

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO 2000/2001

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
CARACTERÍSTICAS DO RASTREAMENTO DO
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM USUÁRIAS DE 20 À 59 ANOS**

Aluna:

Laura Dell Aglio Dias da Costa

Orientador:

Prof Dr Paul Douglas Fisher

Co-orientadora:

Prof^a Dr^a Mary Clarisse Bozzetti

Porto Alegre, 31 de dezembro de 2001

AGRADECIMENTOS

Aos orientadores, Paul Douglas Fisher e Mary Clarisse Bozzeti,
pelos materiais de estudo, discussões frutíferas e cafés.

À professora Sandra Fuchs, pelo acolhimento na Universidade.

Aos colegas de Unidade Primária,
Carmen Luiza de Oliveira Fernandes e Eno Dias de Castro Filho,
pelo companheirismo em todos os momentos.

À Marcelo Gonçalves, pela colaboração na implementação do estudo.

Aos meus queridos amigos,
Marlise, Ana, Elisabete, Norma, Renato, Eduardo, Lizandro,
pelo chimarrão, risadas, chocolates e carinho fraterno.

A meus familiares, Miracy e Roberto, pelo incentivo.

ÍNDICE

Parte I

1. Introdução	6
2. Revisão da literatura	8
2.1. Atenção à saúde de populações	8
2.1.1. Atenção à saúde da mulher	12
2.2. Atenção Primária à Saúde (APS)	13
2.2.1. Características essenciais	14
2.2.2. Qualidade da atenção em APS	16
2.2.3. Problemas de saúde em APS	17
2.3. Avaliação de qualidade	20
2.3.1. Modelo estrutura-processo resultado	21
2.3.2. Indicadores de desempenho	23
2.4. Câncer de colo de útero	27
2.5. Ambiente de pesquisa	29
2.5.1. Processo de atenção pesquisado	33

Parte II

3. Questão da pesquisa	36
4. Objetivos	38
4.1. Objetivo geral	38
4.2. Objetivos específicos	38
5. Método	39

5.1. Delineamento da pesquisa	39
5.2. Variáveis e comparações	40
5.2.1. Variáveis originais e derivadas	42
5.3. Amostragem e coleta dos dados	42
5.4. Análise	45
6. Aspectos éticos	46
7. Resultados	47
8. Discussão	54
9. Conclusões	58
10. Implicações e trabalhos futuros	59
11. Referências Bibliográficas	60
Parte III	
Artigo	65
Parte IV	
Termo de compromisso de sigilo	79
Instrumento de coleta de dados	80
Instruções para preenchimento do instrumento	81
Termo de aprovação da Comissão de Ética	82

PARTE I

1. INTRODUÇÃO

A Epidemiologia tem aplicação no estudo da situação de saúde de indivíduos e de populações; também colabora, através de avaliações de serviços, para a adequação das ações de saúde às necessidades populacionais¹. Esta adequação deve levar em conta características das comunidades, dos usuários e dos prestadores dos serviços.

Os serviços de Atenção Primária à Saúde têm capacidade para prover os cuidados de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação às populações sob seus cuidados. A adstrição dos usuários, o conhecimento do perfil epidemiológico local e o acesso facilitado, entre outras características, permitem a resolução de cerca de 90% dos problemas apresentados pela demanda, e o oferecimento das medidas de prevenção adequadas².

Este estudo procura avaliar um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), através da construção e do uso de indicadores da qualidade do atendimento às usuárias. Para isso, analisa algumas características do programa de rastreamento do câncer de colo de útero, em uma amostra de usuárias de três Unidades Primárias do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS.

Neste serviço, as mulheres entre 20 e 59 anos têm como motivo mais frequente de consulta fazer prevenção de câncer ginecológico, que é um problema prioritário nos serviços de atenção à saúde no Brasil desde a década de 70. Os problemas crônicos mais frequentes da demanda ambulatorial são hipertensão, diabete, depressão e ansiedade³.

No ambiente de APS, o cuidado das doenças crônicas convive com as ações de prevenção secundária dos cânceres. Segundo Villaça Mendes, “os serviços têm

programas e as pessoas têm problemas”, sendo necessária uma abordagem dos problemas instalados, sem deixar de exercer a prevenção dos problemas potenciais¹.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, a partir dos anos 80, preconiza que as prioridades devem ser definidas de acordo com as características epidemiológicas dos problemas: incidência, severidade, disponibilidade de medidas preventivas e custo-efetividade; o cuidado deve dar respostas às demandas espontâneas e às necessidades preventivas ao mesmo tempo, no mesmo local⁴.

Informações não só sobre cobertura e acesso, mas sobre a utilização dos serviços são necessárias e de efetiva ajuda para a tomada de decisões sobre a saúde das populações. Um desafio contemporâneo é a definição das medidas e dos indicadores adequados, uma vez que a conceituação e a operacionalização destes está em rápida evolução e em constante redefinição⁵.

As avaliações dos serviços são, mais comumente, quantitativas e com uso de indicadores populacionais pouco discriminatórios. As avaliações do desempenho podem fornecer informações diretamente ligadas ao processo de trabalho⁶, e podem colaborar com a otimização do uso dos recursos.

Em uma corte histórica de mulheres de 20 à 59 anos, é verificada a idade, a presença das doenças mais frequentes, a captação das usuárias para o rastreamento de câncer de colo de útero e a adesão a este. Através da medida da distribuição do rastreamento entre as usuárias, discute-se se a captação e a adesão ao programa de rastreamento são indicadores da presença de duas características essenciais aos serviços de Atenção Primária à Saúde: abrangência e longitudinalidade nos cuidados. Esta avaliação pode embasar melhorias no uso dos recursos em saúde, no serviço estudado e em serviços semelhantes, bem como sugerir novos estudos sobre desempenho em Atenção Primária.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ATENÇÃO À SAÚDE DE POPULAÇÕES

A organização do sistema de saúde pode ser desenhada como uma pirâmide dividida em três níveis: na base os serviços primários, no meio os secundários e no topo os terciários, de acordo com a complexidade tecnológica exigida para resolver os problemas¹. Esta distinção ocorreu nos anos 20, na Grã-Bretanha e é a base do conceito de regionalização, largamente utilizado hoje no planejamento da alocação de unidades de atendimento². De maneira ideal, de cada cem usuários do sistema de saúde, 90 terão seu problema resolvido no nível primário, 9 no secundário e 1 no terciário¹.

A atenção à saúde de populações envolve um grande, mas limitado, volume de recursos materiais e humanos. Esta limitação se reflete na competição por recursos entre diferentes programas de atenção, cada um com suas justificativas sociais⁷. Gerentes de todos os níveis do sistema de saúde precisam quantificar as variações do desempenho, identificando fatores que o influenciam e articulando movimentações que possibilitem melhores resultados. O desempenho de sub-componentes do sistema de saúde, como os serviços públicos regionais e locais, necessitam contabilizações⁵.

No Brasil, em termos gerais, desde a década de 70, a assistência pública-coletiva é de competência do Estado e a assistência individual é privada, com repasses financeiros da previdência social para a última¹. Ainda na década de 70, frente à falta de acesso ambulatorial, surgiu uma proposta governamental compensatória, que propunha uma Atenção Primária sem sistema de referência, que visava estratégias de sobrevivência de grupos de risco, e que tinha como modelo de avaliação as coberturas

de ações verticais. De 1975 até 1984, houve, sob esses preceitos, uma expansão da rede ambulatorial em 1.225%¹.

Desde o final da década de 80, configuraram-se três subsistemas de saúde: o de alta tecnologia, o de atenção médica supletiva (conveniada) e o público. Este é concentrado em Postos de Saúde simplificados e é locado em áreas mais pobres, de população excluída do trabalho formal. Em relação aos hospitais, houve, desde a década de 60, uma diminuição relativa do número de leitos hospitalares públicos. Em 1989, apenas 22% do total de leitos era público, eram de baixa complexidade tecnológica e o acesso era muito restrito¹.

A lei 8080, de 1990, determina a construção de Distritos Sanitários e os descreve segundo as dimensões: política (interesses dos atores sociais), ideológica (concepções e paradigmas) e técnica (operacionalização das intervenções). Em termos gerais, o paradigma da reforma sanitária é uma concepção ampliada do processo saúde-doença, com base epidemiológica para populações, indo além dos conceitos de risco individuais¹. Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), estes sistemas locais de saúde (SILOS) devem atuar com base na Epidemiologia, nas ciências sociais e nas ciências clínicas, utilizando combinações de tecnologias, a serem acionadas de acordo com os problemas de saúde identificados na população⁸.

O objetivo do distrito sanitário é responder demandas, atender necessidades e contribuir para a solução efetiva de problemas. Estrategicamente, é necessário abordar questões como acessibilidade, adstrição da população, referência e contra-referência, informações sócio-econômicas, informações epidemiológicas e participação popular¹.

O modelo assistencial de base epidemiológica tem como preocupações básicas as doenças que mais ocorrem na área, fatores que potencialmente afetam a saúde da população, identificação de possíveis soluções para os problemas, acompanhamento e

avaliação das ações⁹. Por exemplo, sabidamente existem condições mórbidas relacionadas à falta de água e saneamento, como diarreias e hepatites – este conhecimento pode dirigir ações de educação, de assistência médica e de urbanização.

