incorporação de tecnologias importantes como vacinação e alimentação artificial. No entanto, nenhuma ação relacionada ao planejamento familiar ou a outros aspectos de cuidados específicos com a saúde da mulher existia naquele momento histórico (Canesqui, 1987).

Apenas na década de 70 surgiram as primeiras ações relacionadas à atenção à mulher não grávida. Estas ações foram voltadas para o planejamento familiar e ocorreram principalmente em decorrência da expansão de ações de instituições privadas que abordavam esta questão, sob a ótica do controle de natalidade e separada dos demais aspectos da saúde da mulher (Canesqui, 1985; Osis, 1994).

Paralelamente, os movimentos de mulheres que tomaram força internacionalmente na década de 60 intensificaram-se no Brasil em meados dos anos 70, colocando-se no debate sobre os direitos reprodutivos. As mulheres organizadas reivindicavam sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolavam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem as melhorias das condições de saúde em todas as fases da vida, defendendo o direito da escolha autônoma a respeito do número de filhos que queriam ter, não atrelada a definições de metas demográficas nacionais (Osis, 1994; Brasil, 2004a).

Influenciados também pelas reivindicações das mulheres e pelos movimentos mundiais de melhoria da qualidade da atenção básica, diversos grupos de profissionais, das áreas da saúde e da comunidade, foram pioneiros em iniciativas que atendessem de forma adequada às necessidades de saúde das mulheres. A Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), nas figuras dos seus Departamentos de Tocoginecologia e de Saúde Coletiva, foi um destes pioneiros (Osis, 1994). A proposta da Unicamp teve como inspiração a observação de que, apesar do sucesso que tinham individualmente, os programas de diagnóstico e tratamento de patologias isoladas, tais como câncer de mama e colo de útero, não atingiam

o objetivo maior de melhoria das condições de saúde geral das mulheres. Além disso, a constatação das oportunidades perdidas de fazer diagnósticos precoces em mulheres que freqüentavam o hospital universitário, por outras questões de saúde não relativas à tocoginecologia, também contribuiu para um movimento de horizontalização do atendimento (Pinotti et al., 1981).

Este movimento levou à formulação do conceito de atenção integral à saúde da mulher, onde os envolvidos defendiam uma atenção não fragmentada à mulher, sob a ótica da integralidade, premissa que quebrava os paradigmas de atendimento vigentes na época. Esta experiência acabou sendo incorporada no discurso e reivindicações dos movimentos de mulheres (Osis, 1994), que influenciaram de maneira muito importante na publicação em 1984, pelo MS, do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios que norteavam até então as políticas de atenção à saúde da mulher (Osis, 1994). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, contemplando muitas das reivindicações do movimento sanitário que culminariam posteriormente com a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) (Osis, 1998).

O PAISM também antecipou a definição de saúde reprodutiva adotada pela OMS:

“(...) um estado de total bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doenças ou de enfermidades, em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo e com suas funções e processos. Assim, a saúde

reprodutiva significa que as pessoas podem ter uma vida sexual com prazer e sem risco e que têm a capacidade de procriar e a liberdade de decidir se, quando e com que frequência realizar o ato sexual...” (WHO, 1994).

“No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas como *parideiras...*” passando a atenção à reprodução a ser apenas um dos aspectos da atenção à mulher (Osis, 1998). O PAISM tinha como base a atenção de qualidade e integral à saúde da mulher, em suas diversas necessidades, ao longo de sua vida (Osis, 1998). O novo programa para saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 1984).

O PAISM enfrentou diversas dificuldades em sua implementação como um programa inovador, sendo implantado dentro de uma estrutura de atenção à saúde individual, assistencialista e voltada para a doença, e não para os indivíduos (Brasil, 1994). A partir dos anos 90, influenciado pelas características da nova política de saúde que germinava no país, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do programa de saúde da família, o PAISM amplia sua cobertura no território nacional. Ainda assim, até hoje muitos municípios enfrentam dificuldades políticas, técnicas e administrativas para a implantação do programa (D'Oliveira, 2000, Brasil 2004b)

e muitas mulheres permanecem sem acesso aos serviços, mesmo em estados como São Paulo (Bacha, 1997).

A partir de 1998, a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo, e, nos anos que se seguem, o MS estabelece para os municípios a responsabilidade em garantir ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, além de garantia de acesso às ações de maior complexidade (Andrade, 2001; Brasil, 2004a), o que vem aumentando a eficiência dos serviços e, mais do que isso, adequando-os às necessidades de cada comunidade.

Apesar dos movimentos das políticas públicas no sentido de investir em melhorias na atenção à mulher, ainda existem várias lacunas como a atenção ao climatério; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão das perspectivas de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas.

A mais recente publicação em relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher mantém o enfoque de atenção integral à mulher, acrescentando aos preceitos básicos do PAISM a perspectiva de raça e da diferenciação entre núcleos urbanos e rurais, além da discussão sobre o aborto, tema não abordado até este documento pelas políticas públicas de saúde (Brasil, 2004b). Esta publicação representa um avanço importante, mas muito ainda deve ser feito até que a operacionalização das propostas surta efeitos sobre as mulheres.

Visto este histórico, e o árduo caminho percorrido pela atenção à mulher para chegar ao estágio atual, e reconhecendo as particularidades que este grupo tem, cuidado especial deve ser tomado com o desempenho das ESF junto às mulheres, sendo avaliações e acompanhamento de indicadores as maneiras de acompanhar o impacto da mudança do modelo sobre a saúde desta população.

1.3. Avaliação e Indicadores

A justificativa definitiva para qualquer intervenção em saúde é o seu impacto sobre o estado de saúde da população (Starfield, 2004). As avaliações da implantação e dos resultados de programas de saúde são usadas como instrumentos na tomada de decisões e na alocação de investimentos nesta área (Habicht et al., 1999) e podem justificar ou desabonar uma intervenção. Programas de intervenção bem estruturados, portanto, devem ter já em seu planejamento os momentos e as formas de avaliação. A avaliação nestes casos é o instrumento que traz a retro-alimentação, fundamental para que ações corretivas possam ser feitas e melhorias contínuas sejam obtidas, atingindo-se o objetivo final de melhorar a qualidade da saúde daquela população (Hartz, 2002).

Segundo Hartz (2002), avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Em relação à atenção básica, uma das formas de avaliar ou comparar sistemas é através do efeito que produzem sobre o estado de saúde das populações e das pessoas (Starfield, 2004).

O estado de saúde de uma população pode ser medido através do acompanhamento de indicadores de saúde. Denominam-se indicadores as informações produzidas com periodicidade definida e critérios constantes, que revelam o comportamento de um fenômeno em um dado espaço de tempo. Para isso, faz-se necessária a disponibilidade do dado, bem como a uniformidade e sinteticidade na coleta, simplicidade técnica na elaboração e bom poder discriminatório do indicador (OPAS, 2001).

Indicadores são marcadores da situação da saúde, performance de serviços ou disponibilidade de recursos definidos para permitir a monitorização de objetivos, alvos e desempenhos (WHO, 1996). Os indicadores de saúde, mais do que servirem simplesmente como tendências para o estado de saúde, devem ser vistos como resultados desejados de uma avaliação, podendo ser utilizados como substrato para o planejamento dos serviços de saúde. Assim, quando aplicados em períodos sucessivos de tempo, fornecem uma forma de avaliar a extensão na qual os serviços de saúde estão atendendo as necessidades da população (Starfield, 2004).

A construção dos indicadores de saúde e o conhecimento atualizado das condições de saúde da população decorrem da realização de estudos e análises das informações disponíveis, especialmente nos sistemas de informações em saúde e nos inquéritos de base populacional. Os sistemas de informações foram desenvolvidos e implantados com o objetivo de facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, sendo que sistemas de informações de qualidade requerem de seus gerenciadores planejamento, coordenação, supervisão dos processos de seleção, coleta, aquisição, registro,

armazenamento, processamento, recuperação, análise e difusão de dados, além da geração de informações (OPAS, 2001).

A precisão destas informações, portanto, depende, em grande parte, da qualidade dos dados, o que pode estar influenciado por múltiplos fatores técnicos e operacionais. O uso regular desses dados, por serviços e instituições acadêmicas da área de saúde, contribui decisivamente para o progressivo aprimoramento dos sistemas e bases de dados e, conseqüentemente, para a consistência das análises realizadas (OPAS, 2001). Um bom sistema de informações depende da periodicidade do fluxo de fornecimento dos dados e do criterioso preenchimento dos instrumentos de coleta, tais como fichas de notificação e investigação, declaração de óbito, declaração de nascido vivo. A transformação desses dados (valor quantitativo obtido para caracterizar um fato ou circunstância) em informações (análise descritiva dos dados) pode ser feita em todos os níveis do sistema de saúde (OPAS, 2001).

A Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90 prevê, em seu artigo 47, a organização pelo Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do SUS, de um Sistema Nacional de Informações em Saúde (SIS) integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços (Brasil, 1990).

Objetivando orientar os processos de avaliação e monitoramento da Atenção Básica no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde formulou a proposta de desenvolvimento de pactos de gestão entre as Secretarias Estaduais e Municipais de

Saúde e o Ministério da Saúde. O Pacto de Indicadores da Atenção Básica foi, então, concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica, sendo instituído pela Portaria GM/MS 3.925 de 1998, que aprovou o "Manual para Organização da Atenção Básica", e a Portaria 476 de 1999, que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica. A partir de então, a cada ano vêm sendo publicadas orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem pactuados pelos gestores, Tabela1 (Brasil, 2003a, 2005). Em relação à saúde da mulher ainda podem ser avaliados outros indicadores, de acordo com as necessidades dos serviços locais e o estágio de desenvolvimento em que estes se encontram.

Os indicadores têm sido usados também como instrumentos de pesquisa, uma vez que proporcionam uma maneira de testar a eficácia de um novo programa ou estratégia, repetindo no campo da saúde pública o modelo da medicina baseada em evidências, aumentando com isso a credibilidade dos resultados frente à comunidade científica. Trabalhos recentes, no entanto, têm chamado a atenção sobre a necessidade de os estudos randômicos serem adaptados para poderem contemplar a complexa cadeia causal, que liga a implementação de programas a um dado indicador (Santos e Victora, 2004; Victora et al., 2004). Ou seja, avaliar o impacto de uma intervenção em saúde pública com base populacional, requer a apreciação do processo como um todo e suas partes; primeiro porque as mudanças nas condições de saúde ocorrem de forma lenta e segundo porque ganhos muito mais significativos em termos de qualidade de atenção podem estar presentes em um processo de intervenção, e não se refletir na mesma proporção nos resultados.

Tabela 1

Lista de indicadores do pacto de atenção básica de 2005

-
- | | |
|-----|--|
| 1. | Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano de idade |
| 2. | Taxa de mortalidade infantil |
| 3. | Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer |
| 4. | Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas |
| 5. | Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos |
| 6. | Homogeneidade da cobertura vacinal por Tetravalente em menores de 1 ano de idade |
| 7. | Número absoluto de óbitos neonatais |
| 8. | Taxa de mortalidade neonatal |
| 9. | Taxa de mortalidade materna |
| 10. | Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal |
| 11. | Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados |
| 12. | Razão entre CO em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária |
| 13. | Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo de útero |
| 14. | Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama |
| 15. | Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal |
| 16. | Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC) |
| 17. | Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares |
| 18. | Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) |
| 19. | Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético |
| 20. | Proporção de internações por Diabetes Mellitus |
| 21. | Proporção de abandono de tratamento de tuberculose |
| 22. | Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva |
| 23. | Taxa de mortalidade por tuberculose |
| 24. | Proporção de abandono de tratamento da Hanseníase |
| 25. | Taxa de detecção de casos de Hanseníase |
| 26. | Proporção de cura nos casos de hanseníase diagnosticados |
| 27. | Taxa de prevalência de hanseníase |
| 28. | Proporção dos graus de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico |
| 29. | Cobertura de primeira consulta odontológica |
| 30. | Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos. |
-

Conhecer e mensurar a influência que a adoção do PSF vem tendo sobre a qualidade da atenção à saúde da mulher, através do acompanhamento periódico de indicadores de saúde e avaliações quantitativas e qualitativas dos diferentes programas, são medidas necessárias para que gestores e a sociedade estejam respaldados na manutenção ou reformulação de ações neste campo.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar o perfil dos atendimentos às mulheres, na rede básica de saúde do município de Campinas, antes e no terceiro ano de implantação do PSF-Paidéia.

2.2. Objetivos específicos

- Comparar o número de mulheres atendidas com idade ≥ 15 anos em relação à população feminina residente em Campinas, antes e no terceiro ano de implantação do PSF-Paidéia.
- Comparar o número de mulheres atendidas por médicos ginecologistas e profissionais não ginecologistas, antes e no terceiro ano de implantação do PSF-Paidéia.
- Comparar o número de procedimentos e perfil de encaminhamentos realizados por médicos ginecologistas e profissionais não ginecologistas, antes e no terceiro ano de implantação do PSF-Paidéia.

- Comparar os diagnósticos registrados por médicos ginecologistas e médicos não ginecologistas, antes e no terceiro ano de implantação do PSF-Paidéia.
- Comparar o número de encaminhamentos realizados por médicos ginecologistas e profissionais não ginecologistas, antes e no terceiro ano de implantação do PSF-Paidéia.
- Descrever a distribuição dos atendimentos, diagnósticos e procedimentos por Índice de Condições de Vida (ICV), antes e no terceiro ano de implantação do PSF-Paidéia.
- Comparar a cobertura de citologia oncológica, mamografias e acompanhamento pré-natal, antes e no terceiro ano de implantação do PSF-Paidéia.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

Este foi um estudo descritivo e comparativo, por análise secundária de dados, dos atendimentos feitos às mulheres nas UBS do município de Campinas nos anos de 2000 e 2003.

3.2. Bases de Dados

A fonte primordial dos dados foi o Sistema de Informações para Gerenciamento da Atenção Básica (SIGAB). Este banco do SIGAB é alimentado pela planilha de atendimentos apresentada no Anexo 1. Também foram utilizados outros bancos de dados para cálculo de taxas, incluindo o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), informações populacionais obtidas na SMS de Campinas e sobre citologia oncológica (CO) do Laboratório de Citopatologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Unicamp (LABCITO).