Em 1977, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na Conferência de Alma-Ata, discutiu a inequidade em saúde e estratégias para minimizá-la. A desigualdade é um fato mundial e pode ser vista de comparações entre nações até entre grupos de moradores de uma pequena área, de qualquer país. O conceito de equidade conduz a uma distribuição de recursos compatível com as diferentes necessidades detectadas – mais recursos para quem precisa mais, e não tão somente iguais fatias para cada grupo identificado¹⁰. Nesta Conferência, decidiu-se que o principal objetivo dos governos deveria ser o de proporcionar aos cidadãos um nível de saúde que permitisse uma vida produtiva, tanto social como economicamente. Este objetivo ficou conhecido como “saúde para todos no ano 2000” e a estratégia para alcançá-lo seria a Atenção Primária à Saúde².

Em 1979, em assembléia da OMS, os cuidados primários à saúde foram definidos como cuidados essenciais, baseados em tecnologias e métodos aceitáveis, acessíveis à comunidade, com custo arcável aos governos, fazendo parte dos sistemas nacionais de saúde e servindo como via de acesso a estes, levando o cuidado tão próximo quanto possível das moradias e do trabalho das pessoas e se constituindo no primeiro elemento de um processo contínuo de atenção à saúde². Mais tarde, este conceito amplo foi mais especificado; priorizou a educação para a saúde, saúde ambiental (particularmente da água e alimentos), saúde materno-infantil, prevenção de endemias, tratamento adequado a doenças comuns e acidentes, e provimento de medicamentos essenciais².

A priorização de problemas, por sua vez, requer considerar o impacto (valor político, econômico e sanitário), a disponibilidade de tecnologias para o enfrentamento e o custo operacional⁹. As particularidades de cada região devem ser analisadas de tempos em tempos, de maneira a subsidiar a distribuição dos recursos, pois as populações são dinâmicas, e sua constante transformação torna necessária a medição seriada da situação de saúde. Os estudos de epidemiologia descritiva têm lugar importante na análise da situação local de saúde, permitindo que se definam as intervenções necessárias para mudar esta situação¹¹.

Entre países com similares níveis de renda e educação existem grandes variações nos desfechos de saúde e algumas destas variações se devem ao desempenho diferenciado do sistema de saúde¹². Hoje, devido a estas diferenças, e devido a importância das intervenções prioritárias nos efeitos dos serviços sobre a saúde das populações, a Organização Mundial da Saúde vê como necessário monitorar o desempenho das intervenções críticas. Diferenças no planejamento, conteúdo e gerenciamento do sistema de saúde se traduzem em diferenças numa gama de desfechos sociais validados, como saúde dos indivíduos, como responsividade e equidade dos serviços¹².

Nos países pobres, a expectativa de vida dos adultos reflete os níveis de nutrição, tabagismo, doenças infecciosas, acidentes com morte prematura e infra-estrutura de saúde. Se sugere que estudos sobre a qualidade da saúde adulta possam colaborar com a adequação do provimento de recursos em saúde, com a finalidade de melhorar o desenvolvimento econômico dos países⁵.

O desempenho econômico dos países em desenvolvimento pode, conceitualmente, ser melhorado através do incremento da saúde dos cidadãos. A expectativa de vida é fortemente influenciada pela mortalidade infantil, de forma que

investimentos de baixo custo, como programas de pré-natal e vacinações, podem ter grande efetividade para elevar a expectativa de vida dos adultos. Entretanto, o desenvolvimento econômico depende de habilidades laborais adquiridas pela população, o que requer estrutura nutricional, educacional, salarial, saúde física e cognitiva. A acumulação de capital é influenciada pela saúde do adulto¹²

2.1.1 Atenção à Saúde da Mulher

Numa visão mais ampla, são condicionantes importantes da saúde da mulher: a educação, o tipo de atividade econômica e a legislação trabalhista, fatores fora do controle do setor saúde¹³.

A saúde da mulher está, desde a década de 40, artificialmente vinculada ao controle populacional. A partir dos anos 60, vem se desenvolvendo o conceito de saúde reprodutiva, que engloba os direitos civis e a preservação da saúde da mulher. Na prática, entretanto, os resultados destas políticas ainda se expressam mais nas quedas das taxas de fertilidade, do que na manutenção da saúde feminina – existe ainda pequena ênfase na prevenção e controle de cânceres, infecções e doenças crônico-degenerativas⁴. Estas têm desempenhado um papel crescente na morbi-mortalidade feminina brasileira, particularmente nas regiões metropolitanas. Os fatores de risco associados à gestação, parto e puerpério são somente uma parte de uma realidade muito mais complexa¹³.

A definição de saúde reprodutiva do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, a partir dos anos 80, preconiza que as prioridades devem ser definidas de acordo com as características epidemiológicas dos problemas: incidência, severidade, disponibilidade de medidas preventivas e custo-efetividade; o

cuidado deve dar respostas às demandas espontâneas e às necessidades preventivas ao mesmo tempo, no mesmo local⁴. Estes pressupostos encontram eco nas características essenciais da Atenção Primária à Saúde, dando a este nível de Atenção uma posição privilegiada para o cumprimento destas diretrizes.

2.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

É o primeiro nível de atenção à saúde de indivíduos e comunidades, constituindo-se na porta de entrada do sistema de saúde. É o primeiro contato dos indivíduos com este sistema e tem capacidade para resolver 90% dos problemas de saúde da população. Em geral, são unidades de atendimento multidisciplinar, que atendem moradores de uma área delimitada e que devem ter capacidade para reconhecer e resolver a maioria de seus problemas².

Com o contato entre usuário e serviço, se inicia a provisão de cuidados ao longo do tempo. As necessidades, trazidas ou identificadas, desencadeiam uma série de intervenções de promoção, manutenção e recuperação da saúde, exercendo prevenção primária, secundária e terciária, no mesmo local².

O conceito de APS pressupõe a existência de um sistema organizado de atendimento à população. A parcela de usuários que apresenta problemas que superam a capacidade resolutiva local deve ser corretamente encaminhada ao nível secundário (consultoria de especialidades), ou ao terciário (especialidades complexas, ou hospitalares)².

O acesso de pacientes ao sistema se dá, cada vez mais, por serviços de APS, por que estes aumentaram em número no país, mas o processo de atenção ainda não é estudado em profundidade¹⁴.

2.2.1. Características essenciais

Um serviço de APS deve, essencialmente, apresentar acessibilidade, longitudinalidade, continuidade, abrangência e coordenação nos cuidados prestados aos usuários².

A acessibilidade é uma característica estrutural, e o acesso é uma característica do processo de atenção. Referem-se à capacidade de utilização dos serviços pelos usuários. Os serviços devem se localizar próximos às moradas ou trabalho, sendo desejável que não se dependa de transporte para percorrer o trajeto, nem que haja barreiras geográficas, ou arquitetônicas entre o usuário e a unidade. Os serviços devem também estar abertos e disponíveis para uso durante boa parte dos dias, preferentemente com horários que sejam adequados à vida laboral dos usuários; as marcações de consulta devem ser facilitadas, com agendamento prévio e previsão de atendimento para problemas súbitos; os tempos de espera devem ser adequados ao tipo de problema que motivou à procura¹⁵.

A longitudinalidade diz respeito à relação estabelecida entre usuário e serviço ao longo do tempo, e é uma característica do processo de atenção. Os serviços devem ser regulares, permitindo o reconhecimento, por parte do usuário, de uma equipe como a provedora dos cuidados, ou da unidade de atendimento como provedora de recursos. Permite acompanhamento de mudanças individuais e detecção de necessidades que surgem ao longo da vida².

A longitudinalidade do cuidado produz nos profissionais uma maior familiaridade com os problemas apresentados pelos usuários, de forma mais abrangente que os especialistas podem ter. Estes, vêem um número maior de novos pacientes com problemas bem definidos (velhos problemas), enquanto os médicos gerais vêem mais

velhos pacientes com problemas novos (mal definidos). Isto também é válido para uma comunidade, uma vez que o generalista deve, com base populacional, prever um determinado volume de ações curativas e preventivas, adequado às necessidades da população sob sua responsabilidade¹⁵.

A continuidade se refere à estrutura e ao processo de atendimento e se refere a mecanismos para garantir o atendimento ao longo do tempo: armazenamento das informações e a regularidade (estabilidade) da estrutura de prestação dos serviços. Inclui a permanência de profissionais capacitados nos postos de trabalho, provisão regular de insumos, existência de registros disponíveis para uso em consulta, e existência de sistema de informações com capacidade para embasar decisões acerca do indivíduo e da população².

A abrangência pode ser interpretada como integralidade, uma característica processual do cuidado primário. Se embasa na identificação de necessidades diversas, permitindo atendê-las¹⁵. Assim, se o usuário vem consultar por gripe, por exemplo, o profissional de APS deve questionar-se sobre a presença de outros problemas e sobre a execução dos procedimentos preventivos indicados para aquele usuário; deve também analisar o volume de ações preventivas executadas em uma determinada população. A abrangência diz respeito ao desencadeamento das respostas adequadas para cada tipo de demanda, sejam elas de assistência clínica primária, secundária, ou terciária; sejam elas de competência do setor da saúde, ou de saneamento, de fornecimento de água, de questões de posse urbana, etc.

A coordenação dos serviços faz parte da estrutura de funcionamento. É responsável pelos acordos de manutenção do atendimento e pela articulação da referência, construindo mecanismos de encaminhamento efetivos a partir da unidade primária, em direção aos outros níveis e setores. Também é desejável que exista um

sistema de contra-referência destas demandas. Faz parte da coordenação o gerenciamento adequado das informações, fornecendo bases para planejamento¹⁵.

2.2.2. Qualidade da Atenção em APS

A qualidade da atenção é a extensão na qual as necessidades de saúde, manifestas ou potenciais, são reconhecidas, abordadas e supridas ao máximo pelos serviços, dado o conhecimento atual sobre a distribuição, reconhecimento, diagnóstico e controle de problemas e preocupações relativas à saúde¹⁵.

O foco em APS é a pessoa e a comunidade, fazendo com que a qualidade esteja relacionada não somente com o desempenho clínico voltado para doenças específicas e instaladas, mas de forma mais ampla: recursos abrangentes, prestação de um pacote de serviços e avaliação das condições de saúde².

A qualidade, na prestação de serviços em APS, leva em consideração¹⁵:

- capacidade para organizar a Atenção Primária (instalações, pessoal, financiamento, acessibilidade, adequação dos sistemas de informação para garantir a continuidade, mecanismos de administração);
- presença de características essenciais de APS na prestação dos serviços (primeiro contato, longitudinalidade, abrangência, coordenação dos serviços);
- adequação de aspectos técnicos da atenção clínica (reconhecimento de problemas e necessidades, avaliação de diagnósticos e de intervenções terapêuticas);
- desfechos da atenção (mortalidade, morbidade, condição funcional e qualidade de vida).

O primeiro dos itens anteriores se refere ao componente estrutural da atenção à saúde; o segundo e o terceiro se referem ao que se chama de processo de atenção à saúde e dizem respeito a uma série de atividades que envolvem profissionais e pacientes; o último se refere ao resultado dessas atividades. A base para a avaliação da qualidade de um processo é a relação entre suas características e suas consequências sobre a saúde¹⁶.

As características essenciais da APS, operacionalmente, são¹⁵:

- primeiro contato: acolhimento de demandas variadas (presença de acessibilidade física, horária, administrativa e cultural);
- longitudinalidade: manutenção dos cuidados ao longo do tempo, regularmente;
- abrangência: fornecimento de um conjunto de atividades, frente ao reconhecimento de necessidades e independente das queixas que motivam a procura de atenção;
- coordenação: registro continuado da atenção e acompanhamento do encaminhamento de usuários aos níveis mais complexos do sistema.

2.2.3. Problemas de Saúde em APS

A APS tem seu foco na melhoria da qualidade de vida, através da promoção, manutenção e recuperação da saúde. Se distingue da prática clínica convencional tanto pelo tipo de cuidado que oferece, como pelas características dos problemas dos pacientes². Problema é uma discrepância entre uma realidade constatada e uma norma de referência¹. Dito de outra forma, é uma diferença entre a qualidade real, e a qualidade desejada.

As doenças comuns em APS devem perfazer a maioria dos diagnósticos, e o total de diagnósticos diferentes deve ser um grande número². Uma das principais diferenças em relação aos níveis secundário e terciário de atenção consiste na grande variedade e na má definição dos problemas dos usuários. Os serviços atendem pessoas com os mais diferentes estágios de evolução das doenças, desde as comuns até as raras; tanto o reconhecimento do problema como o diagnóstico diferencial são desafios em muitas situações.

O usuário de APS pode apresentar-se com qualquer estágio da evolução natural da doença. A tomada de decisão clínica pode ser desafiadora; como temos poucos ensaios clínicos neste ambiente, é necessário prudência em relação às intervenções diagnósticas, muitas delas embasadas em ensaios clínicos randomizados realizados nos níveis secundário e terciário. O valor preditivo positivo de testes diagnósticos em Atenção Primária é mais baixo do que no nível secundário, tornando questionáveis alguns procedimentos diagnósticos e de rastreamento¹⁷.

Nos EUA, mais de 90% dos pacientes fazem o primeiro contato com o sistema através de serviços de atenção primária e recebem condutas baseadas em pesquisas realizadas nos níveis secundário e terciário. A ausência de evidências geradas no ambiente de APS tem gerado, segundo alguns autores, conflitos na elaboração de rotinas clínicas e sugestões para se desenvolvam ensaios clínicos randomizados neste nível de atenção¹⁷.

Os problemas de saúde são enfrentados de maneira contínua ou ocasional. A diferença na forma de enfrentamento se dá de acordo com a priorização, segundo critérios gerenciais do sistema de saúde¹.

Os problemas de enfrentamento contínuo são concentrados em grupos de indivíduos. Exigem atuações ativas e constantes, operações de diferentes disciplinas,

são objeto de vigilância e exigem estrutura e um fluxo de atendimento estabelecidos. Devem ser eleitos de acordo com as características epidemiológicas populacionais, e de acordo com sua vulnerabilidade às intervenções¹.

Exemplificando, as doenças preveníveis por vacinação são prioridades mundiais, com estabelecimento de população-alvo, fonte de abastecimento de insumos, padronização de redes de frio, previsão de avaliações de cobertura, definição de tarefas, etc. O diagnóstico precoce de alterações precursoras de câncer no colo uterino é outro exemplo, já implantado há vários anos. De acordo com a realidade local, outros problemas são assumidos como de enfrentamento contínuo e são montadas estruturas para atendê-los, como a hipertensão e o diabetes na Finlândia. Em outras realidades, mesmo problemas de grande impacto não têm condições estruturais para enfrentamento, a exemplo da síndrome de imunodeficiência adquirida, em vários países africanos.

Os problemas de enfrentamento ocasional são aqueles que se apresentam aos serviços trazidos pelos usuários, na forma de queixas, ou busca de suprimentos. São demandados pelo reconhecimento populacional acerca de si mesmo. Devem ser atendidos pontualmente, porque são prioridade demandada, e a prática clínica de atenção deve ser subordinada à vigilância sanitária⁸. O atendimento da demanda espontânea visa o consumo de consultas e exames complementares, o pronto-atendimento, a identificação de necessidades e a captação de usuários para ações programáticas prioritárias⁸. No nosso meio, são considerados problemas de enfrentamento ocasional as doenças cardíaco-vasculares, o diabetes, as doenças mentais, etc.

O atendimento da demanda deve ter capacidade para captar indivíduos para o rastreamento de problemas prioritários, e a reorientação de usuários requer avaliações das ações programáticas⁹. Idealmente, o enfrentamento dos problemas é um conjunto de

práticas dirigido à demanda espontânea, com capacidade de captar os usuários para acompanhamento de problemas de enfrentamento contínuo¹⁸.

2.3. AVALIAÇÃO DE QUALIDADE

A atenção à saúde pode e deve ser medida, tanto em quantidade como em qualidade. O público alvo recebe as ações num volume adequado e de acordo com o perfil de morbi-mortalidade local? A aplicação da tecnologia trouxe o máximo de benefícios para a saúde do indivíduo? A distribuição social dos benefícios é equitativa? São feitos vários estudos sobre essas questões, e as discussões fazem parte, em maior ou menor grau, do cotidiano das instituições prestadoras dos serviços¹⁶.

As avaliações de serviços de saúde, mais comumente, são do tipo normativo, onde se medem alcances de metas de ações, ou empíricas, onde são feitas comparações entre serviços. Uma das dificuldades da última abordagem é a eleição do padrão-ouro, ou seja, qual é o serviço excelente e referência para comparação²¹? Muitas vezes o eleito pertence a outra realidade, uma sociedade não-comparável com o ambiente em que desenvolvemos o nosso trabalho. As metas, por sua vez, falam sobre o processo de trabalho de forma quantitativa – o alcance da meta é um resultado administrativo do trabalho e não um impacto na saúde da população-alvo¹⁸. Administrativamente, as metas são adequadas para prestações de contas; epidemiologicamente, devem ser agregadas a indicadores de saúde mais consistentes².

As avaliações de qualidade são as medidas que revelam a presença, ou ausência, dos atributos necessários para atingir os objetivos pré-definidos. No cuidado médico, a melhor qualidade refere-se ao tipo de cuidado que melhor fornece ganhos legítimos ao paciente¹⁸.

A eficiência de uma intervenção, entendida como o máximo benefício obtível em saúde, dada uma fonte limitada de recursos, é uma medida relevante para embasar as prioridades no planejamento. O conceito de eficiência engloba a eficácia e a efetividade da intervenção. A primeira refere-se a atingir um objetivo sob circunstâncias ótimas; a segunda, refere-se a atingir um objetivo em circunstâncias usuais⁷. Estes conceitos são utilizados em análises de custo-efetividade, que recentemente têm sido o tipo de avaliação econômica mais comum, acerca de intervenções em saúde, em vários países¹⁹, mas ainda não no Brasil.

Na avaliação do desempenho clínico, deve-se medir as atividades nas quais a contribuição clínica é identificável. No rastreamento, inclui saber se este é tecnicamente satisfatório, com exames de boa qualidade, com a periodicidade preconizada, atingindo o público alvo¹⁵.

Diferente das avaliações de desempenho que partem de um diagnóstico estabelecido, a avaliação do rastreamento envolve verificar a indicação de procedimentos em pacientes sem diagnóstico; visto desta forma, pode ser considerado como um resultado da atenção ao usuário, e não um elemento processual¹⁵.

2.3.1. Modelo estrutura-processo-resultado

De forma arbitrária, podemos avaliar os serviços analisando a estrutura, o processo de trabalho, e o resultado, através dos indicadores adequados¹⁶.

A estrutura consiste das fontes necessárias ao provimento dos serviços e apresenta como componentes principais as instalações e equipamentos, a administração dos fluxos, o leque de abrangência, os mecanismos de continuidade, o acesso, o financiamento, a definição da população-alvo e o gerenciamento¹⁵.