3.3. Procedimentos de Coleta de Dados

Após autorização, a Secretaria de Saúde de Campinas forneceu os arquivos de dados do SIGAB referentes aos dois anos de interesse: 2000 e 2003. Inicialmente, foi montado um banco de dados único dos dois anos. Os dados que originalmente encontravam-se em DBF foram importados e analisados pelo pacote estatístico SAS.

Neste banco de dados secundário foram selecionados todos os atendimentos prestados por médicos não ginecologistas, ginecologistas e profissionais de enfermagem de níveis médio e superior, para indivíduos com sexo definido como feminino, com 15 anos ou mais de idade, nos anos 2000 e 2003, nas UBSs de Campinas existentes nos dois períodos.

No SIGAB cada mulher atendida pode receber um ou dois procedimentos; sendo assim, este é, inicialmente, um banco de procedimentos e não de atendimentos. Para o cálculo do número de mulheres atendidas foi criado um sistema de filtros onde inicialmente selecionavam-se as usuárias através do primeiro procedimento. O segundo filtro identificava as usuárias diferentes através da associação do número de registro e da data de nascimento por UBS. Finalmente, o terceiro listava o número de vezes que cada usuária foi atendida no ano em cada UBS.

3.4. Variáveis e Conceitos

As variáveis primárias do SIGAB que foram usadas no estudo incluem: código do usuário; data de nascimento; sexo; especialidade do profissional, código do procedimento; encaminhamento; diagnóstico. A partir destas e de outras informações dos outros bancos de dados, novas variáveis foram definidas.

3.4.1. Variável Independente

- **Ano** - Ano em que foi realizado o atendimento: 1-2000; 2- 2003.

3.4.2. Variáveis Dependentes

- **Profissional** - Formação do profissional que realizou o atendimento:
1) Médico ginecologista; 2) Médico não ginecologista; 3) Profissional de Enfermagem de Nível Superior; 4) Profissional de Enfermagem de Nível Médio e 5) Médico Especialista.
- **Faixa Etária** - número de anos completos desde a data de nascimento das mulheres que foram atendidas nas UBS do estudo: 15-19 anos; 20-49 anos e $\geq$ de 50 anos.
- **Procedimentos** - ações (únicas ou múltiplas) realizadas por profissionais médicos (excluindo-se os especialistas) e de enfermagem de nível superior no atendimento a mulheres, categorizados como: consulta clínica, consulta médica psf, consulta ginecologia, pré-natal médico, pré-natal enfermeiro, consulta de enfermagem, visita domiciliar, atividades educativas em grupo, coleta de CO, acolhimento e enfermeiro virtual.
- **Diagnóstico** - código de diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID 10), constante no banco de dados. Foram

classificados em capítulos e subgrupos, estes com 3 ou 4 dígitos, do menos para o mais específico.

- **Diagnóstico categorizado** - reclassificação de vários capítulos (parcial ou total) e subgrupos com 4 dígitos, realizada pela pesquisadora, categorizada como diagnósticos clínicos (capítulos I até XXI, com exceção do XVI), ginecológicos (capítulos II, III, IV, XII, XIV e XXI) e obstétricos (capítulos XV e XXI).
- **Encaminhamentos** - especialidade dos profissionais para quem foram encaminhadas as mulheres atendidas: 1- Oftalmologia, 2- Ortopedia e Reumatologia, 3- Dermatologia, 4- Cardiologia clínica e cirúrgica, 5- Otorrinolaringologia, 6- Neurologia clínica e cirúrgica, 7- Ginecologia e Obstetrícia, 8- Gastroenterologia e Proctologia, 9- Endocrinologia, 10- Cirurgia Geral, 11- Urologia, 12- Psiquiatria, 13- Cirurgia Plástica, 15- Cirurgia Vascular e Angiologia, 16- Medicina Interna, Clínica Geral e Médico PSF e 17- Outros.
- **Atendimentos individuais** - atendimento realizado para mulheres diferenciadas por código de usuária e data de nascimento diferentes, no período de um ano e em UBS diferentes.
- **Média de consultas por mulher/ano** - número médio de vezes que cada mulher foi atendida nas UBSs ao longo de um ano, obtido pela razão entre o número de consultas realizadas no período de um ano e o número de mulheres na mesma faixa etária que foram atendidas no período.

$$\text{Média de consultas} = \frac{\text{nº. de consultas realizadas em um local no período de 1 ano}}{\text{nº. de mulheres que foram atendidas no mesmo local e no mesmo período}}$$

- **Número de citologias oncológicas pelo SIGAB** - número de atendimentos com procedimento 07051018 – Coleta de CO de colo uterino.

- **Número de CO pelo LABCITO** - número de CO coletadas nas UBS do estudo no período, segundo relatório do Laboratório de Citopatologia da Unicamp (LABCITO), para onde todas foram enviadas.
- **Taxa estimada de cobertura trienal de CO nas usuárias das UBS** - número de citologias oncológicas de colo uterino coletadas para cada 100 mulheres que freqüentaram uma determinada UBS, no período de três anos, calculada pela razão entre o número de CO realizadas pelo SUS, em uma determinada UBS durante três anos, e a população de mulheres que freqüentou esta mesma UBS no mesmo período, multiplicada por 100.

$$\text{Taxa de cobertura trienal de CO entre as usuárias das UBS} = \frac{\text{Nº. de CO realizadas pelo SUS nas mulheres residentes em uma determinada área geográfica, no período de 1 ano X 3}}{\text{Nº. de mulheres residentes na mesma área no mesmo período e que receberam atendimento na UBS de referência}} \times 100$$

- **Taxa de cobertura de CO na população** - número de citologias oncológicas de colo uterino realizadas por 100 mulheres de uma determinada população no período de três anos. Calculada pela razão entre o número de CO coletadas através do SUS, entre as mulheres residentes em uma área geográfica específica durante três anos, e a população de mulheres residentes na mesma área do município e no mesmo período, multiplicada por 100.

$$\text{Taxa de cobertura trienal de CO na população} = \frac{\text{Nº. de CO realizadas pelo SUS nas mulheres residentes em uma determinada área geográfica, no período de 1 ano x 3}}{\text{Nº. de mulheres residentes na área no mesmo período}} \times 100$$

- **Número de consultas de pré-natal pelo SIGAB** - quantidade de registros de procedimentos com código 02012030.

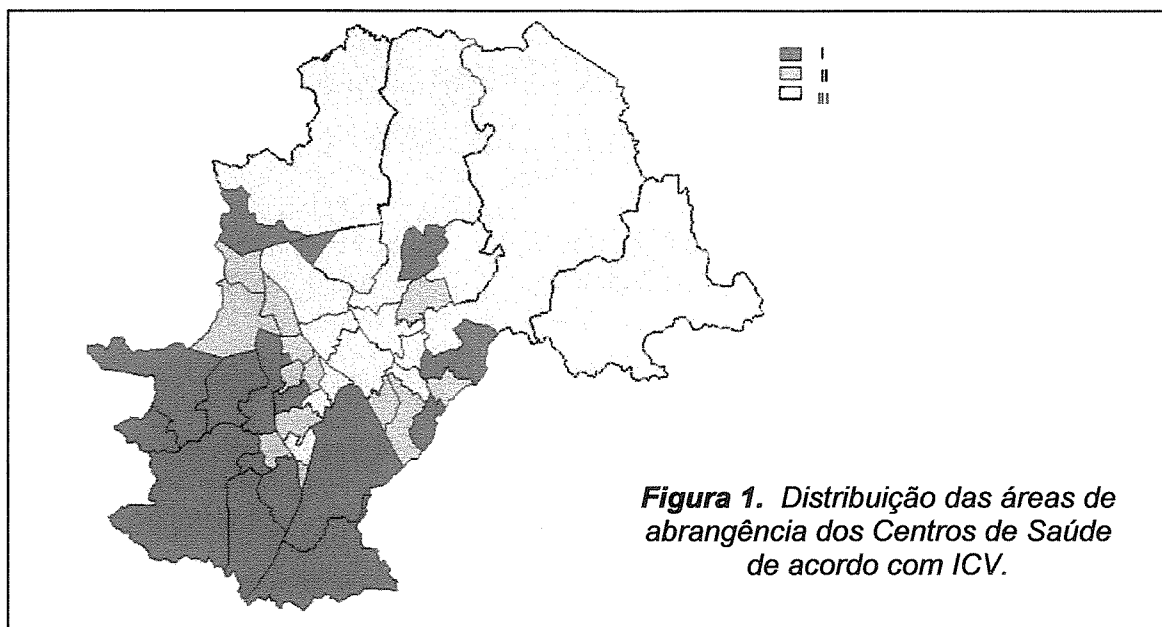
- **Taxa de consultas de pré-natal** - número médio de consultas de pré-natal realizadas por gestante que teve recém-nascido vivo no município de Campinas no período de um ano. Calculado pela razão entre o número de procedimentos classificados como pré-natal, realizados por enfermeiros ou médicos pelo SIGAB, e o número de nascimentos ocorridos pelo SUS no mesmo período, segundo o SIH.

$$\text{Taxa de Consultas de pré-natal} = \frac{\text{nº de pré-natais realizados nas UBS no período de 1 ano}}{\text{nº de nascimentos ocorridos no SUS}}$$

- **Mamografias** - número de mamografias segundo SIA-Datasus.

3.4.3. Variável de controle

- **Índice de Condições de Vida (ICV)** - índice socioeconômico para caracterização das populações da área de abrangência da UBS, baseado em um escore que define as categorias: grupos 1, 2 e 3, em ordem crescente das piores para as melhores condições de vida, composto pelas variáveis: a) proporção de população moradora em sub-habitação; b) proporção de chefes de família sem ou com menos de um ano de instrução; c) taxa de crescimento anual da população 91-96; d) proporção média de mães com menos de 20 anos de idade; e) coeficiente médio de mortalidade infantil; f) coeficiente médio de mortalidade por homicídios; g) incidência média de desnutrição em menores de 5 anos; h) incidência média de tuberculose (Campinas, 2001a) (Figura 1).



3.5. Tamanho da amostra e análise de dados

Não foi realizado cálculo de tamanho amostral por se tratar de estudo de base populacional. Incluíram-se 43 das 46 UBS existentes no município em 2003, responsáveis pela cobertura de 98,2% da população residente no município (Anexo 2).

Os dados foram analisados descritivamente, com distribuição de números absolutos e percentuais. Foram definidas algumas taxas (base populacional de mulheres na área de abrangência) e razões.

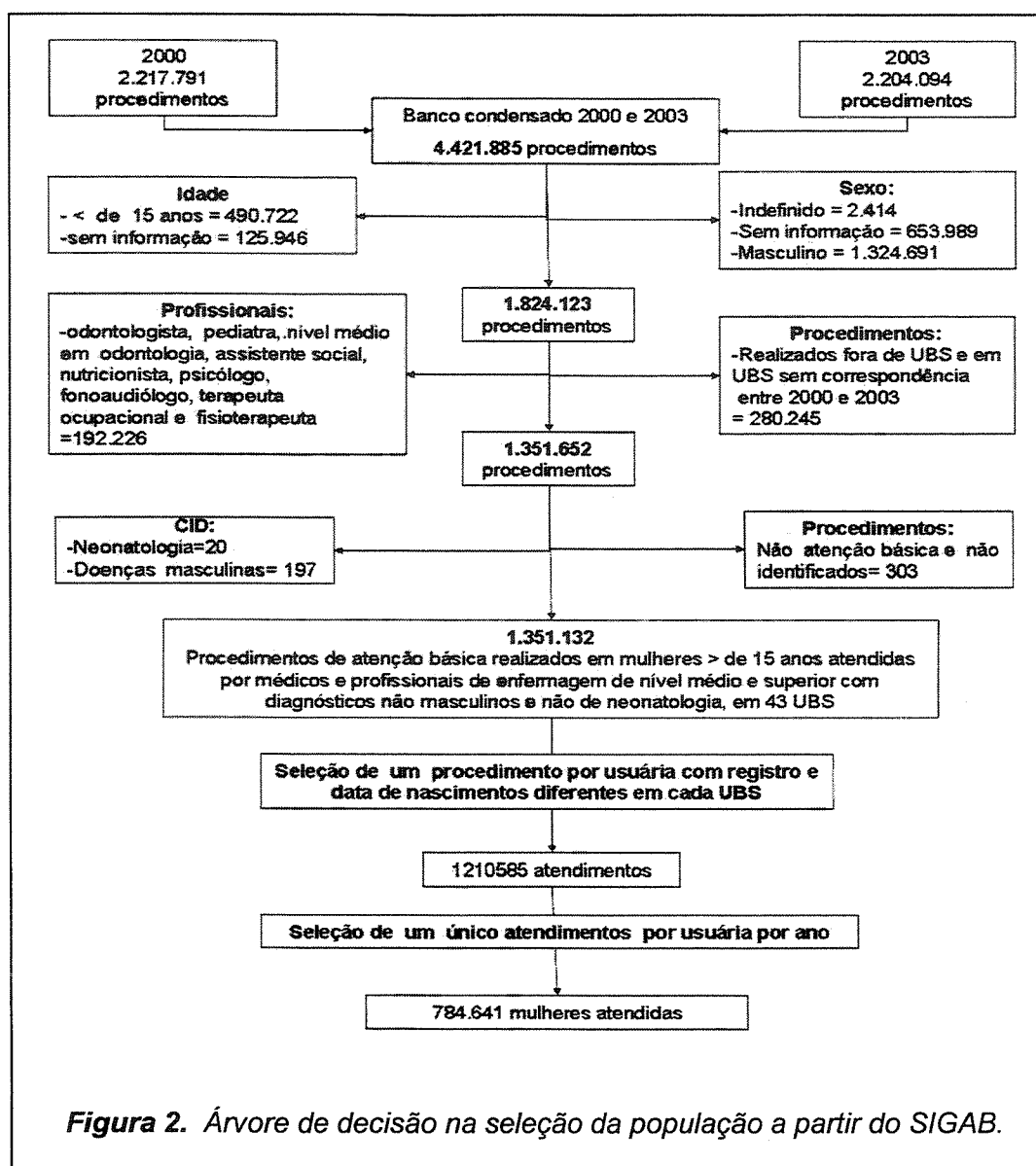
3.6. Aspectos Éticos

A realização deste trabalho foi feita com autorização da Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e da coordenação da Área de Saúde da Mulher do município de Campinas, com o suporte da Central de Processamento de Dados da Secretaria Municipal de Saúde do município.

4. Resultados

4.1. Caracterização da População de Estudo

A seqüência de procedimentos de inclusão e exclusão feita com a principal fonte de dados primários, o SIGAB, está descrita na Figura 2. Do total inicial de mais de 4 milhões de procedimentos, restaram pouco mais de 1.300.000 nas 43 UBS em estudo, para as mulheres de 15 anos ou mais. A seleção de um único procedimento por usuária, por dia, resultou no total de 1.210.585 atendimentos de mulheres nos dois anos de estudo. Selecionando um único atendimento anual por usuária, obteve-se o total de 784.641 mulheres diferentes atendidas.



4.2. Atendimentos

De 2000 a 2003, o número de mulheres atendidas aumentou de 370.751 para 413.890 (11,63%), enquanto a população feminina na mesma faixa etária e residente nas mesmas áreas aumentou em 3,5%. A faixa etária predominante nos dois anos do estudo foi de 20 a 49 anos, respondendo por aproximadamente 60% das mulheres atendidas. Na seqüência aparecem as mulheres com 50 anos ou mais (cerca de 31%)

e adolescentes de 15 a 19 anos (aproximadamente 10%). Houve discreta redução de atendimentos para adolescentes entre os anos 2000 e 2003 e aumento nas outras faixas etárias. O número médio de vezes que cada mulher foi atendida no período de um ano nas UBS teve uma discreta redução de 1,7 em 2000 para 1,4 em 2003.

Aumentou o número de profissionais de enfermagem de níveis superior (37,4%) e médio (62,9%) disponíveis para atender estas mulheres e realizar os procedimentos, com redução do número de médicos de todos os grupos. Esta redução foi mais importante entre especialistas (32,9%) e ginecologistas (17,0%) e menos significativa entre não ginecologistas (4,9%). Por outro lado, houve um aumento de 49% de atendimentos realizados pelos médicos não ginecologistas, com redução dos atendimentos realizados por todos os outros grupos profissionais. A resultante final destas mudanças foi uma redução do número de mulheres atendidas por ano pelos profissionais de enfermagem de níveis superior e médio, enquanto houve aumento para os médicos não ginecologistas, ginecologistas e especialistas (Tabela 2).

TABELA 2

Razão entre o número de profissionais por categoria e número de mulheres atendidas por um profissional na categoria nos anos 2000 e 2003

Profissionais	2000			2003		
	nº Profissionais	nº Atendimentos	Mulheres atendidas/profissional	nº Profissionais	nº Atendimentos	Mulheres atendidas/profissional
Médico não ginecologista	427	141.168	330,6	406	211.250	520,3
Médico ginecologista	176	104.400	593,2	146	105.752	724,3
Enfermagem nível superior	203	54.198	267,0	279	52.241	187,2
Enfermagem nível médio	105	54.381	517,9	171	28.420	166,2
Médicos especialistas	73	16.604	227,4	49	16.227	331,1
Total	984	370.751	376,8	1.051	413.890	393,8

Para mulheres de 15 a 19 anos e para o grupo etário de 20-49 anos, os profissionais mais consultados foram os ginecologistas em 2000, mas em 2003 passaram a ser os médicos não ginecologistas. Para as mulheres da faixa etária de 50 anos ou mais, os médicos não ginecologistas foram os principais provedores de atendimento nos dois anos (Figura 3).

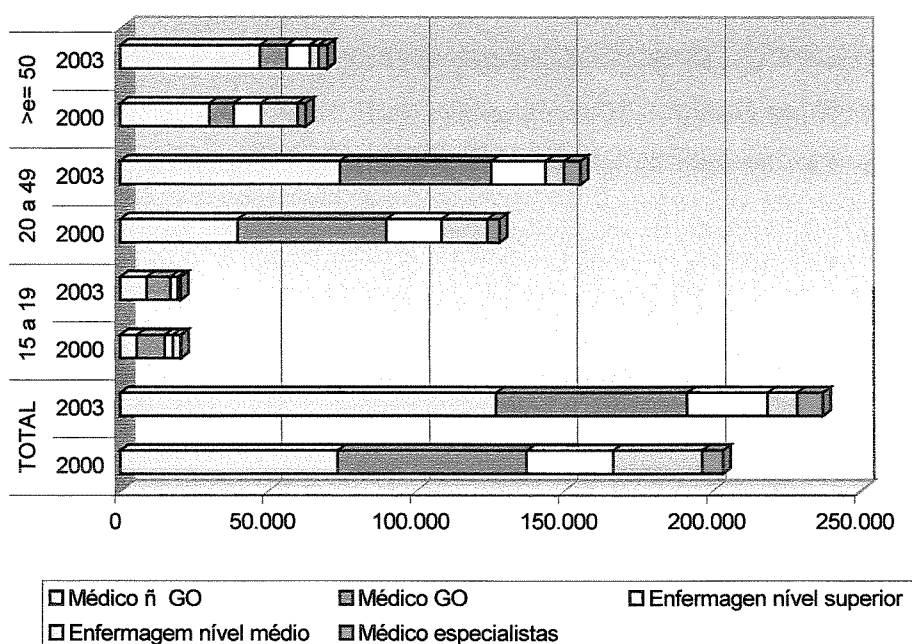


Figura 3. Distribuição das mulheres atendidas por profissional segundo o grupo etário.

Houve aumento no número de mulheres atendidas para todos os grupos de ICV, mais acentuado no Grupo 1. Entre os profissionais médicos, aumentaram os atendimentos em todos os grupos de ICV, o que ocorreu apenas com o grupo de ICV 2 para os profissionais de enfermagem de nível superior. A redução dos atendimentos registrados pelos profissionais de nível médio foi observada nos três grupos de ICV (Tabela 3).

TABELA 3

Distribuição do número de mulheres atendidas por ano
por profissional de acordo com grupo de ICV (em miles)

ICV	Total		Médicos não Ginecologistas		Médicos Ginecologistas		Médicos Especialistas		Enfermagem Nível Superior		Enfermagem Nível Médio	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
GRUPO 1	153,4	183,9	56,2	96,7	43,6	44,2	5,3	5,2	26,0	24,1	22,1	13,3
GRUPO 2	114,4	120,8	43,8	56,5	31,7	32,9	2,8	3,8	13,3	18,2	22,6	9,2
GRUPO 3	102,8	109,2	41,1	57,9	28,9	28,4	8,3	7,0	14,8	9,8	9,5	5,8
Total Geral	370,7	413,9	141,1	211,2	104,4	105,7	16,6	16,2	54,1	52,2	54,3	28,4

O número de mulheres atendidas foi maior que a população estimada nos grupos de ICV 1 e 2 (Figura 4)

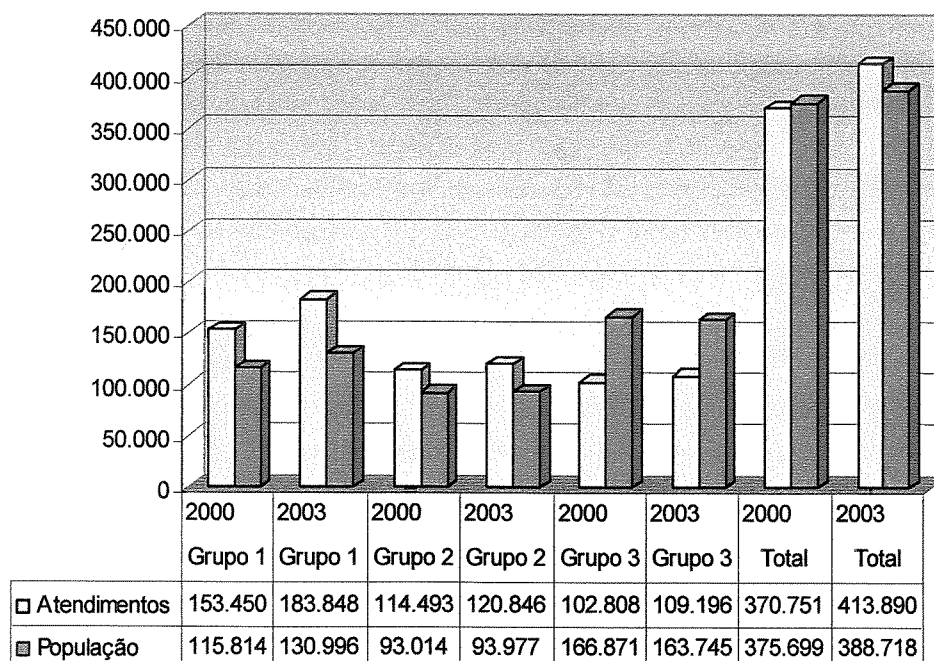


Figura 4. Mulheres atendidas e população feminina
estimada por ano segundo os grupos de ICV.

4.3. Procedimentos

O número total de procedimentos realizados aumentou 8%, sendo os mais freqüentes a consulta clínica, seguida por consulta ginecológica, consulta de enfermagem, pré-natal médico e coleta de CO. Houve grande crescimento das consultas médicas de PSF que substituíram muitas das consultas clínicas registradas no ano 2000, algum crescimento do acolhimento e visita domiciliar, e o virtual desaparecimento das atividades de grupo registradas na planilha do SIGAB.

O procedimento isolado mais prevalente no ano 2000 foi a consulta em clínica médica, que representou 43,6% dos procedimentos naquele ano. Juntos, os procedimentos de atenção à saúde reprodutiva da mulher, consulta ginecológica, pré-natal médico e de enfermagem e coleta de CO representaram 43,6% dos procedimentos no ano 2000, havendo redução de cada um deles isoladamente em 2003.

Acolhimento, consultas médicas do PSF e pré-natais realizados por enfermeiros foram procedimentos sem ocorrência em 2000 que apareceram em 2003. Aparentemente houve um deslocamento de consultas clínicas para consultas médicas do PSF, uma vez que as primeiras tiveram uma redução de 60%, enquanto as consultas médicas do PSF passaram a responder por 205.832 procedimentos em 2003. Da mesma forma, a redução de 41,9% nas consultas de enfermagem é acompanhada pelo surgimento do acolhimento em 2003.

O procedimento mais realizado por enfermeiros em 2000 foi a consulta de enfermagem (73,5%), seguido pela coleta de CO (23,7%) e por atividades de grupo (2,2%). Em 2003, a consulta de enfermagem foi reduzida para 53,4%, a coleta de CO subiu para 26,3% e o acolhimento apareceu em terceiro lugar, respondendo por 16,4% dos procedimentos destes profissionais.

Em relação aos médicos não ginecologistas, o procedimento mais realizado em 2000 foi a consulta médica clínica (99%). Em 2003, o procedimento mais freqüente entre eles foi a consulta médica do PSF (67,2%), seguido pela consulta clínica com 28,7%. O pré-natal, a consulta em ginecologia e a coleta de CO, procedimentos de pouca execução por médicos não ginecologistas em 2000, tiveram um aumento discreto em 2003.

Os ginecologistas têm a consulta em ginecologia (66,7%) como procedimento mais executado em 2000, seguido pelo pré-natal médico (22,3%) e pela coleta de CO (10,4%). Em 2003, aumentou o percentual das consultas em ginecologia, com queda do pré-natal e estabilidade da coleta de CO. De fato, o ginecologista foi o profissional com menos alteração do perfil de atendimento.

Percebeu-se ainda que do total de procedimentos, 83,3% em 2000 e 87,6% no ano de 2003 foram executados por médicos. Estes números representaram um aumento de 13,6% dos procedimentos realizados por médicos e uma redução de 19,9% daqueles realizados por enfermeiros. Como mais de 75% dos acolhimentos são feitos por profissionais de enfermagem, pode-se considerar que uma parte do atendimento de enfermagem realizado em 2000 tenha

migrado para o acolhimento. O procedimento atendimento em grupo quase desapareceu entre os anos do estudo. Já as visitas domiciliares tiveram um incremento de 184,0%, sendo dos procedimentos que já existiam em 2000, o que maior elevação mostrou (Tabela 4).

TABELA 4
Distribuição do número de procedimentos por especialidade e ano, de acordo com a classificação do procedimento

PROCEDIMENTO	2000				2003			
	NÃO GO n	GO n	ENF n	Total n	NÃO GO n	GO n	ENF n	Total n
Consulta Médica Clínica	221.510	1.176	67 ^(*)	222.753	88.007	868	146 ^(*)	89.021
Consulta Médica de PSF	14	0	0	14	205.821	0	11 ^(*)	205.832
Consulta Ginecologia	402	135.731	3 ^(*)	136.136	1.434	124.954	0	126.388
Pré Natal - Médico	65	45.359	12 ^(*)	45.436	3.806	33.261	17 ^(*)	37.084
Pré Natal - Enfermeira	(*)	(*)	(*)	(*)	NSA	NSA	1.587	1.587
Consulta Enfermagem	2 ^(*)	16 ^(*)	62.546	62.586	2	NSA	36.427	36.429
Acolhimento	(*)	(*)	(*)	(*)	3.992	0	11.158	15.150
Coleta de CO	16	21.196	20.180	41.392	1.812	18.532	17.964	38.308
Visita domiciliar	314	14	502	830	1.491	4	862	2.357
Grupo ^(*)	124	98	1.836	2.058	4	3	10	17
Total	222.469	203.590	85.146	511.205	306.369	177.622	68.182	552.173

*1 Procedimento não existente no SIGAB em 2000

*2 Registros Inadequados (outro sistema de informação)

*3 Provável erro de digitação

Em relação aos grupos de ICV, percebeu-se que os aumentos e reduções que ocorreram com os procedimentos entre os anos foram similares entre os grupos de ICV. Chama a atenção que foi no grupo com piores condições de vida que ocorreu maior número de consultas de PSF, de pré-natais de enfermagem e

médico, além de ser também o único grupo que não teve redução no registro de coletas de CO entre 2000 e 2003 (Tabela 5).