O processo de atenção representa as atividades de provisão do cuidado e envolve o reconhecimento das necessidades individuais e coletivas, o reconhecimento e o diagnóstico de problemas, o tratamento (ou manejo) e a reavaliação. Isto consiste num ciclo de monitorização¹⁵. Em relação aos procedimentos, um dos elementos do processo de atenção, sua presença pode ser prova de boa qualidade, se estiver tecnicamente associado com bons resultados¹⁶.

O resultado, ou desfecho, é o impacto que o serviço causa no estado de saúde. É uma interação das ações de saúde e de vários outros fatores não estandarizados; as causalidades são complexas, são difíceis de medir e são sujeitas a vários confundidores. As mudanças no estado de saúde servem como medida da qualidade da atenção somente após a eliminação de outras causas, além da atenção recebida; devemos estar razoavelmente seguros que a atenção prévia é a responsável pela mudança¹⁶.

A mortalidade é o desfecho mais frequentemente utilizado como dado comparativo entre níveis de saúde populacionais. Os dados de morbidade populacional, obtidos em diferentes fontes, podem também ser considerados como desfechos – um estado de saúde que inclui novos problemas¹⁶.

Enfoques mais recentes sobre resultado falam de condição funcional, que é uma representação do efeito da doença sobre a pessoa – como o modo de vida pessoal e profissional está sendo afetado; a qualidade de vida relacionada a saúde, de forma semelhante, leva em conta o conceito da pessoa sobre sua própria vida e suas aspirações. Estas formas mais genéricas de conceituar resultado consideram o indivíduo como um todo, em contraposição ao olhar sobre características biofisiológicas relacionadas a doenças específicas².

Também se defende que os desfechos de saúde devem ser relatados como taxas brutas de eventos indesejáveis numa determinada população, uma vez que estas taxas

forneceriam a melhor informação sobre o tamanho do problema de saúde num determinado contexto⁶. Nesta conceituação, um problema é a definição do tamanho da população-alvo, pois eventos raros podem dobrar ou triplicar uma taxa, mesmo se o número de ocorrências for muito pequeno, tirando o poder discriminatório do número cru. Não há uma definição sobre o número limitante para comparação destas taxas, mas em geral são feitas comparações entre países, estados, cidades, bairros e quanto menor a população delimitada, menor o grau de comparabilidade numérica entre elas – diminui o poder da avaliação quantitativa e aumenta o poder da descrição, do qualitativo em essência (por que ocorreu determinado evento?). O contexto, por sua vez, deve ser bem caracterizado antes das comparações, da mesma forma como questionamos a validade externa de um estudo clínico-epidemiológico: sob qual estrutura e determinações este achado pode ser produzido?

Independente do conceito utilizado, qualquer medida que se faça produz um dado, de melhor ou pior qualidade, e que podem gerar indicadores. Os conceitos de estrutura, processo e resultados geram enfoques para a aquisição de informações sobre a presença ou ausência dos atributos que constituem ou definem a qualidade¹⁶.

2.3.2. Indicadores de desempenho

Indicadores de saúde são variáveis suscetíveis a medidas diretas e que refletem o estado de saúde das pessoas de uma comunidade¹¹. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (PAHO/WHO), a coleta e a análise de informações relacionadas às condições de saúde são essenciais para a programação de atividades dos setores de saúde nacionais. Estas informações, os indicadores, são classificados em quatro

categorias: demográficos, sócio-econômicos, morbi-mortalidades, e de acesso aos serviços e da cobertura destes²⁰.

Para ter significado e utilidade, um indicador de saúde deve ter algumas qualidades: simplicidade (deve ser fácil de ser calculado), validade (deve expressar exatamente o que se quer medir), disponibilidade (deve vir de dados habitualmente utilizados, ou de fácil obtenção), robustez (pouca sensibilidade às deficiências de dados para construí-lo), sinteticidade (capacidade de refletir o efeito do maior número possível de fatores), discriminatória (capacidade de indicar alterações e diferenças entre níveis de saúde) e cobertura (capacidade de fornecer uma informação referente ao maior território quanto possível)²¹.

Na medida da qualidade do cuidado à saúde, é necessário evitar confusão entre indicadores de desempenho do atendimento e indicadores de desfechos (resultados sobre a saúde dos indivíduos e comunidades). Os indicadores de desempenho deveriam ser medidas contabilizáveis e diretamente relacionadas com as decisões que afetam o processo de trabalho em si⁶.

O objetivo de medir o desempenho é incrementar a qualidade dos serviços de saúde, através do desenvolvimento de meios para monitorização contínua do cuidado prestado – meios para contabilizar a qualidade. Genericamente, deve-se combinar a melhoria do cuidado individual com a de populações-alvo. Isto envolve a prática clínica baseada em evidências, auditorias, reconhecimento e manejo de riscos, mecanismos para monitorar desfechos e educação continuada da equipe. Um dos desafios é desenvolver o sistema de contabilização e captação dos dados, e quais os critérios para eleição destes²².

Nos serviços voltados para especialidades, a avaliação de desempenho centra-se no processo diagnóstico e na adequação do tratamento de doenças. A fase anterior, de

reconhecimento de problemas e carências, refere-se mais diretamente ao foco da APS. Neste contexto, um enfoque assistencial mais orientado para o reconhecimento de necessidades de indivíduos e grupos, é mais pertinente e aplicável à comunidade sob responsabilidade dos serviços, independente das condições mórbidas².

A cobertura populacional de uma ação em saúde é um desfecho sintético; é o resultado de todas as partes daquele processo de trabalho (todas as ações da Equipe, incluindo os procedimentos em si) e pode ser usada para inferir sobre a situação de saúde da população como um todo¹⁵. A verificação de coberturas em grupos populacionais específicos, como aqueles com os piores indicadores demográficos (micro-áreas de risco), pode ser de auxílio no planejamento de intervenções localizadas, numa busca pela equidade¹⁰.

Embora a cobertura populacional de uma ação preventiva englobe todo o processo de atenção, ela não mostra quais são todas as funções envolvidas neste processo. A análise somente do produto final, não mostra problemas de qualidade processuais. O detalhamento do fluxo poderia identificar problemas específicos do processo; o exame cuidadoso de cada subfunção pode permitir ver o que não está funcionando bem²³.

A Atenção Primária à Saúde deveria ser avaliada por indicadores que refletissem sua contribuição própria à saúde das pessoas ao longo do tempo, ao invés de doenças específicas. São utilizadas cinco categorias de indicadores de qualidade em APS, exemplificados como segue¹⁵:

- de prevenção primária: imunizações, tabagismo, gravidez indesejada, uso de cinto de segurança, boa alimentação;

- de prevenção secundária: detecção de risco para abuso infantil, de lesões precursoras de câncer de colo uterino, de amputações em diabéticos, de doenças sexualmente transmissíveis;
- relacionados à morbidade: incidência de tentativas de suicídio, de envenenamento acidental e de efeitos adversos de medicações, melhor qualidade de vida pós-infarto;
- relacionados à mortalidade: mortalidade pós-neonatal, morte precoce por hipertensão, morte materna;
- relacionados ao uso dos recursos: redução de hospitalizações por doenças tratáveis em ambulatório, uso reduzido de recursos desnecessários (exames e procedimentos), uso de medicações injustificadas.

O Ministério da Saúde não faz distinção na aplicação dos indicadores segundo o nível de atenção. Um dos indicadores básicos utilizados é o número de internações hospitalares por especialidade, mas sem especificar qual a via de acesso e qual a origem do paciente (o diabético internado, por exemplo, vem do ambulatório de especialidade (onde estão os casos mais complicados), ou do ambulatório de atenção primária (onde o manejo se inicia nas fases menos complicadas)? A informação pode ter significados diferentes e, portanto, necessita de detalhamento sobre o processo de atenção a que o usuário está submetido¹⁶.

A desagregação dos dados é necessária para medir desempenho e interferir no processo de atenção, necessitando para isso um sistema de informações que permita a formulação de indicadores. Através da seleção das informações pertinentes ao processo de trabalho, deve passar aos níveis superiores aquelas que podem efetivamente contribuir para o processo decisório local²⁴.

A função final do sistema de saúde é melhorar a qualidade de vida; para a execução desta função são necessárias várias subfunções, que são as ações de saúde, as intervenções e procedimentos em si²³. Uma vez que é bem estabelecida cientificamente a relação entre o processo de atendimento (como o exame de Papanicolau) e a eficácia da atenção (como prevenção secundária do câncer de colo de útero) existe uma validade atribuída à presença da intervenção, em relação à redução dos desfechos – o processo está relacionado aos resultados¹⁶.

2.4 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer de colo de útero é um problema enfrentado continuamente, em todo o Brasil, desde a década de 70, com programação instalada e periodicamente revisada. Quando eleito como prioridade pelo Ministério da Saúde, era o câncer que mais matava as mulheres no país²⁵. Hoje, o câncer de mama é o de mais alta mortalidade. No Rio Grande do Sul, o câncer de colo de útero é a sétima causa de morte de mulheres, com tendência de aumento, e tem maior incidência entre 35 e 60 anos²⁶.

Segundo a Organização Pan Americana da Saúde, o rastreamento deve detectar e tratar precocemente as alterações celulares, para diminuir a morbi-mortalidade por câncer. A população deve ser selecionada, segundo critérios de risco, para se submeter ao procedimento de detecção com mais frequência (exame ginecológico e teste de Papanicolau)²⁶. As usuárias selecionadas não só devem ser captadas para o programa de rastreamento, como devem se manter aderidas a ele, ou seja, devem submeter-se ao exame periodicamente.