TABELA 5
Distribuição do número de procedimentos por Grupo de ICV e ano, de acordo com a classificação do procedimento

Procedimentos	Total		Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003
	n	n	n	n	n	n	n	n
Consulta Clínica	222.753	89.021	82.740	28.927	71.187	30.773	68.826	29.321
Consulta PSF	14	205.832	10	99.712	0	49.768	4	56.352
Consulta Ginecologia	136.136	126.388	53.226	49.660	43.089	38.949	39.821	37.779
Pré Natal - Médico	45.436	37.084	23.112	19.560	11.784	8.671	10.540	8.853
Pré Natal - Enfermeira	0	1.587	0	1.172	0	368	0	47
Consulta Enfermagem	62.586	36.429	31.309	18.572	14.763	10.745	16.514	7.112
Acolhimento	0	15.150	0	5.129	0	8.375	0	1.646
Coleta de CO	41.392	38.308	17.168	17.361	11.413	10.797	12.811	10.150
Visita domiciliar	830	2.357	216	1.241	263	435	351	681
Grupo	2.058	17	169	0	214	15	1.675	2
TOTAL	511.205	552.173	207.950	241.334	152.713	158.896	150.542	151.943

4.4. Diagnósticos

Todos os profissionais registraram predominantemente diagnósticos do capítulo XXI, representando cerca de 80% dos diagnósticos nos dois anos para ginecologistas. Em 2003 este percentual chegou a 96% para profissionais de enfermagem de nível superior. Nos dois anos estudados, este percentual foi um pouco maior que 50% para médicos não ginecologistas.

Os diagnósticos do capítulo XXI encontram-se detalhados na Tabela 6. Para médicos ginecologistas, os diagnósticos mais freqüentes deste capítulo

foram as consultas de rotina da mulher, com diminuição destes diagnósticos em 2003. Os diagnósticos referentes à triagem de neoplasias aumentaram 97%, aqueles sobre planejamento familiar aumentaram 31% e os de pré-natal, 23,1%.

Para os médicos não ginecologistas, praticamente a totalidade dos diagnósticos deste capítulo referiu-se à rotina da saúde do adulto, que diminuiu 7,7% entre os dois anos. Por outro lado, o planejamento familiar e o pré-natal apresentaram crescimento como diagnósticos registrados por médicos não ginecologistas, mesmo que ainda permaneçam com valores muito baixos.

Os enfermeiros tiveram o exame clínico de pessoas sem queixa e o exame de rotina da mulher como os diagnósticos mais freqüentes deste capítulo. A triagem para neoplasias diminuiu 94% e o planejamento familiar 80% entre os diagnósticos registrados por estes profissionais (Tabela 6).

TABELA 6

Distribuição das subdivisões do capítulo XXI da CID 10 por profissional e ano

	Total		NÃO GO		GO		ENF	
	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n
Exame de Rotina do Adulto	187.280	206.264	128.861	148.514	396	317	58.023	57.433
Exame de Rotina da Mulher	145.680	121.608	9	6.575	138.547	109.076	7.124	5.957
Triagem de Neoplasias	930	1.412	2	4	180	1.366	748	42
Planejamento Familiar	9.829	11.705	20	2.041	8.479	9.415	1.330	249
Pré-Natal e Puerpério	25.221	30.375	93	3.925	23.672	24.648	1.456	1.802
Total	368.940	371.364	128.985	161.059	171.274	144.822	68.681	65.483

Além do capítulo XXI, a frequência de diagnósticos variou de acordo com os profissionais; para enfermeiros, os diagnósticos que se seguiram em prevalência foram os das doenças do aparelho circulatório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, ambos com redução de participação de 2000 a 2003.

Para os médicos ginecologistas, ao capítulo XXI seguiram-se as doenças do aparelho geniturinário (Capítulo XIV), em que 28,6% eram alterações menstruais, 19,6% doenças inflamatórias dos órgãos genitais e 15,8% climatério e menopausa. O terceiro capítulo mais freqüente entre ginecologistas foi o XVIII (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte), com 91% de dor abdominal e pélvica.

Para os médicos não ginecologistas, os diagnósticos mais freqüentes após o capítulo XXI foram doenças do aparelho circulatório, em que 94% em 2000 e 95% em 2003 eram doenças hipertensivas, seguidas por doenças do aparelho respiratório, com 63,9% e 73,1% de doenças infecciosas agudas das vias aéreas superiores; e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, em que 45,3% em 2000 e 47,8% em 2003 referiam-se a lombalgias (Tabela 7).

TABELA 7

**Distribuição dos diagnósticos segundo profissional
e ano, de acordo com o capítulo da CID 10**

Capítulos da CID 10	Total		NÃO GO		GO		ENF	
	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n
I- D. infecciosas e parasitárias	4.428	5.799	2.852	4.349	1.193	1.302	383	148
II- Neoplasias	400	478	160	267	235	209	5	2
III- D.sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	1.534	1.705	1.446	1.668	51	37	37	0
IV- D. endócrinas, nutric. e metabólicas	8.947	11.013	7.389	10.681	155	135	1.403	197
V- Transtornos mentais e comportamentais	3.287	6.657	3.184	6.571	11	21	92	65
VI- D. do SNC	1.141	2.201	1.079	2.161	16	10	46	30
VII- D. do olho e anexos	1.334	1.241	888	1.122	5	11	441	108
VIII- D. ouvido e mastóide	1.317	2.024	1.263	1.991	17	27	37	6
IX- D. do ap. circulatório	44.922	52.540	34.688	50.646	152	247	10.082	1.647
X- D. do ap. respiratório	11.084	15.712	10.441	15.528	105	83	538	101
XI- D. do ap. digestivo	4.072	5.942	3.973	5.897	41	39	58	6
XII- D. da pele e do tecido subcutâneo	3.887	5.533	3.574	5.384	80	105	233	44
XIII- D. osteomusculares e do tecido conjuntivo	9.551	16.130	9.202	15.961	205	134	144	35
XIV- D. do ap. geniturinário	31.557	35.308	3.179	8.096	26.791	27.096	1.587	116
XV- Gravidez, parto e puerpério	462	349	24	131	403	207	35	11
XVII- MF congênitas, deformidades e anom. cromossômicas	41	51	32	47	7	3	2	1
XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	12.238	15.645	8.441	12.418	2.810	3.088	987	139
XIX- Lesões, envenenamento e outras causas externas	1.835	2.333	1.473	2.263	33	33	329	37
XX- Causas externas de morb. e de mortalidade	228	148	196	129	6	13	26	6
XXI- Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	368.940	371.364	128.985	161.059	171.274	144.822	68.681	65.483
Total	511.205	552.173	222.469	306.369	203.590	177.622	85.146	68.182

Os diagnósticos mais freqüentemente encontrados em todas as faixas etárias foram os do capítulo XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde), apresentando, no entanto, redução de sua participação total em 2003.

Para a faixa etária de 15 a 19 anos (adolescentes), após o capítulo XXI, os capítulos mais freqüentes foram XIV (doenças do aparelho geniturinário), X (doenças do aparelho respiratório), XVIII (sintomas e sinais sem diagnóstico conclusivo) e I (doenças infecciosas e parasitárias).

Para a faixa etária de 20-49 anos, o capítulo XIV (doenças do aparelho geniturinário) permaneceu em segundo lugar como diagnóstico mais freqüentemente registrado, surgindo o capítulo IX (doenças do aparelho cardiovascular) em terceiro, seguidos pelos capítulos XVIII (sintomas e sinais sem diagnóstico conclusivo) e X (doenças do aparelho respiratório), desaparecendo as doenças infecciosas e parasitárias dos cinco principais grupos diagnósticos.

Na faixa etária de 50 anos ou mais, após o capítulo XXI, ao contrário das outras faixas etárias, apareceu o capítulo IX (doenças do aparelho cardiovascular), seguido pelas doenças do aparelho geniturinário. Apareceu também neste grupo o capítulo IV (doenças metabólicas e nutricionais), como quarto diagnóstico em freqüência, seguido pelo capítulo XIII (doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo) (Tabela 8).

TABELA 8

**Distribuição do número de diagnósticos por faixa etária e ano,
de acordo com os dez capítulos mais freqüentes da CID 10**

Capítulos da CID 10	Total		15-19		20-49		50 e +	
	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n
I- D. infecciosas e parasitárias	4.428	5.799	625	819	3.030	4.014	773	966
IV- D. endócrinas, nutric. e metabólicas	8.947	11.013	177	236	2.898	4.253	5.872	6.524
IX- D. do ap. circulatório	44.922	52.540	317	548	11.382	16.261	33.223	35.731
V- Transtornos mentais e comportamentais	3.287	6.657	176	249	1.935	4.114	1.176	2.294
X- D. do ap. respiratório	11.084	15.712	1.351	1.913	6.355	9.721	3.378	4.078
XI- D. do ap. digestivo	4.072	5.942	337	524	2.559	3.814	1.176	1.604
XIII- D. osteomusculares e do tecido conjuntivo	9.551	16.130	427	598	5.216	9.352	3.908	6.180
XIV- D. do ap. geniturinário	31.557	35.308	3.229	3.262	20.653	22.907	7.675	9.139
XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	12.238	15.645	1.268	1.605	8.215	10.503	2.755	3.537
XXI- Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	368.940	371.364	43.459	38.657	232.666	240.844	92.815	91.863
Outros Capítulos	12179	16063	1499	1748	7585	10058	3095	4257
Total	511.205	552.173	52.865	50.159	302.494	335.841	155.846	166.173

Os diagnósticos ginecológicos e obstétricos incluídos nos capítulos I, II, XIV, XV, XVIII e XXI, reduziram sua participação no total de diagnósticos de 41,3% para 35,6% em 2003. Se em 2000 apenas 0,3% dos diagnósticos ginecológicos e obstétricos foram realizados por médicos não ginecologistas, em 2003 este número cresceu para 8,5%. Os diagnósticos obstétricos foram mais

numerosos em 2003 que em 2000, com acentuado aumento entre os médicos não ginecologistas, mas representaram uma fração restrita dos diagnósticos para todos os grupos profissionais e apenas 15,6% dos diagnósticos de ginecologia e obstetrícia, ou 5,6% do total (Tabela 9).

TABELA 9

Distribuição dos diagnósticos categorizados por profissional que realizou o atendimento, de acordo com a categoria do diagnóstico

Diagnósticos	Total		Médico não ginecologista		Ginecologista		Enfermagem nível superior	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003
Clínicos	300.039	355.355	221.751	289.567	5.434	5.800	72.854	59.988
Ginecológicos	185.827	166.134	601	12.746	174.425	147.007	10.801	6.381
Obstétricos	25.339	30.684	117	4.056	23.731	24.815	1.491	1.813
Total	511.205	552.173	222.469	306.369	203.590	177.622	85.146	68.182

Os diagnósticos distribuíram-se de forma similar nos diferentes grupos de ICV, mantendo em primeiro lugar os diagnósticos do capítulo XXI, em segundo as doenças do aparelho circulatório e em terceiro as doenças do aparelho geniturinário (Tabela 10).

TABELA 10

Distribuição do número de diagnósticos por ano e Índice de Condições de Vida segundo os dez capítulos da CID 10 mais frequentes

Capítulos da CID 10	ICV 1		ICV 2		ICV 3	
	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n
I- D. infecciosas e parasitárias	2.037	2.502	741	1.189	1.650	2.108
IV- D. endócrinas, nutric. e metabólicas	2.604	4.474	2.627	2.335	3.716	4.204
IX- D. do ap. circulatório	13.783	20.680	9.533	10.875	21.606	20.985
V- Transtornos mentais e comportamentais	1.185	2.670	1.029	1.423	1.073	2.564
X- D. do ap. respiratório	3.926	6.020	2.881	3.608	4.277	6.084
XI- D. do ap. digestivo	1.591	2.652	857	1.140	1.624	2.150
XIII- D. osteomusculares e do tecido conjuntivo	3.336	7.161	2.721	3.282	3.494	5.687
XIV- D. do ap. geniturinário	13.129	14.256	5.876	8.826	12.552	12.226
XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	3.934	6.019	3.064	4.209	5.240	5.417
XXI- Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	157.732	168.300	120.855	118.587	90.353	84.477
Outros Capítulos	4.693	6.600	2.529	3.422	4.957	6.041
Total	207.950	241.334	152.713	158.896	150.542	151.943

4.5. Encaminhamentos

O número de encaminhamentos para especialistas foi reduzido em 36,3% entre os anos do estudo, sendo, em média, sete encaminhamentos por 100 mulheres atendidas em 2000 e quatro em 2003.

Os médicos não ginecologistas foram os maiores responsáveis por encaminhamentos para outras especialidades, sendo responsáveis, em 2000, por 79,2% dos encaminhamentos e em 2003 por 86,1%. Estes foram os únicos profissionais que aumentaram o seu número de encaminhamentos entre os dois anos. Ginecologistas foram responsáveis por 12,7% e 9,8% dos encaminhamentos

em 2000 e 2003, respectivamente, enquanto enfermeiros responderam por 8,2% e 4,1% nos dois anos.

De modo geral, as especialidades que mais receberam encaminhamentos foram oftalmologia, ortopedia e dermatologia, nos dois anos. No entanto, este perfil de encaminhamentos muda de acordo com a especialidade dos profissionais. Os enfermeiros encaminharam mais para oftalmologistas, ginecologistas e clínicos em ambos os anos. Os médicos ginecologistas encaminharam mais para outros ginecologistas, para cirurgia geral e para dermatologia. Por fim, os médicos não ginecologistas encaminharam mais para oftalmologistas, dermatologistas e ortopedistas em ambos os anos (Tabela 11).

TABELA 11

Distribuição do número de encaminhamentos segundo o ano e o profissional, de acordo com a especialidade encaminhada

Especialidade	Total		ENF		GO		NÃO GO	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003
	n	n	n	n	n	n	n	n
Oftalmologia	3.916	3.238	745	445	128	132	3.043	2.661
Ortopedia/Reumatologia	2.770	2.305	13	3	98	50	2.659	2.252
Dermatologia	2.434	1.991	26	9	198	169	2.210	1.813
Cardiologia	1.471	1.361	19	6	55	43	1.397	1.312
Otorrinolaringologia	1.369	1.211	11	4	25	10	1.333	1.197
Neurologia/Neurocirurgia	974	793	10	2	42	24	922	767
Ginecologia/Obstetrícia	1.495	725	500	66	857	459	138	200
Gastro/Proctologia	836	649	4	2	102	100	730	547
Endocrinologia	794	577	7	0	129	78	658	499
Cirurgia Geral	600	494	5	2	211	133	384	359
Urologia	420	466	3	2	127	95	290	369
Psiquiatria	593	431	19	18	52	15	522	398
Cirurgia Plástica	478	364	3	6	106	70	369	288
Angiologia	675	358	3	3	82	35	590	320
Medicina Interna	460	186	273	100	142	29	45	57
Outros	761	549	51	3	105	47	605	499
Total	20.046	15.698	1.692	671	2.459	1.489	15.895	13.538

4.6. Citologia oncológica

O número de procedimentos coleta de CO registrado pelo SIGAB nos anos do estudo foi de 41.392 para 2000 e 38.308 para 2003. Já o número de exames de CO processado pelo laboratório do CAISM/Unicamp (LABCITO) para as UBS do estudo foi 50.747 para 2000 e 56.570 para 2003 (Figura 5).

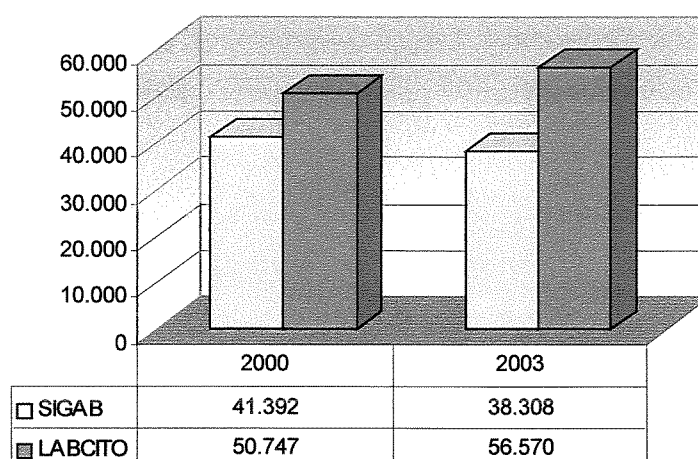


Figura 5. Distribuição das coletas de CO por ano segundo dados do SIGAB e do Laboratório de Citopatologia da Unicamp.

Observa-se que a faixa etária de mulheres em que mais foi realizada a coleta de CO foi de 20 a 49 anos, correspondendo a aproximadamente 73% das coletas nos dois anos. O grupo etário de 15-19 anos foi o que menos registrou coletas de CO, correspondendo a, no máximo, 10% das coletas realizadas. A faixa ≥ 50 anos foi a única que teve aumento, discreto, no número de coleta entre os dois anos, 16,2% para 18,6% em 2003 (Figura 6).

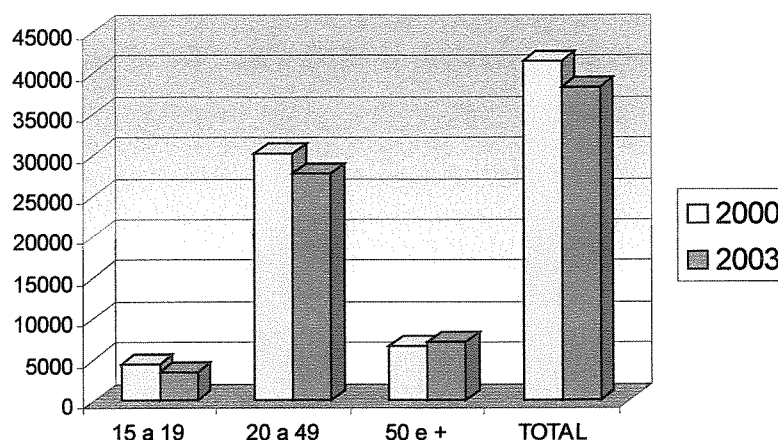


Figura 6. Distribuição das coletas registradas no SIGAB por grupo etário, de acordo com o ano.

As coletas foram divididas quase equitativamente entre enfermeiros e médicos ginecologistas, com a participação de apenas 0,04% dos médicos não ginecologistas no ano 2000. Em 2003 houve queda no número de coletas realizadas, tanto por médicos ginecologistas quanto por enfermeiros, e um aumento proporcional de coletas realizadas por médicos não ginecologistas (representados por médicos do PSF) que passaram a responder por 4,7% das coletas.

Os médicos ginecologistas registraram coletas de CO de 30% das mulheres atendidas por eles em 2000 e de 17,5% em 2003; os profissionais de enfermagem de nível superior coletaram CO de 37,2% das mulheres que atenderam em 2000 e 34,4% em 2003. Finalmente, os médicos não ginecologistas coletaram CO em menos de 1% das mulheres que atenderam nos dois anos, com aumento de 0,01% para 0,9% (Tabela 12).

TABELA 12

Distribuição das CO por ano segundo o profissional que realizou a coleta (em miles)

Profissional	2000			2003		
	nº coletas	nº mulheres atendidas	% coletas	nº coletas	nº mulheres atendidas	% coletas
Médicos não GO	0,016	141,1	0,01	1,8	211,2	0,9
Médicos GO	21,1	104,4	20,3	18,5	105,7	17,5
Enfermeiros	20,1	54,1	37,2	17,9	52,2	34,4
Total	41,3	299,7	13,8	38,3	369,2	10,4

A cobertura trienal, calculada a partir dos dados do LABCITO, aumentou de 40,5% para 43,7%. Encontramos as maiores taxas de cobertura no Grupo 1 de ICV, que atingiu mais de 60% em 2003, seguido pelos Grupos 2 e 3 nos dois anos. Os Grupos 1 e 2 tiveram elevação nas taxas de cobertura, enquanto o Grupo 3 apresentou redução de 4,1%. A taxa de cobertura do Grupo 3 representou menos da metade daquela observada no Grupo 1 (Figura 7).

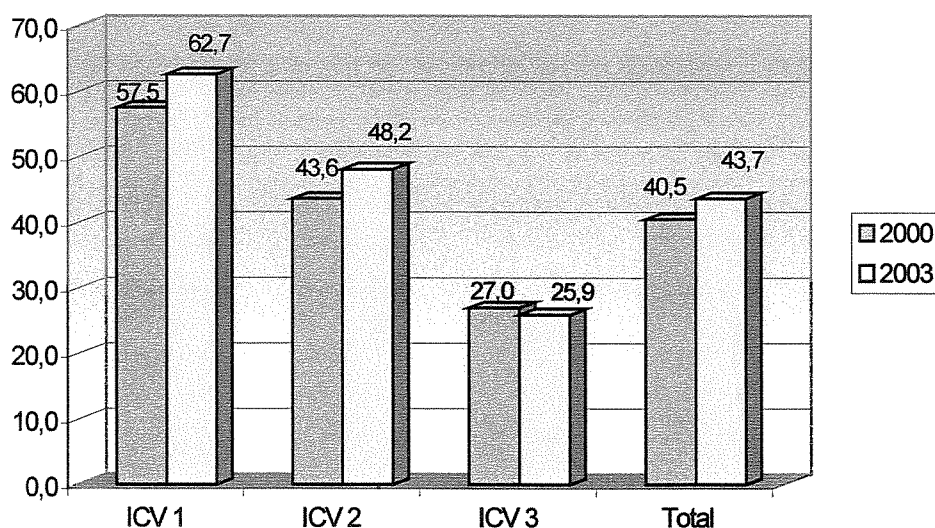


Figura 7. Distribuição das taxas de cobertura trienal de CO por ano segundo o grupo de Índice de Condições de Vida (ICV).

4.7. Mamografias

Foram solicitadas 15.498 mamografias em 2000 e 25.152 em 2003, 98,2% e 86% respectivamente, por serviços contratados pelo SUS, sendo os demais realizados por serviços próprios da SMS, com um crescimento de 59,2%.

Supondo que os exames foram solicitados para mulheres acima de 50 anos, conforme protocolo, pode-se calcular uma taxa de 14 mamografias para cada 100 mulheres que freqüentaram as UBS do estudo em 2000, subindo para 23,5 exames para cada 100 mulheres em 2003, um aumento de 68,5% (Figura 8).

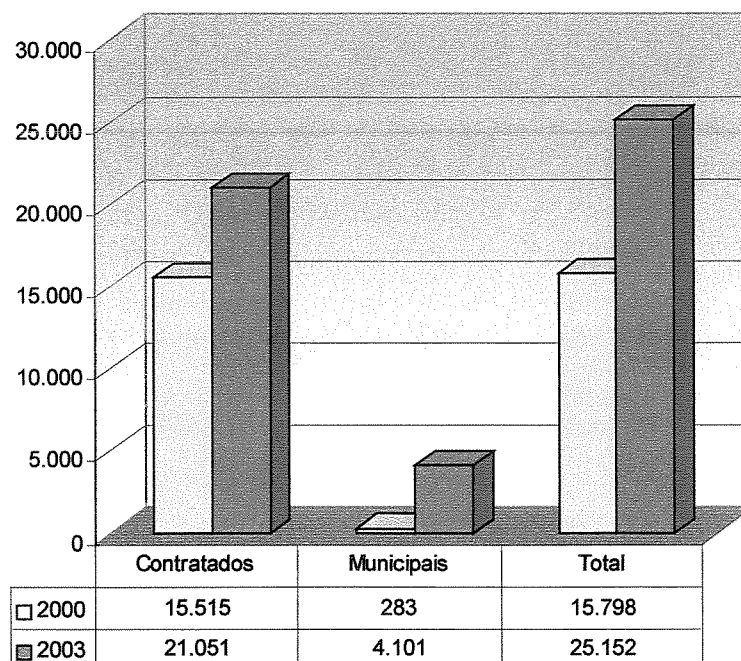


Figura 8. Distribuição das mamografias segundo o ano e de acordo com o serviço que realizou o exame.

4.8. Pré-Natal

No ano 2000, segundo os dados do SIGAB, 100% das consultas de pré-natal foram registradas como realizadas por médicos. Em 2003, 4,1% delas foram registradas como atendimento realizado por enfermeiros. O maior aumento na participação da enfermagem na atenção pré-natal ocorreu nas UBS em população com menor ICV (Tabela 13).

TABELA 13

Distribuição das consultas de pré-natal por profissional que realizou o atendimento de acordo com o Índice de Condições de Vida (ICV)

ICV	Total		Pré-Natal Médico		Pré-Natal Enfermeira	
	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n	2000 n	2003 n
Grupo 1	23.112	20.732	23.112	19.560	*	1.172
Grupo 2	11.784	9.039	11.784	8.671	*	368
Grupo 3	10.540	8.900	10.540	8.853	*	47
Total	45.436	38.671	45.436	37.084	*	1.587

* Ignorado

5. Discussão

A reorganização da atenção primária à saúde, sob o modelo do PSF, colocou a atenção à mulher como uma das atribuições das equipes de saúde da família. Em Campinas, onde estas equipes contam com médicos ginecologista e generalista, além de profissionais de enfermagem de níveis médio e superior, para o exercício desta atenção esperava-se que ocorresse uma redefinição dos papéis destes profissionais, à medida que o novo modelo se consolidasse. A expectativa era que conforme os generalistas passassem a atender de forma integral às mulheres, um número crescente de diagnósticos ginecológicos e obstétricos apareceria no registros de atendimento destes médicos. Por sua vez, os ginecologistas passariam a registrar um número crescente de diagnósticos mais especializados. Paralelamente, também se esperava que ocorresse um aumento no número de mulheres atendidas pelos profissionais de enfermagem, devido à descentralização do atendimento e uma maior divisão do processo de trabalho dentro das equipes.

Os dados deste estudo, entretanto, sugerem fortemente que a atenção primária à saúde da mulher continua bastante médico-centrada, visto que, em 2003,

médicos não ginecologistas e ginecologistas responderam pelo atendimento de cerca de 80% de todas as mulheres, enquanto o número registros de atendimentos feitos por profissionais de enfermagem foi reduzido em um quarto. Também observamos que os diagnósticos ginecológicos e obstétricos registrados por médicos não ginecologistas, apesar de terem aumentado muito, ainda não representam fração importante dos diagnósticos destes profissionais. Além disso, também contrariamente às expectativas, o perfil de diagnósticos dos ginecologistas não se alterou com a mudança do modelo, sendo apenas 3% destes referentes à atenção mais especializada. Ou seja, a expectativa do PSF-Paidéia de ter o ginecologista como um apoiador do trabalho do generalista não parece ter ocorrido, tendo permanecido aquele, aparentemente, como responsável quase exclusivo pela atenção básica à saúde gineco-obstétrica das mulheres que procuram pelas UBS.

As consultas por razões gineco-obstétricas somam um volume importante das tarefas diárias de uma equipe de atenção básica. Estudos mostraram que estas respondem por 29% e 24,4% dos atendimentos no nível primário nos Estados Unidos e na Espanha, respectivamente (Muñoz et al., 1996). Neste trabalho não estudamos as queixas, mas inferimos que os diagnósticos registrados nos atendimentos estejam associados com as mesmas. Assim, o achado de 35,6% dos diagnósticos registrados serem gineco-obstétricos mostra que a prevalência destes diagnósticos na atenção primária de Campinas é semelhante aos citados de outros países.

Esta pouca participação dos médicos, que assumiram o papel de generalistas, no diagnóstico das queixas ginecológicas e obstétricas, provavelmente

ocorreu pela não formação destes profissionais no manejo destas demandas. De fato, em todo o Brasil as especialidades mais encontradas entre os generalistas das ESF, em ordem decrescente são: Pediatria (20,5%), Medicina Geral e Comunitária (14,9%), Gineco-Obstetrícia (14,2%), Medicina Interna (12,9%) e Cirurgia (12,4%) (Brasil, 2000b), sendo que a atenção à mulher não costuma fazer parte do currículo de formação original da maioria destes profissionais.

A estratégia do MS, frente a esta falta de profissionais com capacitação em medicina familiar, tem sido investir em programas de especialização e educação continuada (Brasil, 2003b). No entanto, programas de capacitação que não contemplam a reciclagem profissional na realização do exame físico, principalmente em ginecologia, como os que vêm sendo oferecidos em vários centros, não parecem ser suficientes para que as equipes de saúde da família tornem-se autônomas na atenção básica à mulher.