Estudos sobre a evolução natural do câncer de colo de útero mostram que a periodicidade máxima recomendada para prevenção secundária eficaz é de 3 anos, para

mulheres com baixo risco; aquelas com alto risco, devem se submeter ao exame anualmente. Os critérios de risco incluem a presença de um fator causal, o papiloma vírus humano (HPV), que por sua vez está associado à multiplicidade de parceiros sexuais e ao início de atividade sexual antes dos 18 anos²⁶. Aproximadamente 25 tipos de HPV podem causar infecção ginecológica, e, na maioria das vezes não produzem sintomas; somente alguns tipos estão associados com o desenvolvimento de câncer de cérvix²⁷.

O teste de Papanicolau é o método mais efetivo para encontrar alterações pré-cancerosas na cérvix uterina; potencialmente, se realizado desde o início da vida sexual e periodicamente, pode evitar as mortes por câncer de cérvix²⁷. A realização periódica do Papanicolau permite reduzir a mortalidade em 70% nas populações de risco²⁶.

Na literatura, encontra-se uma grande variação acerca da sensibilidade e na especificidade do exame – 11% à 99% e 14% à 97%, respectivamente. Existe a recomendação de que estudos futuros desenvolvam padrões para validar os resultados dos testes²⁸.

O rastreamento é eficaz em detectar e tratar lesões precursoras de câncer, podendo promover ganhos de até 25 anos de vida, com eliminação do sofrimento que a doença poderia causar a uma mulher e sua família¹⁷. Nos países onde são estudadas séries históricas de rastreamento de câncer de colo de útero, a mortalidade pela doença se reduziu drasticamente: nos últimos trinta anos, houve, na Columbia Britânica, uma redução de 72% na mortalidade, e de 78% na incidência da doença²⁹.

2.5. AMBIENTE DE PESQUISA

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição, localizado na zona norte de Porto Alegre, é hoje responsável pela atenção à saúde de cerca de 90.000 pessoas. É um serviço fortemente embasado nos princípios de Atenção Primária à Saúde, que serve como porta de entrada no sistema de saúde aos moradores das áreas adstritas³. São doze unidades primárias, localizadas próximas às moradias dos usuários; os setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística são utilizados para definir as áreas de abrangência. A comunidade, assim adstrita, é considerada sob responsabilidade de uma Unidade¹⁰.

As três Unidades Primárias aqui estudadas foram instaladas nas comunidades durante os anos 80 e 90 e têm cerca de 15.000 moradores nas suas áreas de atuação. Destes moradores, cerca de 4.500 são mulheres com idades de 20 à 59 anos; destas mulheres, estima-se que cerca de 3.500 são usuárias do SSC (população que deu origem à amostra deste estudo).

Além da região, estas Unidades têm em comum características populacionais: cerca de 25% das famílias com renda abaixo de dois salários mínimos e com baixa escolaridade; o trabalho predominante é na economia informal. A migração nas áreas é pequena, cerca de 5%¹⁰.

Muitas famílias têm mulheres responsáveis pelo sustento familiar e pela manutenção das condições de reprodução social. A este encargo soma-se o aparecimento de doenças crônico-degenerativas em idade mais jovem, fator restritivo ao trabalho e que pode promover uma queda da qualidade de sobrevivência a todos os componentes do núcleo familiar. Cria-se, desta forma, um ciclo de doença-pobreza que se estende para as gerações em desenvolvimento.

As unidades primárias são constituídas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, agentes de saúde, auxiliares de enfermagem e administração e odontólogos. Esta composição objetiva atender com eficácia e efetividade as diversas demandas dos usuários, que não são exclusivamente ligadas ao trabalho clínico e ambulatorial³.

A análise da demanda ambulatorial do SSC, em 1998, mostrou que são atendidos usuários de todas as idades; existe uma grande variedade de tipos de problemas (mais de 300 códigos da *International Classification of Problems in Primary Health Care*³⁰); procura de atendimento para tratamento e para prevenção; a resolutividade ambulatorial foi cerca de 90%, e se refere a atendimento médico e multiprofissional³. Estes achados ilustram características de APS no atendimento.

Na década de 80, todas as Unidades trabalharam priorizando a saúde materno-infantil. Os programas estruturados sob esta prioridade se chamaram: Programa da Criança (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida), da Gestante (pré-natal e puerpério), de Imunizações (vacinas de crianças e gestantes) e da Mulher (rastreamento de cânceres – colo e mama – e contracepção).

A estrutura de funcionamento do serviço permitiu que houvesse registro e armazenamento de dados ao longo do tempo, o que caracteriza a continuidade do processo de atenção; a longitudinalidade dos cuidados à saúde torna-se possível se os mecanismos de continuidade existem. Existe um prontuário de família, com folhas individuais para cada membro, com as evoluções ao longo do tempo, e os formulários dos programas de que o usuário foi alvo de atenção. O conjunto dos dados, que é sistematicamente atualizado em arquivos eletrônicos, vem dos formulários padronizados, dos programas prioritários desenvolvidos no serviço; os dados de morbidade ambulatorial não são de registro contínuo.

A avaliação do trabalho em saúde materno-infantil vem amadurecendo ao longo do tempo. Quantificação periódica das coberturas, utilizando-se como denominador as populações-alvo, tem sido usada como indicador da qualidade do trabalho de Equipe no SSC. O atendimento à gestante é avaliado por um indicador mais discriminatório, o índice de Kessner³¹, que fornece informação sobre a distribuição das consultas pré-natal ao longo do evento, revelando a qualidade tanto da detecção quanto do acompanhamento de cada gestação, enquanto que a cobertura somente mede a detecção da gestante na população.

O Programa da Mulher no Serviço de Saúde Comunitária foi instalado formalmente em 1988 e tem duas ações específicas instaladas: prevenção ao câncer cérvico-uterino e prevenção ao câncer de mama. Cerca de 70% das moradoras das áreas de atuação do SSC já fizeram exames de Papanicolau no serviço. A avaliação de riscos foi feita em metade delas³².

A rotina do Programa da Mulher considera como faltosa (não aderida) a paciente que não repetiu o Papanicolau 15 meses após a primeira coleta, ou que não repete o exame segundo o preconizado: coletas anuais nas mulheres que apresentam alto risco para desenvolvimento do câncer de colo, ou seja, início precoce das relações sexuais, multiplicidade de parceiros, infecção pelo papilomavírus humano, soropositividade para HIV, infecção pelo herpesvírus tipo II, lesões invasivas prévias, tabagismo e renda abaixo de 2 salários mínimos. As pacientes sem alto risco para câncer de útero devem colher exame de 3 em 3 anos³³.

Durante a década de 90, além das coberturas populacionais, as avaliações do Programa da Mulher focaram aspectos específicos do atendimento, como a qualidade do exame de Papanicolau, definida como a presença de células da junção escamo-colunar (JEC) na lâmina enviada ao laboratório. Em 1998, foi feita uma amostra de exames, e a

representatividade da JEC foi constatada em 48% dos exames; dois anos depois, após divulgação dos achados e treinamento, o percentual de representatividade subiu para 72%³⁴.

O grau de preenchimento de folhas de registro específicas do Programa, em 1995, mostrou que cerca de 50% dessas não tinham dados completos³³.

O registro das coletas permite avaliar a cobertura populacional mensalmente e, em algumas Unidades, é possível extrair informação sobre coberturas em áreas de moradia de risco. Em uma Unidade Primária, em dezembro de 2000, a cobertura da ação preventiva foi maior nas residentes de área de risco do que nas residentes em áreas com melhores indicadores sócio-econômicos. Em 1995, era o contrário e, nessa época, se decidiu intensificar a presença de profissionais e de ações na área de risco – esta priorização, seguindo princípios de equidade, provavelmente provocou a melhora da cobertura naquela área³⁵.

Na demanda ambulatorial do SSC³, em 1998, os problemas crônicos mais diagnosticados nas mulheres de 20 a 65 anos foram hipertensão, diabetes, ansiedade e depressão, codificados pelo ICHPCC³⁶. Estes problemas são os que geram mais reconsultas destas usuárias. O motivo de consulta mais frequente foi a realização de procedimentos para rastreamento de câncer (Classificação de Motivos de Consulta em Atenção Primária⁴⁰).

De qualquer forma, a identificação da necessidade de submeter uma usuária ao exame Papanicolau faz parte do rastreamento, não se devendo esperar que haja busca espontânea pelo procedimento – ele deve ser oferecido e a usuária, incentivada a participar dos programas de prevenção. As diferenças de distribuição do rastreamento entre as usuárias podem refletir, além de aspectos pessoais das mulheres, diferenças na prática assistencial.

2.5.1. Processo de atenção pesquisado

Quando se estuda processo de atenção, o resultado produzido não é uma alteração no estado do indivíduo, mas sim, o produto ou o desempenho de um procedimento em particular¹⁸. Processo significa, também, que existe uma definição arbitrária dos componentes do bom cuidado à saúde³⁷. Nos estudos sobre processo de atenção, não é verificado o impacto da intervenção, como nos estudos de causa e efeito. Nestes, é medido um estado-base individual, seguido de uma intervenção e o indivíduo é novamente medido, em busca das alterações do estado-base. Com os desfechos assim produzidos podem ser feitas comparações do tipo antes-e-depois, ou entre grupos que receberam diferentes intervenções, sendo uma delas o padrão da excelência.