A formação do médico de atenção primária é complexa, uma vez que além das responsabilidades em relação à atenção das doenças agudas e crônicas, devem cuidar dos indivíduos no contexto de suas famílias, comunidades e culturas. (Wonca, 2002), o que requer programas de residência médica bem estruturados, além de investimento permanente em educação continuada (Rivo et al., 1994). Nos países em que a saúde das mulheres é gerenciada pela equipe de atenção primária, existe uma preocupação com a qualidade da formação dos profissionais como enfermeiras, generalistas, médicos de família e internistas na atenção às mulheres. Estabelecer as competências destes profissionais nestes atendimentos e investir em avaliações e melhorias nos currículos das residências têm sido

estratégias adotadas para a qualificação desta atenção (Murphy e Batty, 1997; Wayne e DaRosa, 2004).

As competências de generalistas e especialistas na atenção à saúde da mulher são assunto controverso. Poucas foram as sociedades e especialidades que publicaram consensos a respeito dos limites de atuação dos diversos profissionais na atenção básica (Harrold et al., 1999). A American Academy of Family Physicians, em publicação de 1998 (AAFP e ACOG, 1998) e o ministério da saúde da Espanha em 2002 (Espanha, 2002) são algumas das entidades que publicaram documentos esclarecendo as habilidades e competências que os médicos de família devem ter na atenção à mulher. Apesar de algumas diferenças, ambos sugerem que as atividades reservadas, ou que devem ser supervisionadas por especialistas, são aquelas que requerem recursos tecnológicos diferenciados e incluem principalmente o manejo da gestação de alto risco, infertilidade, uroginecologia, lesões pré e neoplásicas e os procedimentos cirúrgicos.

Em 2003, diferentemente da expectativa inicial, encontramos que praticamente a totalidade dos registros diagnósticos, feitos pelos ginecologistas deste estudo (97%), permaneciam sendo diagnósticos típicos de atenção primária, segundo as publicações citadas no parágrafo anterior, e poderiam ter sido registrados por médicos de saúde da família em países como Espanha e Estados Unidos. Este achado, de fato, reforça a hipótese da falta de capacitação dos generalistas, pois se esta demanda foi representada, em sua quase totalidade, por queixas que seriam de responsabilidade da atenção básica, seria de esperar que se os

generalistas estivessem capacitados teriam atendido, se não toda a demanda, pelo menos boa parte dela.

Além da falta de capacitação, a tradição de décadas de atendimento compartimentalizado, por parte de profissionais e usuárias, certamente também contribuiu para a dificuldade de integração da atenção.

É desejável que a atenção primária à saúde da mulher, como um todo, seja coordenada por um único profissional médico. Na maioria dos países com uma atenção primária estruturada, este profissional é o generalista ou médico de saúde da família, mas eventualmente poderia ser o ginecologista com formação para tanto. Nos Estados Unidos, onde internistas, médicos de saúde da família e ginecologistas podem ser provedores de atenção primária, alguns autores defendem o reconhecimento do ginecologista como o médico de atenção primária para a mulher. Isto é, aquele que deveria atender a qualquer demanda de atenção básica, gerenciando encaminhamentos e referências, além de realizar vigilância, atribuições que o médico de atenção primária deve ter para com seus clientes (Henderson et al., 2002).

Em Campinas, de acordo com os dados deste estudo, o que ocorreu foi o uso, por parte das mulheres, de dois profissionais médicos distintos para a atenção primária, médicos não ginecologistas para atendimento às demandas não ginecológicas e ginecologistas para as ginecológicas e obstétricas. Esta fragmentação não parece contribuir para o avanço em direção à integralidade da atenção, uma vez que já foi demonstrado que, mesmo com formação

adequada, cada um destes profissionais tende a estar mais focado em questões relativas à promoção e prevenção próprias de sua especialidade, tendo os ginecologistas maior probabilidade, por exemplo, de solicitar uma mamografia e o não ginecologista de triar dislipidemias (Scholle et al., 2002).

Nos registros diagnósticos por faixa etária, esta fragmentação de atendimentos entre as especialidades médicas fica ainda mais evidente. Encontramos que as mulheres de 50 anos ou mais têm um número maior de diagnósticos clínicos registrados e são atendidas predominantemente por médicos não ginecologistas. Esta diferença de perfil de atendimento entre os grupos etários é percebida quando notamos que, enquanto nas faixas até 49 anos, a relação entre o número de consultas com médicos não ginecologistas e ginecologistas é de 2:1, para mulheres com 50 anos ou mais esta relação passa a ser de 3:1. Uma hipótese para explicar este achado é o fato de que as doenças crônicas mais prevalentes na população, tais como hipertensão arterial sistêmica e diabetes (Akker et al., 1998), que são manejadas classicamente por médicos não ginecologistas, acometem preferencialmente as faixas etárias mais altas. Reforçando esta suposição estão os achados deste estudo de que as doenças do aparelho circulatório representaram 21% dos diagnósticos em 2000 e 2003, dados que se assemelham aos nacionais e do Estado de São Paulo (Fuchs, 2004; SBH, 2002). Quanto ao diabetes, esta relação, por outro lado, não foi tão clara, uma vez que a prevalência de diagnósticos de diabetes neste estudo foi quase metade daquela da população feminina brasileira (7,6%) (Malerbi e Franco, 1992). Este achado, no entanto, pode representar uma subnotificação desta doença, uma vez que várias pessoas

apresentam co-morbidade entre o diabetes e a HAS (Akker et al., 1998) e é possível que apenas a segunda tenha sido registrada em muitos casos.

Ainda com relação ao estudo dos diagnósticos, sabemos que a aderência dos profissionais ao preenchimento adequado do código diagnóstico é um problema importante (Starfield, 2004). A busca do código da CID é morosa e pouco prática na rotina dos atendimentos, e os profissionais tendem a memorizar poucos números e utilizá-los repetidamente no preenchimento das planilhas de produção, criando um viés nas informações, sendo que isto provavelmente tenha ocorrido com os dados produzidos pelo SIGAB. Esta afirmação é apoiada pelo fato de termos encontrado uma grande quantidade de registros diagnósticos (mais de 60% dos diagnósticos clínicos) referentes ao capítulo XXI da CID 10, atendimentos de rotina nos dados do SIGAB, enquanto que em planilhas de produção idênticas, preenchidas, sob supervisão, por alunos de medicina em 2004, os registros referentes a este capítulo não ultrapassaram 2% na clínica médica (Amaral e Bicudo-Zeferino 2004).

Outro fato que pode ter contribuído para o grande número de registros no capítulo XXI é que, sendo este um campo de preenchimento obrigatório nas planilhas do SIGAB - ou seja, a falta de um diagnóstico inviabiliza o registro do atendimento - as planilhas sem diagnóstico recebiam automaticamente o código Z00 (exame de rotina do adulto) para que pudessem ser digitadas, tendo esta informação sido obtida através de entrevista pessoal da pesquisadora com a equipe responsável pelo processamento das planilhas. Estes dados, portanto, precisam ser interpretados sob esta perspectiva, devendo ser utilizados para

avaliar as tendências e não os valores absolutos, visto que o padrão de erro tende a se repetir.

Devemos atentar para o fato que se os responsáveis pela atenção às demandas gineco-obstétricas foram os ginecologistas, e pelas clínicas os não ginecologistas - os dados deste estudo demonstraram que um número muito maior de mulheres foi atendido por não ginecologistas do que por ginecologistas -, é adequado supor que muitas destas mulheres sejam atendidas apenas por um ou outro destes profissionais. Logo, procede questionar se as atividades de prevenção e diagnóstico precoce de doenças, tais como cânceres de mama e colo uterino, sintomas do climatério e osteoporose, hipertensão, diabetes e dislipidemias, estão sendo realizadas de maneira uniforme para todas as mulheres, principalmente nas faixas etárias mais altas.

Trabalho realizado nos Estados Unidos - comparando o desempenho de ginecologistas, generalistas e médicos de saúde da família - encontrou que os últimos solicitaram com mais frequência exames de triagem para dislipidemias, enquanto os primeiros realizaram com mais frequência procedimentos preventivos relacionados à saúde gineco-obstétrica, como CO e mamografia (Scholle et al., 2002). Estes achados sugerem que a dicotomização da atenção entre vários profissionais pode estar prejudicando a adequada triagem das mulheres para doenças de alta prevalência na população, tanto no que diz respeito aos não ginecologistas em doenças gineco-obstétricas, quanto dos ginecologistas para as outras.

Outros achados que corroboram o colocado no parágrafo anterior são os relativos às mamografias. Encontramos que mesmo tendo havido um aumento de 59,2% nos exames realizados pelo SUS, entre 2000 e 2003, este número correspondeu a apenas 23,5% daquele de mulheres, com 50 anos ou mais, que freqüentaram as UBS, no ano de 2003, e que seriam a população alvo para realização de mamografias (Campinas, 2001c). Na realidade, este número deve ser ainda menor, uma vez que muitas destas mamografias devem ter sido feitas para mulheres com menos de 50 anos e outras tantas com finalidades diagnósticas, e não de triagem.

Esta baixa estimativa de cobertura de mamografias pode estar relacionada com uma deficiência de solicitações por parte dos médicos não ginecologistas, que são os principais atendedores das mulheres na faixa-alvo, mas também pode refletir uma incapacidade do serviço de atender à demanda por este exame, ou ainda, ser resultado do não seguimento por parte das usuárias da recomendação pela realização do exame. De fato, estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que a triagem para câncer de mama foi oferecida pelos médicos para 70% de uma amostra de atendimentos feitos a mulheres com 60 anos ou mais, mas apenas um terço destas mulheres acabou realizando as mamografias (Blair, 1998). Em resumo, mesmo com todas estas considerações, os dados deste estudo sugerem fortemente que uma grande parcela das mulheres usuárias do SUS, na faixa etária-alvo para triagem e diagnóstico precoce de câncer de mama, não realizaram mamografias, fato que deve ser ainda mais chamativo nas comunidades com maior dependência do SUS.

Ainda com relação às competências dos distintos grupos profissionais na atenção à mulher, aspecto muito relevante foi a queda, quase pela metade, no número registrado de mulheres atendidas pelos profissionais de enfermagem de nível médio, entre 2000 e 2003. Discutindo este achado com os responsáveis pelo processamento dos dados referentes ao SIGAB, concluímos que, pelo menos parcialmente, este pode ser resultado de um viés de informação, vista a exclusão, a partir de 2001, por determinação do Ministério da Saúde, do procedimento “Atendimento Individual de Nível Médio” dos sistemas de informações de atenção básica. Para continuar registrando estes procedimentos no SIGAB, a SMS de Campinas criou um código substituto chamado “Enfermeira Virtual”, sob o qual os atendimentos de profissionais de enfermagem de nível médio passaram a ser registrados. No entanto, permaneceu a possibilidade de estes profissionais registrarem seus atendimentos em planilhas de produção sem identificação individual, nem mesmo diferenciando sexo, onde podem estar os registros de atendimento de pelo menos uma parcela de mulheres vistas por estes profissionais. Outro fator que pode ter influenciado nesta redução, foram as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem, que ocorreram ao longo da última década, a respeito da regulamentação da profissão, representadas por uma forte retomada - para os profissionais de nível superior - de uma série de atividades anteriormente realizadas pelo nível médio (Coren, 2001).

Poderia-se supor, portanto, que com a redução dos registros pelos profissionais de nível médio, deveria haver um concomitante aumento do número de registros de atendimentos feitos por profissionais de enfermagem de nível superior.

Achado que também era esperado, vista a característica do PSF Paidéia, de incentivo à atenção em equipe, onde o enfermeiro deveria assumir um papel importante (Campos, 2003). No entanto isto não ocorreu, sendo que os dados deste estudo demonstram, inclusive, uma redução do número de registros de atendimentos deste grupo profissional. Acreditamos que esta estabilidade de atendimentos no grupo dos enfermeiros, ao contrário do esperado aumento, possa estar ocorrendo porque, mesmo antes da mudança de modelo, estes profissionais, em Campinas, já dividiam com os médicos procedimentos relacionados à atenção à mulher, o que não se modificou com a implantação do Paidéia.

As ações de enfermagem em saúde pública são de fundamental importância para uma atenção primária qualificada (Witt, 2005), sendo que o pacto de atenção básica recomenda uma cobertura assistencial para ações de enfermagem de 2,3 a 6,4 procedimentos/habitante/ano e 1,1 a 1,7 procedimentos/habitante/ano para ações médicas básicas (Brasil, 2002b). Como além da redução no número de procedimentos registrados pelos enfermeiros, houve um aumento do número absoluto de mulheres atendidas por estes profissionais, os procedimentos de enfermagem passaram de 0,4 para 0,3/habitante/ano, muito aquém da meta do pacto referido. Os dados aqui apresentados sugerem, portanto, que se houve uma mudança no perfil de atendimentos por parte da enfermagem de nível superior, esta não se deu no campo da assistência, podendo, de fato, ter ficado concentrada nas áreas gerenciais das UBS.

Apesar da queda absoluta nos números de procedimentos realizados por profissionais de enfermagem de nível superior, o procedimento acolhimento, que

surgiu junto com o PSF-Paidéia, foi realizado em sua quase totalidade por estes profissionais. Além disso, supomos que muitos dos procedimentos “Enfermeira Virtual” também possam ser, de fato, acolhimentos realizados por profissionais de enfermagem de nível médio. O acolhimento é o recebimento por parte de algum profissional da equipe de saúde da família da demanda trazida por qualquer pessoa que entra na UBS, tendo este acolhedor a responsabilidade de dar encaminhamento para esta demanda dentro das suas possibilidades técnicas e das limitações da UBS, não deixando nenhum usuário sem uma resposta à sua solicitação.

O acolhimento deve representar, portanto, a grande porta de entrada das UBS, tendo a responsabilidade da avaliação de risco e do direcionamento, ou resolução das demandas dos usuários (Campos, 2003). Esta característica do acolhedor pode também ter contribuído para a dificuldade de avanço na atenção a demanda gineco-obstétrica por parte dos generalistas, uma vez que podemos inferir que a tradição da atenção fragmentada esteja impregnada nos acolhedores e siga determinando o direcionamento dos casos para os diferentes profissionais médicos dentro da UBS.

Em resumo, o número registrado de atendimentos que realmente cresceu foi o realizado por médicos não ginecologistas, que parecem ter absorvido praticamente todo o crescimento da demanda ocorrida entre os anos de 2000 e 2003 e um pouco da demanda anteriormente resolvida por profissionais de enfermagem. O profissional com maior redução de atendimentos foi o de enfermagem de nível médio, mostrando um descompasso entre a ideologia e a prática da implementação do PSF no município. Não apenas em Campinas,

mas em todo o Brasil, implementar a atenção em equipe permanece sendo um dos maiores desafios do PSF. São necessários investimentos para motivar um trabalho de interação entre os trabalhadores, sob pena de, ao não fazê-los, repetir o modelo de atenção pouco humanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica que o PSF se propõe a substituir (Almeida, 2001).

Outra observação relevante que emerge dos resultados é o crescimento do acesso das mulheres residentes em comunidades com piores condições de vida às UBS. Indicadores de condições de vida das populações têm sido usados para identificar grupos com maior exposição à inequidade. No município de Campinas, em 2001, foi criado um destes indicadores chamado Índice de Condições de Vida (ICV). Este indicador foi criado, inicialmente, como uma maneira de remunerar, de forma diferenciada, os profissionais que escolhessem trabalhar em UBS que atendessem a áreas com piores condições de vida do município, e onde, pelo difícil acesso, era difícil fixar profissionais. Na prática funciona como um indicador das comunidades com maior risco de adoecer e maiores necessidades de atenção em saúde (Campinas, 2001a).

Observando os resultados, pela ótica da equidade ou ICV, percebemos que em relação ao número de mulheres atendidas, consultas de PSF e taxa de cobertura trienal de citologia oncológica, houve melhoria mais acentuada nas comunidades com piores condições de vida. Este achado confirma o efeito positivo da filosofia subjacente à mudança do modelo de atenção, no qual o princípio da equidade é essencial.

A equidade implica que todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde, e que ninguém deveria ficar em desvantagem para alcançar este potencial, caso isso possa ser evitado (Whitehead, 1992). A inequidade, portanto, irá ocorrer quando diferentes grupos - definidos por suas características sociais e demográficas como renda, educação, ou etnia - têm acesso diferenciado a serviços ou se observam diferenças nas suas condições de saúde. Neste caso, as pessoas têm escolhas limitadas, acesso a mais ou menos recursos para a saúde ou exposição a fatores que afetam sua saúde, resultantes de diferenças que expressam desigualdades injustas (Lucchese, 2003).

Uma das maneiras propostas pela OMS para avaliar a equidade dos serviços de saúde é a comparação dos valores de acesso potencial, determinado pelos recursos e características dos sistemas de saúde, com o acesso realizado ou o serviço de fato utilizado (WHO, 2000). Não dispusemos neste estudo de dados sobre o acesso potencial, mas poderíamos supor que é representado pela SUS-dependência estimada para cada comunidade. Utilizamos os parâmetros de SUS-dependência que os técnicos da Secretaria Municipal utilizam. Supõe-se que, em regiões com piores condições de vida, ICV grupo 1, a SUS-dependência seria 90%. No grupo 2, com condições de vida intermediárias, a SUS-dependência seria de 70% e no grupo 3, com as melhores condições de vida, esta dependência seria de 50% (Campinas, 2001a).

Ao contrário das expectativas baseadas na SUS-dependência estimada, os resultados deste estudo mostraram que o número de usuárias que tiveram algum tipo de registro de atendimento nas UBS do estudo foi maior que o

esperado para todos os grupos de ICV. Sendo que nos grupos de ICV 1 e 2, este número de mulheres atendidas ultrapassou inclusive o número estimado de mulheres residentes nas mesmas áreas. Este achado pode sugerir que exista uma população freqüentadora das UBS procedente de outras regiões da cidade, ou mesmo de outros municípios. Há também a possibilidade de existirem usuárias com registros duplicados que estejam entrando no banco de dados como pessoas distintas, uma vez que um sistema de registros de usuários não informatizado é passível deste tipo de erro. Acreditamos que apenas quando cada cidadã tiver uma identificação pessoal, para uso em todos os serviços públicos (como o cartão SUS), poderemos ter dados mais adequados para explicar este fenômeno (Brasil, 2001a). O fato de um número maior de mulheres estar sendo atendido pelas UBS do que a população também pode estar ocorrendo por uma SUS-dependência variável, isto é, talvez as mulheres usem mais os serviços públicos para questões relativas aos atendimentos de enfermagem e clínico, e menos para o atendimento ginecológico.

O número de encaminhamentos para especialidades pelos médicos da atenção básica pode representar, mesmo que de maneira superficial, a resolutividade que a atenção básica oferece, e é uma forma indireta de avaliar a integralidade da atenção. Não é possível em um estudo como este quantificar quais seriam os casos que poderiam ter sido resolvidos na atenção básica e aqueles que realmente necessitavam de encaminhamento, visto que não sabemos o motivo do encaminhamento nem estamos contextualizando os recursos locais e as dinâmicas dos atendimentos.

Reconhecem-se quatro tipos de encaminhamentos: consultoria (atenção compartilhada de curta duração); manejo em conjunto (atenção compartilhada de longa duração); transferência temporária (manejo de curta duração) e transferência prolongada (transferência de longa duração para manejo) (Starfield, 2004). A Portaria 1101 de 2002, do Ministério da Saúde, estabelece como desejado o oferecimento de 2-3 consultas por habitante/ano, com uma relação de 1 consulta especializada para cada 3 consultas em clínicas básicas (Brasil, 2002a).

Neste estudo encontramos registro de apenas quatro encaminhamentos para cada 100 mulheres atendidas em 2003, representando uma redução de 36,3% neste número em relação a 2000. A maioria destes encaminhamentos foi realizada por médicos não GO para oftalmologistas, dermatologistas e ortopedistas. Não é surpresa a baixa resolutividade da atenção básica em oftalmologia e sabe-se que é elevada a incidência de doenças dermatológicas na população (Fuchs, 2004). No entanto, os diagnósticos referentes às doenças oftalmológicas e dermatológicas têm uma ocorrência muito baixa no SIGAB, o que pode estar indicando, mais uma vez, um sub-registro. Também surpreende, e deve estar relacionado com sub-registro, o número pequeno de encaminhamentos para cardiologia e endocrinologia, especialidades que respondem pela atenção às complicações das doenças crônicas mais prevalentes na população. Isso pode representar uma alta resolutividade do PSF nestas áreas, mas também pode estar relacionado com o não reconhecimento da necessidade de interconsultas, dificuldade de encaminhamentos ou ainda à procura espontânea por parte das usuárias por atendimento especializado.

Há evidências de que expandir a variedade de serviços oferecidos na atenção básica pode ter o efeito de encorajar os pacientes a buscarem a atenção, quando de outra forma não o fariam (Starfield, 2004). Portanto, identificar os problemas específicos que levam a encaminhamentos em cada UBS pode ser o primeiro passo para investimento em educação continuada específica e aumento de resolutividade local. Além disso, o que é necessário para oferecer um atendimento integral em uma região pode não ser o mesmo quando se considera outra (Starfield, 2004). Assim, a integralidade requer o conhecimento da frequência dos problemas e necessidades na área específica em que as unidades estão localizadas. A formação profissional não pode se ocupar destas diferenças; assim, a educação continuada deve ter a responsabilidade de garantir que a competência seja desenvolvida, recuperada ou valorizada nas áreas em que ela é necessária (Starfield, 2004).

Outros achados interessantes são os referentes às coletas de citologia oncológica. Teoricamente, a cobertura trienal de CO deveria ser 100% para as mulheres que freqüentam a UBS. Mesmo considerando que as coletas registradas pelo SIGAB representaram apenas 74% do número real de citologias realizadas, é considerável o número de mulheres que foram atendidas nas UBS e que não coletaram CO, sendo que esta diferença é mais importante na faixa etária de mais de 50 anos.

Pode estar contribuindo para este achado o uso distinto dos serviços das UBS pelas mulheres, ou seja, usar a UBS para consultas com médicos não ginecologistas para acompanhamento de doenças crônicas, ou para atendimento de

uma intercorrência, ou ainda para atendimento de enfermagem não significaria o uso da UBS para coleta de CO. Fato que corrobora esta hipótese são os achados de inquéritos populacionais que mostraram uma taxa de cobertura de CO de cerca de 80% para São Paulo (INCA, 2002). No entanto, a diferença observada na faixa de 50 anos ou mais, provavelmente seja secundária ao despreparo dos médicos não ginecologistas, os grandes responsáveis pelos atendimentos nesta faixa, em incorporar esta ação na sua rotina, podendo, de fato, boa parte das coletas de enfermagem ser oriundas de solicitações por parte destes médicos.

Fato que surpreendeu foi que o número de coletas de CO registradas por ginecologistas correspondeu a apenas 12% do número de atendimentos realizados por estes profissionais. Nas áreas com maior ICV isto pode estar relacionado com a realização deste exame em serviços ligados à medicina suplementar, conforme sugerido no inquérito populacional citado. Entretanto, nas áreas com piores ICV não há motivos para acreditar que isto esteja ocorrendo nem tampouco que os profissionais de enfermagem venham a coletar CO de mulheres que passaram por atendimento pelo ginecologista.

Segundo dados da Fundação Oncocentro do Estado de São Paulo, a incidência de câncer de colo uterino no Estado foi 21,9 casos novos/100.000 mulheres em 2003. Apesar da aparente baixa cobertura, a taxa de mortalidade por câncer de colo uterino na região metropolitana de Campinas, que era de 4,1 em 1990, reduziu-se para 3,2 em 2000 (DATASUS-SIM). De fato, no citado inquérito do INCA, em média 57% das CO do Estado de São Paulo foram feitas em estabelecimentos de saúde não ligados ao SUS. Isto reforça a dificuldade de

cálculos baseados em SUS-dependência, e a importância que deve ser dada ao sistema de saúde complementar por parte daqueles que realizam a gestão plena nos níveis locais. Não se pode prescindir da interação e planejamento das ações de forma integrada. Em Campinas, município de elevado poder aquisitivo, onde a renda *per capita* recebe pontuação de 0,845 em uma escala que vai até 1 (IPEA, 2000), esta é uma questão essencial na gestão das ações em saúde da mulher.

Outro indicador que nos fornece uma noção sobre acesso aos serviços de saúde é a razão das consultas de pré-natal por nascimentos ocorridos pelo SUS. Encontramos registros de 5,2 consultas de pré-natal por nascimento ocorrido no SUS em 2003. Este valor representou uma discreta melhora entre os anos do estudo e era discretamente maior que a média nacional, de 5,1 (DATASUS-SIH; DATASUS-SINASC; Serruya, 2003), e se aproxima muito do ideal proposto pelo Ministério da Saúde que seriam 6 consultas por pré-natal (Brasil, 2000a). Devemos salientar, no entanto, que os dados sobre nascimentos do SIH não disponibilizam o endereço da mãe, e, sendo assim, não foi possível a contemplação de diferenças, entre o número de consultas por nascimento, que possam ter ocorrido em diferentes regiões do município. Tampouco foi possível obter este dado através do SINASC, uma vez que este banco não diferencia os nascimentos SUS e não SUS em maternidades de atenção pública e privada.

De fato, dados precisos sobre assistência pré-natal no Brasil não existem. Os sistemas que oferecem informações sobre este tipo de assistência são variados e não apresentam uma interface de comunicação que permita, através da sobreposição de informações, a obtenção de dados mais confiáveis. O SIS-

PRÉ-NATAL foi um sistema de informações desenvolvido especificamente para gerar informações sobre o programa de qualificação da atenção à gestação e ao nascimento. No entanto, também não atingiu o seu objetivo, havendo grande subnotificação das ações, o que resulta em indicadores de baixa qualidade nos quais não se pode confiar (Serruya, 2003). Apesar de imprecisos, os dados disponíveis apontam para uma melhora progressiva no acesso das gestantes à atenção pré-natal, visto o número crescente destas consultas registradas frente aos nascimentos. No entanto, apesar do aumento de pré-natais, alguns achados indiretos como a, ainda alta, mortalidade materna secundária a complicações da hipertensão arterial e ocorrência de sífilis congênita, apontam para uma ainda baixa qualidade destes atendimentos no país (Brasil, 2004). Além disso, fatores relacionados à atenção secundária e terciária também podem estar contribuindo para a ocorrência destas taxas, principalmente em cidades como Campinas, onde o acesso ao pré-natal de qualidade é garantido.

Em resumo, este trabalho sugere que mudanças, algumas discretas e outras significativas, ocorreram no perfil de atendimentos às mulheres com a implantação do PSF Paidéia. Os achados mais importantes foram a dicotomização da atenção primária à saúde da mulher entre ginecologistas e não ginecologistas, a retração dos atendimentos de enfermagem e o avanço em direção à qualidade, representada pelos resultados vistos sob a ótica do ICV.

Acreditamos que as equipes de saúde da família devam ser capacitadas, na teoria e na prática, em atenção básica à saúde reprodutiva das mulheres e que devam assumir um papel cada vez maior nos cuidados a este grupo. O

ginecologista, por sua vez, poderia permanecer como apoio a estas equipes, o que parece ser indispensável neste momento, visto a aparente falta de capacitação prática dos generalistas que atuam nas equipes de saúde da família na atenção às demandas em ginecologia e obstetrícia.

Um outro papel do ginecologista que poderia ser fortalecido seria a sua atuação na atenção secundária, onde recursos tecnológicos adequados deveriam estar disponíveis. Áreas como esterilidade, patologia cervical, gravidez de alto-risco, doenças da mama e uroginecologia seriam algumas das que se enquadrariam nas competências do ginecologista neste nível de atenção.

O aprofundamento da discussão sobre preparo dos profissionais para atenção integral às mulheres junto às sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Interna e Saúde da Família, além dos pólos de capacitação das ESF, são fundamentais para avançarmos em qualidade de atenção.

O reconhecimento da importância da atenção primária à mulher e a redefinição dos papéis dos diversos profissionais na atenção a este grupo são desafios para os meios acadêmico e de gestão em saúde. Muitos estudos ainda precisam ser realizados para que consigamos traçar um adequado retrato da saúde da mulher no Brasil, e para que conheçamos o impacto que a adoção do PSF está tendo sobre ela.