O estabelecimento do padrão para comparação dos achados é um dos problemas nos estudos em epidemiologia de serviços. As diferenças entre as realidades sociais, processos administrativos, resolutividade da atenção, entre outros, podem tornar inválidas as comparações entre eles. Utiliza-se, então, um padrão teórico adequado, de qualidade e reconhecido como ideal¹⁸; os princípios de Atenção Primária à Saúde, conforme definições anteriores, podem ser utilizados como referencial para as medidas da qualidade do programa de rastreamento do câncer de colo de útero no SSC.

A captação e a adesão das usuárias são necessárias para a eficácia em detectar e tratar as lesões pré-cancerosas. O intervalo preconizado como máximo entre os exames é de 3 anos. Seguindo este raciocínio, deve-se esperar que a usuária de um serviço de APS seja submetida ao primeiro exame em um período máximo de 3 anos após sua primeira consulta. Em cinco anos, portanto, deverá ter sido submetida a, pelo menos, 2 exames.

Partindo dos princípios essenciais de um sistema de APS, uma vez definido o território sob responsabilidade do serviço, está caracterizada a entrada de famílias em um sistema de atenção. Uma vez cadastrados nas Unidades, as mulheres podem marcar consultas individuais e participar das atividades coletivas. Elas são avaliadas e, de acordo com as necessidades identificadas, receberão uma série de intervenções adequadas a elas. Destes indivíduos e destas intervenções são gerados dados para monitorização das funções preconizadas pelas rotinas dos programas.

Para o início do rastreamento do câncer, as mulheres são convidadas a fazer um exame completo, que inclui avaliação de riscos individuais, exame físico, coleta de Papanicolau e mamografia, quando indicado. Os exames são feitos regularmente, ao longo da vida da mulher, anualmente, ou de 3 em 3 anos, conforme os riscos. Caso seja necessário usar recursos diagnósticos ou terapêuticos nos níveis de atenção secundário ou terciário, as mulheres são encaminhadas aos serviços de referência (especializados)³³.

PARTE II

3. QUESTÃO DA PESQUISA

Na análise da demanda ambulatorial, em 1998, parecia haver uma concentração do rastreamento do câncer: a usuária com doença crônica e com mais de quarenta anos parecia consultar mais vezes, mas receber menos procedimentos de prevenção secundária para câncer³. Esse achado não é compatível com as características essenciais dos serviços de APS, segundo as quais todas as usuárias deveriam receber os procedimentos preventivos prioritários para aquela população. Mas as diferenças encontradas foram pequenas, e uma forma para melhor dimensionar estas diferenças é a constituição de uma coorte. Com este delineamento é possível verificar, com maior poder estatístico, se o rastreamento está igualmente distribuído entre as usuárias.

Havendo menor proporção de rastreadas entre as portadoras de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, depressão e ansiedade) pode significar que existe pouca abrangência no cuidado à saúde, o que não é esperado em um serviço de APS. Também deve-se levar em conta que, havendo maior número de procedimentos nas mulheres mais jovens, que têm menor prevalência do câncer, ou naquelas com baixo risco, o custo-efetividade do rastreamento pode diminuir¹⁴.

A captação e a adesão das usuárias são necessárias para a eficácia em detectar e tratar as lesões pré-cancerosas. O intervalo preconizado como máximo entre os exames é de 3 anos. Pela rotina do Programa da Mulher, o segundo exame deve ser realizado 1 ano após o primeiro, independente dos riscos individuais para o câncer; se estes dois exames forem normais, o aprazamento será anual para quem tem alto risco e trianual para as demais. Seguindo este raciocínio, deve-se esperar que a usuária de um serviço de APS seja submetida ao primeiro exame em um período máximo de 3 anos após sua

primeira consulta na Unidade Primária. Em cinco anos, portanto, deverá ter sido submetida a, pelo menos, 2 exames.

Aqui, os grupos em comparação são as as portadoras e as não-portadoras de doenças crônicas, e o esperado é que captação e adesão ao rastreamento sejam muito semelhantes entre elas, o que expressaria a adequação do processo de trabalho aos princípios de Atenção Primária à Saúde. Tendo o mesmo acesso ao serviço de saúde, as mulheres de todas as idades têm, supostamente, a mesma chance de serem submetidas a procedimentos de rastreamento, independente da presença de doenças. Da mesma forma, todas as mulheres que foram captadas para o Programa têm as mesmas chances de aderir a ele.

A diferença de tempo entre primeira consulta e primeiro Papanicolau (captação), e o número de exames realizados nos 5 anos subsequentes à primeira consulta (adesão), poderiam indicar a qualidade do cuidado recebido, por cada mulher, ou por determinados grupos de mulheres. Assim definidas, a captação e a adesão são algumas das muitas operacionalizações possíveis para os conceitos de abrangência e longitudinalidade.

Se a mulher, em até três anos após sua primeira consulta, for captada ao programa de rastreamento, independente da morbidade, então, além de ter acesso ao sistema de saúde, ela também está sendo alvo de atenção abrangente. Se, em cinco anos, a mulher tiver sido submetida a dois exames, então ela está recebendo atenção longitudinal. O Serviço que a atende, portanto, tem na prática assistencial qualidades esperadas de Atenção Primária à Saúde.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Descrever a relação entre detecção de doenças crônicas e a captação e adesão de usuárias ao rastreamento do câncer de colo de útero

4.2 Objetivos específicos

- Descrever as frequências de detecção de hipertensão, diabetes, depressão e ansiedade
- Descrever as frequências de captação e adesão
- Verificar a associação entre detecção dos problemas, e captação e adesão
- Discutir a abrangência da atenção
- Discutir a longitudinalidade da atenção
- Discutir captação e adesão como indicadores de desempenho em APS

5. MÉTODO

5.1 Delineamento da pesquisa

Em termos gerais, este estudo de coorte histórica pode ser considerado como descritivo e como comparativo.

Embora a descrição faça parte do estudo comparativo, ela é aqui destacada porque a distribuição dos desfechos e dos fatores em estudo não são bem conhecidos na população estudada. É feita, então, uma descrição das usuárias do Serviço, de acordo com idade, de acordo com a presença das doenças crônico-degenerativas e de acordo com sua participação no rastreamento do câncer de colo de útero. Posteriormente, estes resultados são comparados, como descrito a seguir.

O termo coorte histórica é utilizado, em detrimento do termo coorte retrospectiva, por que se considera aqui que as usuárias foram seguidas prospectivamente no tempo, desde sua primeira consulta na Unidade até cinco anos após; a posição do pesquisador não é contemporânea ao estudo, dando o caráter histórico à coorte observada³⁷. Com este delineamento, é possível estabelecer uma condição de interesse que aconteceu no passado e observar o estado subsequente dos indivíduos. São sinônimos: estudo prospectivo histórico, estudo prospectivo não-concorrente, estudo prospectivo em retrospecto²⁰.

Os estudos de coorte histórica têm, em geral, uma limitação imposta pelo fato da coleta de dados ser secundária, a partir de fontes não planejadas para esta finalidade³⁷. A confiabilidade da fonte dos dados utilizada tem um papel importante na validade interna do estudo e se apóia na tradição do uso do prontuário de família: desde a abertura de

cada Unidade, padronizados, e num contexto de treinamento em serviço de residentes médicos em Medicina Geral e Comunitária.

5.2 Variáveis e comparações

A execução do exame de Papanicolau, como consequência da assistência, é o resultado aqui quantificado. O termo resultado, e não desfecho, pode ser empregado porque o último refere-se, mais estritamente, às ocorrências de morbi-mortalidade por câncer de colo de útero, não abordadas aqui. Este estudo do rastreamento focaliza o fornecimento dos procedimentos necessários para a detecção precoce do câncer; ou seja, a presença de um atributo da qualidade previamente definido.

As datas das consultas e das coletas dos exames cito-patológicos de colo de útero são utilizadas para classificar as usuárias em relação à captação pelo programa de rastreamento e à adesão a este. A captação é definida como a presença da coleta de um exame de Papanicolau até três anos após a primeira consulta, por qualquer motivo; a adesão é definida como a presença de duas coletas até cinco anos após a primeira consulta. Na análise dos dados, os eventos indesejáveis, os desfechos que compõem as tabelas estatísticas, são a não-captação e a não-adesão.

A presença de doenças crônicas e as idades das usuárias são os fatores em estudo. Os registros em prontuário foram a fonte dos dados; não foram utilizados critérios padronizados para elaboração dos diagnósticos; assume-se que os registros dos problemas se deram de acordo com critérios clínicos baseados na literatura médica contemporânea ao registro.

Os vieses de aferição referem-se a prováveis erros na classificação da mulher como portadora de doença, ou a subregistro das coletas dos exames de Papanicolau.

Novamente, a tradição de uso do prontuário de família no SSC serve como apoio para acreditar que é pouco provável que uma portadora de hipertensão ou diabetes não seja classificada como tal, frequentando um Serviço de Atenção Primária durante cinco anos.

As perdas de datas de consultas e dos exames são minimizadas pelas orientações rotineiras para o preenchimento dos prontuários: em todos os contatos com o paciente, anotando aspectos subjetivos e objetivos da consulta, lista de problemas e condutas tomadas. Além desta oportunidade de detectar a coleta do exame, existe a entrega do exame, que gera mais um registro. Como o Programa da Mulher é prioritário e está instalado, com padronização de registros, desde 1988, supõe-se que a perda de datas de exames seja mínima e insuficiente para invalidar o estudo.

No diagnóstico de demanda de 1998, a doença crônica que mais gerava reconsultas era a hipertensão³. Se as mulheres hipertensas reconsultam mais, tem mais oportunidades para serem captadas pelo rastreamento, o que pode produzir um viés de seguimento nos resultados, mas em direção contrária à hipótese do estudo.

5.2.1 Variáveis originais e derivadas:

Originais:	Derivadas:
1. Número de prontuário	
2. Nome	
3. Data de nascimento	
4. Data da primeira consulta	Idade = (4-3)
5. Data do primeiro Papanicolau	Se (5-4) = ou < 3 anos, então captação = sim
6. Data do segundo Papanicolau	Se (6-4) = ou < 5 anos, então adesão = sim
7. Presença de hipertensão	
8. Presença de diabetes	
9. Presença de depressão	
10. Presença de ansiedade	

5.3 Amostragem e coleta dos dados

Para a composição da amostra, as três Unidades não foram consideradas conglomerados, devido à homogeneidade demográfica e à vizinhança geográfica entre elas. O erro alfa admitido foi de 5% e o erro beta, de 10%. A cobertura populacional da captação é de 70%; utilizou-se para cálculo uma subestimativa da prevalência deste desfecho (10%); pode-se identificar diferenças de até 10% entre a captação das portadoras e das não-portadoras de doenças crônicas. Com estes parâmetros, seriam necessárias 477 usuárias para o estudo. O programa utilizado para cálculo foi o EPIDAT 2.1, versão 1998.

No banco de dados existem 772 mulheres, pois, no início da coleta, havia sido feito um cálculo utilizando-se hipertensão como desfecho, com capacidade para detectar

diferenças de 4% na prevalência de hipertensão entre os grupos de captadas e não-captadas para o rastreamento. Este total de 772 é utilizado na análise, o que estreita os limites dos intervalos de confiança, embora não aumente o poder estatístico.

Os critérios de elegibilidade utilizados foram:

- ocorrência da primeira consulta no máximo em 31 de dezembro de 1994;
- idade entre 20 e 59 anos;
- consultar pelo menos duas vezes em qualquer dos anos estudados;
- não ser hysterectomizada;
- ser moradora da área de abrangência da Unidade;
- ter prontuário de família disponível para coleta de dados.

A amostragem dos prontuários de família foi aleatória e sistemática, supondo-se a existência de, pelo menos, uma mulher elegível em cada um deles. O procedimento de coleta iniciou com o sorteio do primeiro prontuário e seguiu com a multiplicação da constante 3,8 para identificação dos posteriores, seguindo a listagem das Unidades. Na Unidade B não havia listagem, e a escolha dos prontuários foi de 1 a cada 3, seguindo a ordem de arquivamento.

A seleção dos prontuários nesta Unidade foi feita da forma possível, e não a ideal. A seleção de 1 a cada 3 prontuários fez com que, após a coleta, o número de prontuários desta Unidade ficasse superamostrado (maior percentual de prontuários amostrados, em relação ao total de prontuários da Unidade, comparado com o percentual produzido pelo uso da constante 3,8 nas outras Unidades). O excesso de prontuários (72 prontuários) foi retirado do banco de dados, também através de amostragem aleatória sistemática dos registros daquela Unidade, usando constante de sistematização de 4,8.

Os dados das usuárias foram coletados nas fichas individuais, que compõem os prontuários de família. Coletavam-se os dados de todas as mulheres elegíveis, de cada prontuário amostrado; não havendo elegível, amostrava-se o prontuário imediatamente posterior.

Os vieses de seleção foram minimizados pela aplicação dos critérios de elegibilidade. A migração das usuárias é, segundo o IBGE, cerca de 5%, o que não afetaria os resultados. Na área da Unidade Divina Providência houve, em 1999, retirada de cerca de 25% das famílias residentes, mas como os prontuários foram recadastrados após esta movimentação, os disponíveis eram de usuárias residentes na área.

A coleta foi feita pelo pesquisador, em 80% das vezes. As outras 20% ficaram a cargo de um médico, estagiário do SSC, devidamente treinado, tanto no manuseio do prontuário, como na aplicação do instrumento de coleta do estudo. Foi feita uma verificação do percentual de concordância entre os coletadores, sem teste estatístico. Do total de instrumentos preenchidos pelo segundo coletador, foram sorteados 10% e a coleta dos dados foi feita novamente, pelo coletador principal. A comparação entre estes questionários mostrou cerca de 5% de dados discordantes (1% do total amostrado).

O instrumento de coleta foi testado quatro vezes. Na primeira e na segunda vez, foram suprimidas questões não diretamente relacionadas ao foco da pesquisa; na terceira e na quarta, foram feitas alterações na formatação do questionário (anexo 2). Foi utilizada uma planilha para controle da coleta de dados, com informações sobre a numeração dos prontuários, data da coleta e a presença de mulher elegível (anexo 3).

Os dados foram digitados em Epi-Info 6.04, sem duplicação. A verificação da qualidade da digitação foi feita por amostra sistemática: após a digitação foram checados 20% dos registros e dos respectivos instrumentos de coleta. Foram encontrados 7,9% de campos discordantes, considerando o total dos campos.

Considerando somente os campos que alterariam as medidas dos fatores e dos desfechos, houve 1,1% de discordância. Os campos discordantes foram corrigidos nesta ocasião e depois, sempre que detectada alguma estatística aberrante; nesta situação, criava-se uma nova versão do banco de dados e refazia-se toda a análise.

Com as correções e com a criação das variáveis para análise, o banco teve 16 versões. Os resultados relatados vêm do arquivo laura16.rec.

5.4 Análise

As usuárias são descritas pela presença de hipertensão, diabetes, depressão, ansiedade, captação e adesão ao rastreamento. As frequências das variáveis dependentes e independentes são estratificadas por idade, em grupos de cinco e de dez anos, utilizando-se os programas do Epi-Info 6.04.

Feita a estratificação, se avalia se a não-captação e a não-adesão ao programa de rastreamento estão associadas à idade e à presença dos problemas. Estas associações são analisadas através do risco relativo, com intervalos de confiança de 95% correspondentes. A presença de confundimento e interação é verificada pela análise estratificada do Epi-Info 6.04.

6. ASPECTOS ÉTICOS

A viabilidade do estudo foi analisada em conjunto às chefias locais das Unidades Primárias, nas reuniões das equipes. O projeto foi, então, levado à chefia da Divisão de Saúde Comunitária e, com seu aceite, encaminhado à avaliação da Comissão de Aperfeiçoamento e Pesquisa (CAP) e à Comissão de Ética do Hospital Nossa Senhora da Conceição, cumprindo as determinações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Em anexo, está o parecer da Comissão de Ética do HNSC.

Como os dados são secundários, não foi necessário termo de consentimento informado das pacientes. Estas não são identificadas e as informações de prontuário somente serão utilizadas para o fim proposto no estudo. Em anexo, o termo de compromisso com a inviolabilidade do sigilo dos dados utilizados.

Todos os resultados do estudo serão divulgados ou publicados. Uma vez concluída a pesquisa, e cumprido o cronograma do curso de mestrado, a divulgação será prioritária nas Unidades Primárias pesquisadas.

7. RESULTADOS

O banco de dados contém 772 registros, o que corresponde a 22% das moradoras da área e 31% das usuárias das Unidades Primárias.

A amostra é composta em 30,1% por usuárias da Unidade A; 35,4% da Unidade B e 34,6% da Unidade C, com maior frequência de usuárias mais jovens (tabela 1). As médias das idades, tanto na primeira consulta, como no primeiro exame de Papanicolau, são semelhantes entre as Unidades e o total amostrado (tabela 2).

Tabela 1. Distribuição das usuárias por grupos etários de 10 anos e por Unidades Primárias:

Grupos Etários*	Total Amostrado		Unidade A		Unidade B		Unidade C	
	N	%	N	%	N	%	N	%
20-29	278	36,0	84	36,2	100	36,6	94	35,2
30-39	221	28,6	60	25,9	93	34,1	68	25,5
40-49	168	21,8	47	20,3	56	20,5	65	24,3
50-59	105	13,6	41	17,7	24	8,8	40	15,0

* 10 em 10 anos

Tabela 2. Médias e desvios-padrão das idades, em anos na primeira consulta e no primeiro Papanicolau, por Unidades Primárias:

Unidades Primárias	Idade na Consulta*	Desvio Padrão	Idade no Papanicolau**	Desvio-padrão
A	36,8	11,3	35,6	9,9
B	34,7	9,5	35,2	8,9
C	37,0	11,3	37,6	11,1
Total amostrado	36,2	10,7	36,3	10,1