6. Conclusões

- O número de mulheres atendidas nas UBS do estudo aumentou mais do que a população estimada para o mesmo período, sendo que a maioria destas mulheres encontrava-se na faixa etária de 20-49 anos.
- O número de mulheres atendidas por médicos ginecologistas manteve-se estável entre os anos do estudo, enquanto o número de mulheres atendidas por médicos não ginecologistas aumentou aproximadamente 50%. O número de mulheres atendidas por profissionais de enfermagem foi menor em 2003 do que em 2000.
- O número de procedimentos realizados por médicos ginecologistas foi reduzido entre os anos do estudo, sendo a redução mais importante na consulta pré-natal. Entretanto, o número de procedimentos realizados por médicos não ginecologistas aumentou, principalmente pelo surgimento do procedimento consulta médica do PSF. O registro de todos os procedimentos realizados por profissionais de enfermagem de nível superior sofreu redução entre os anos do estudo, à exceção do procedimento acolhimento.

- O perfil de diagnósticos de médicos ginecologistas e não ginecologistas não se modificou entre os anos do estudo, permanecendo os médicos ginecologistas registrando diagnósticos ginecológicos e obstétricos e os não ginecologistas registrando diagnósticos clínicos. O perfil de diagnósticos registrados pela enfermagem está predominantemente relacionado ao atendimento de rotina do adulto nos dois anos.
- A taxa de encaminhamentos foi pequena e reduzida quase pela metade entre os anos do estudo, atingindo 4 em 100 consultas atendidas. Os médicos não ginecologistas foram os principais responsáveis por estes encaminhamentos, em 2000 e 2003, sendo que as principais especialidades de destino foram oftalmologia, ortopedia e dermatologia.
- O número de mulheres atendidas e de procedimentos foi maior, e teve uma melhora mais acentuada nas comunidades com pior ICV, enquanto o perfil de diagnósticos registrados foi semelhante em todos os grupos.
- A taxa de cobertura de citologia oncológica, o número de mamografias realizadas por mulher com 50 anos ou mais e o número de consultas de pré-natal por nascimento ocorrido no SUS aumentaram discretamente entre os anos do estudo.

7. Referências Bibliográficas

AAFP. American Academy of Family Physicians, ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. **Maternity and Gynecologic Care**. 1998. Disponível em < URL: <http://www.aafp.org/x16549.xml?printxml> >. [2005 fev 15]

ACP. American College of Physicians. What internists need to know: core competencies in women's health. **Am J Med** 1997; 102:507-12.

Akker MVD, Buntinx F, Metsemakers JFM, Roos S, Knottnerus A. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. **J Clin Epidemiol** 1998; 51:367-75.

Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: Construindo “novas autonomias” no trabalho. **Rev Interface** 2001; 9.

Amaral E, Bicudo-Zeferino AM. The experience on integral attention to families health into a new integrated medical curriculum. Anais. International conference Association for medical education in Europe 2004. p.497.

Andrade LOM. **SUS passo a passo – normas, gestão e financiamento**. São Paulo-Sobral: Editora HUCITEC; 2001.

Bacha AM. **Avaliação da implantação do programa de assistência integral à saúde da mulher no estado de São Paulo no período 1987-1990**. Campinas, 1997. [Tese -Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP].

Bessa O, Penaforte J. **Médico de família – formação, certificação e educação continuada**. Fortaleza: Editora da Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.166p.

Blair KA. Câncer screening of older women: a primary care issue. *Cancer Pract* 1998; 6:217-22

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília: 1984.

Brasil. Relatório final da VIII conferência nacional de saúde. Brasília, 1986. disponível em <URL: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf >. [2003 mar 13]

Brasil. Presidência da República, Casa Civil. Lei Orgânica da Saúde - nº 8080. Brasília, 1990. Disponível em <URL: https://legislacao.planalto.gov.br/legislacao/nsf/fraWeb?OpenFrameSet&Frame=frmWeb2&Src=%2Flegislacao.nsf%2FViw_Identificacao%2Flei%25208.080-1990%3FOpenDocument%26AutoFramed>. [2003 mar 13]

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index>>. [2003 abr 14]

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal normas e manuais técnicos. Brasília, 2000a. Disponível em < URL: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/>

Brasil. Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz - Perfil dos médicos e enfermeiros do programa saúde da família no Brasil Volume I - Brasil e Grandes Regiões. Brasília, 2000b.

Brasil. Ministério da Saúde. Cartão nacional de saúde – cadastramento de usuários do sus: portarias: ms/se nº 17, ms/se/sis nº 39 e nº 57, de 2001. Brasília, 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção à saúde. Brasília, 2001b. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Promocao/cartas/as%20cartas%20-%20atalho%20para%20assuntos%20da%20publicacao.htm>>. [2003 abr 21]

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Brasília, 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1101/GM. Brasília, 2002b. Disponível em <URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>> [2005 mai 10]

Brasil. Ministério da Saúde. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003a; 3:221-4.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher princípios e diretrizes. Brasília, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano nacional de políticas para as mulheres. Brasília, 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Pacto de atenção básica 2005 Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005. Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade** – SIM Disponível em <URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2004/c10.def>>. [2005 mai 20]

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Brown ER, Davidson PL, Yu H, Wyn R, Andersen RM, Becerra L, Razack N. Effects of community factors on access to ambulatory care for lower-income adults in large urban communities. *Inquiry* 2004; 41:39-56.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Índice de condição de vida. Campinas, 2001a. Disponível em < URL: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/icv/icv_index.htm acesso em mai 2005>. [2005 jun 24]

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Paidéia de Saúde da Família - As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde - Gestão 2001 – 2004. Campinas, 2001b. Disponível em < URL: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/janela.htm>>. [2003 mar 10]

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção a Saúde da Mulher. Campinas, 2001c. Disponível em <URL: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/o_sus_cps.htm>. [2005 jun 24]

Campos GWS. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec; 1992. 149p.

Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o sistema único de saúde. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:187-93.

Campos GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003. 185p.

Canesqui AM. Planejamento familiar nos planos governamentais. **Rev Bras Estudos Popul** 1985; 2:1-2.

Canesqui AM. Assistência médica e a saúde e reprodução humana. **Textos NEPO 13**. Campinas, 1987.

Coren-SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo.
Documentos básicos de enfermagem. Editora Escrituras, São Paulo, 2001.

D'Oliveira AFPL, Senna DM. Saúde da Mulher. In: **Saúde do Adulto – programas e ações na unidade básica.** 2ª ed., São Paulo: Editora Hucitec; 2000. p.86-108.

España. Ministerio de sanidad y consumo. **Programa de la especialidad de medicina familiar y comunitária.** Espanha, 2002.

Fuchs FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.

Garcia-Barbero M. La atención primaria: recomendaciones de la asamblea mundial de la OMS. **Aten Prim** 2003; 32:321-2.

Goulart FAA. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso ?** Rio de Janeiro, 2002. [Tese - Doutorado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz].

Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. **Lancet** 2004; 364:1273-80.

Habicht JP, Victora CG, Vaughan. Evaluation designs for adequacy,plausibility and probability of public health programme performance and impact. **Int J Epidemiol**1999; 28:10-8.

Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care and outcomes of care for gneralists and specialists. **J Gen Intern Med** 1999; 14:499-511.

Hartz ZMA, **Avaliação em saúde, dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

Henderson JT, Weisman CS, Grason H. Are two doctors better than one? Women's physician use and appropriate care. **Women's Health Issues** 2002; 12:138-49.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Detecção precoce de câncer de colo do útero e mama, in Ministério da Saúde e INCA. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro, 2004.

IPEA. Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada. **Atlas do desenvolvimento humano**. Brasil, 2000.

Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cad Saúde da Família** 1996; 1:3-15.

Lucchese TR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 2003; 8: 439-48.

Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care** 1992; 15:1509-16.

Muñoz EB, Sánchez AD, Mir LA, Jiménez M. Care of women in primary health care. **Aten Prim** 1996; 17:483-5.

Murphy CC, Batty H. A new model of training physicians and health care professionals in women's primary health care: The women's health scholar program. **Women's Health Issues** 1997; 7:380-4.

Neely KLP, Stifel EM, Milberg LC. A systematic approach to faculty development in women's health: lessons from education, feminism, and conflict theory. **Acad Med** 2000; 75:1095-101.

Nemes MIB, Ação Programática em saúde: Recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber LB. **Programação em saúde hoje**. 2ª ed., São Paulo: Editora Hucitec; 1993. p.65-116.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª rev.** São Paulo: Centro de Documentação da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1995. v.1.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo**. Cairo, 1996.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. Indicadores de salud: Elementos Básicos para el Análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico da OPAS** 2001, 22 (4).

Osis MJM. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. Campinas, 1994. [Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP].

Osis MJM. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saúde Pública** 1998; 14:25-32.

Pinotti JA, Brenelli HB, Díaz AJ. Programa de tocoginecologia preventiva. Plano piloto de medicina integral. **Bol Ofic Sanit Panam** 1981; 90:144-8.

Pinotti JA. **Ação e reflexão – Política, educação e saúde**. Ed Papyrus, 1986. p.26-36.

Rivo ML, Saultz MPH, John W, Wartman SA, DeWitt TG. Defining the generalist physician's training. **JAMA** 1994; 271:1499-504.

Santos IS, Victora CG. Epidemiology, research, and health services evaluation. **Cad Saúde Pública** 2004; 20:337-41.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **História da medicina de família e comunidade**. Porto Alegre, 2002. Disponível em < URL: <http://www.famed.ufrgs.br/departamentos/dms/mfc/historia>> [2003 mai 20]

Scholle SH, Chang JC, Harman J, Mcneil M. Trends in women's health services by type of physician seen: data from the 1985 and 1997–98 NAMCS . **Women's Health Issues** 2002; 12:175-7.

Serruya SJ. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Campinas, São Paulo, 2003. [Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas -UNICAMP].

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **IV Diretrizes Brasileiras sobre Hipertensão Arterial**. 2002.

Sousa MF. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

Starfield B. **Primary Care: concept, evaluation and policy**. New York, Oxford University Press, 1992.

Starfield B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population. **Am J Public Health** 2002; 12:384-7.

Starfield B. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2004.

Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad Saúde Pública** 1998; 14:429-35.

Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. **Am J Public Health** 2004; 94:400-5.

Wayne DB, DaRosa D. Evaluating and enhancing a women's health curriculum in an internal medicine residency program. **JGIM** 2004; 19:755-9. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. **Int J Health Services** 1992; 22:429-45.

Witt RR. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais em Saúde Pública**. Ribeirão Preto, 2005. [Tese - Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP].

WONCA. World Organization of Family Doctors. **The European definition of general practice/family medicine**. Europe, 2002.

WHO. World Health Organization. **Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata, USSR, 1978. Disponível em <URL: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>>. [2003 mar 10]

WHO. World Health Organization. **Women's health: improve our health, improve the world**. Geneva, 1995.

WHO. World Health Organization. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. **BMJ** 1996;312:1664-65.

WHO. World Health Organization. **Catalogue of health indicators: a selection of important health indicators recommended by WHO programmes**. Geneve, 1996.

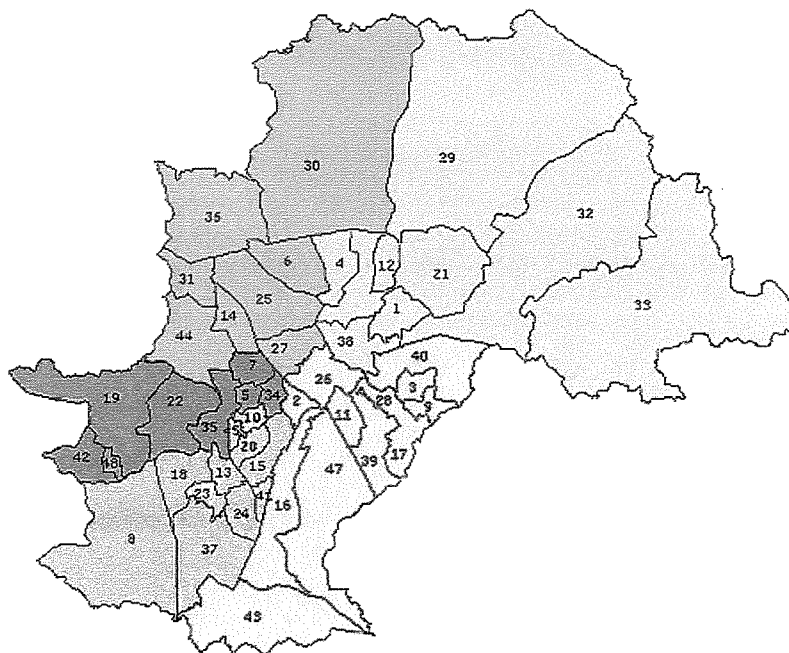
WHO. World Health Organization. Equity in access to public health. In: World Health Organization. **The Fifty-Third Session of the Regional Committee for South-East Asia working papers**. Geneve, 2000.

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2005).

9.2. Anexo 2 – Mapa das UBS em 2003 de Acordo com Distrito de Saúde



Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste
6 - Santa Mônica	2 - Vila Rica	1 - Conceição	8 - União dos Bairros	5 - Perseu
14 - Boa Vista	3 - Orosimbo Maia	4 - Costa e Silva	10 - Santa Lúcia	7 - Integração
25 - Eulina	9 - Esmeraldina	12 - São Quirino	13 - Aeroporto	19 - Valença
27 - Aurélia	11 - Figueira	21 - 31 de março	15 - Campos Elíseos	22 - Florence
30 - Barão Geraldo	16 - São José	29 - Taquaral	18 - Vista Alegre	34 - Pedro Aquino
31 - Anchieta	17 - São Vicente	32 - Sosas	20 - Capivari	35 - Ipaussurama
36 - São Marcos	26 - Faria Lima	33 - Joaquim Egídio	23 - Dic I	42 - Floresta
44 - Sta. Bárbara	28 - Santa Odila	38 - Centro	24 - Dic III	48 - Itajaí
	39 - Ipê		37 - São Cristóvão	
	40 - Paranapanema		41 - Itatinga	
	43 - São Domingos		45 - V. União / CAIC	
	47 - Carvalho de Moura			

 Unidades Novas que foram analisadas em áreas de abrangência antigas

 Unidades que não entraram no estudo