* idade média, em anos, na primeira consulta na Unidade primária

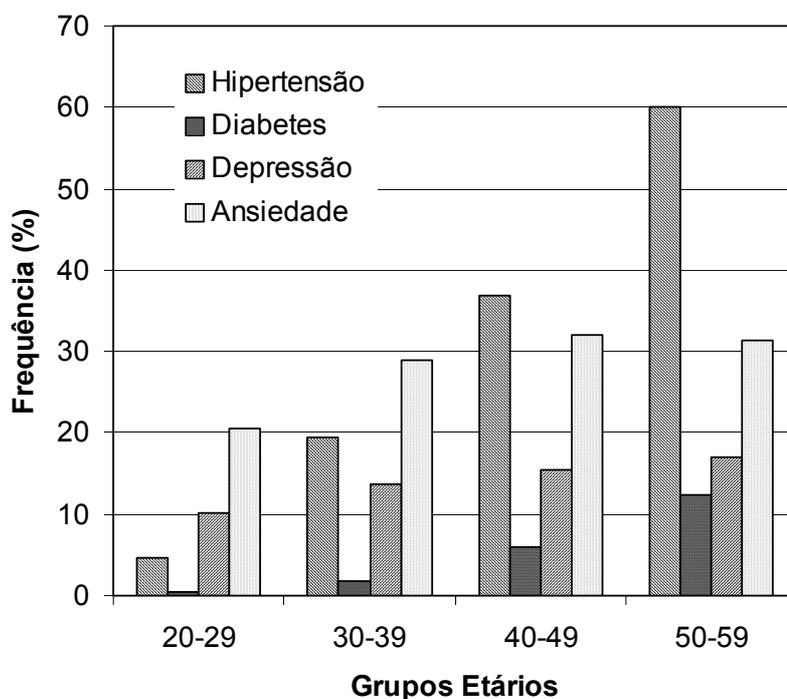
** idade média, em anos, no primeiro exame de Papanicolau

O percentual de usuárias com registro das doenças crônicas foi de 23,5 para hipertensão, 3,6 para diabetes, 13,2 para depressão, e 27,3 para ansiedade. Na tabela 3, as frequências dos problemas, com seus respectivos intervalos de confiança. No gráfico 1, temos a distribuição destes problemas nos grupos etários.

Tabela 3. Frequências dos registros dos problemas crônicos no total amostrado, com seus intervalos de confiança de 95%:

Problemas	Frequência	Percentual	95% IC
Hipertensão	181	23,4	20,5 – 26,6
Diabetes	28	3,6	2,5 – 5,3
Depressão	102	13,2	10,9 – 15,9
Ansiedade	211	27,3	24,2 – 30,6

Gráfico 1. Percentual de registro de hipertensão, diabetes, depressão e ansiedade, em cada grupo etário de dez anos:



No total amostrado, 55,7% das usuárias foram captadas para o programa de rastreamento. Nas Unidades, a captação foi de 47,0% na A, de 52,7% na B e de 66,3% na C. Esta última também apresenta o maior percentual de adesão de usuárias (79,7% de suas usuárias captadas); um valor intermediário foi encontrado na B (60,4%), e o mais baixo ocorreu na Barão de Bagé (54,1%) (tabela 4).

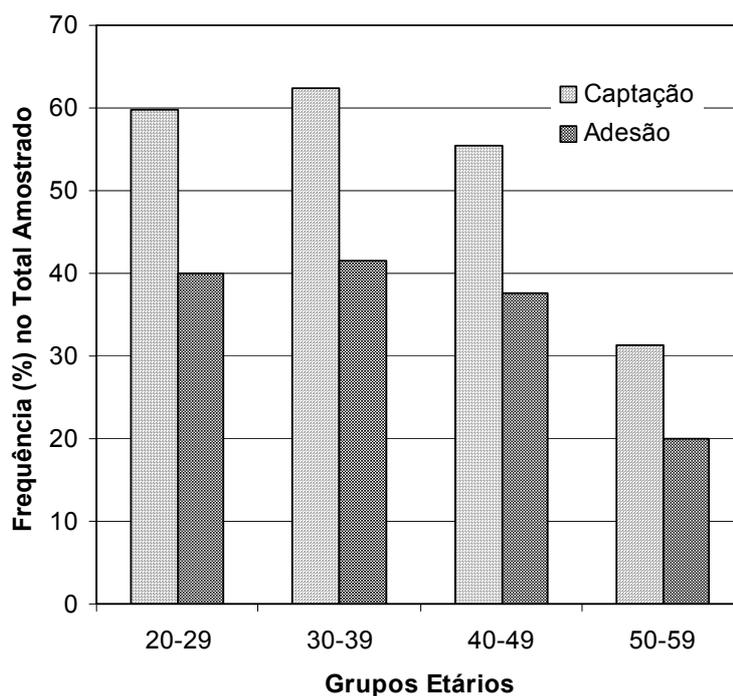
Tabela 4. Percentual da captação e da adesão de usuárias ao programa de rastreamento, nas Unidades Primárias e no total amostrado:

	Barão de Bagé	Div Providência	SESC	Total
Captadas*	47	52,7	66,3	55,7
Não-captadas	53	47,3	33,7	44,3
Aderidas**	54,1	60,4	79,7	66,7
Não-aderidas	45,9	39,6	20,3	33,3

* em relação ao total amostrado

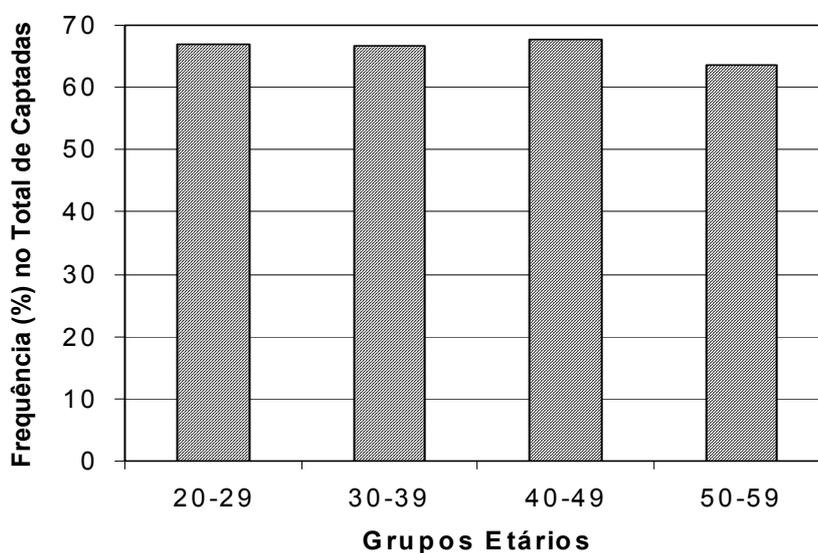
** em relação às captadas pelo programa

Gráfico 2. Frequência de captação e de adesão de usuárias, em cada grupo etário, no total amostrado:



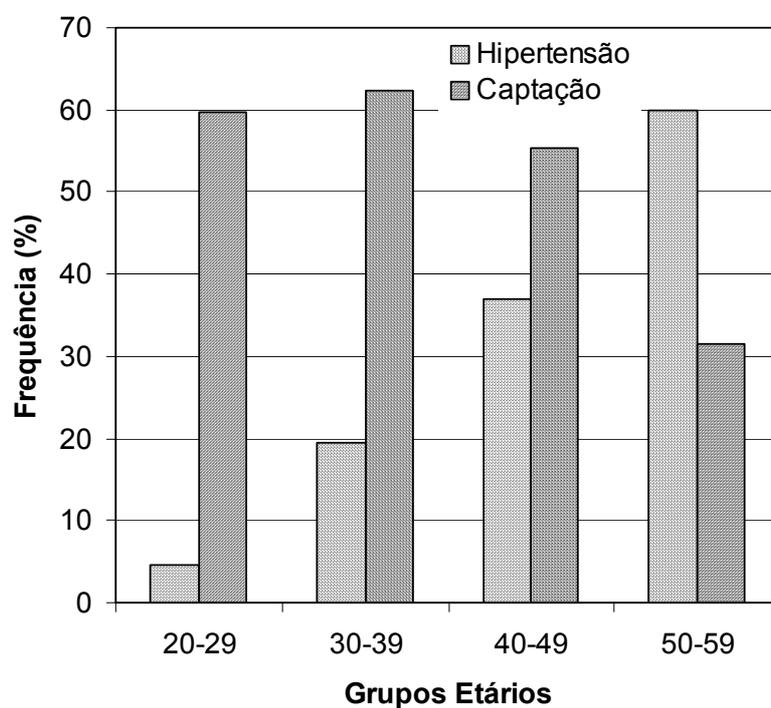
O gráfico 2 ilustra a captação e a adesão de usuárias, tendo como denominador toda a amostra. Considerando a adesão somente entre as usuárias captadas pelo programa de rastreamento, temos uma frequência de adesão muito semelhante entre os diferentes grupos de idade (gráfico 3).

Gráfico 3. Percentual de adesão ao rastreamento entre as captadas, em cada grupo etário de dez anos:



No gráfico 4, temos as frequências de hipertensão e de captação em cada grupo etário. A distribuição deste fator e deste desfecho sugeriu uma relação inversa entre hipertensão e captação, que posteriormente foi checada através de análise estratificada por grupos etários.

Gráfico 4. Percentual da captação de usuárias pelo programa de rastreamento e da presença de hipertensão, em cada grupo etário de dez anos:



Na verificação das associações entre fatores e desfechos, o risco de não-captção de usuárias pelo programa de rastreamento foi significativo para o grupo etário de 50-59 anos (tabela 5).

Tabela 5. Número de usuárias captadas para o rastreamento e risco de não ser captada, de acordo com os grupos etários:

Grupos etários*	Não captadas	Captadas	Total	RR (IC 95%)
20-29	112	166	278	1
30-39	83	138	221	0,93 (0,75-1,16)
40-49	75	93	168	1,11 (0,89-1,38)
50-59	72	33	105	1,70 (1,40-2,06)
Total	342	430	772	--

* 10 em 10 anos

Em relação às doenças crônicas, o risco de não-captação pelo programa de rastreamento foi de 1,27 para a hipertensão. Não houve significância estatística para a associação da não-captação com diabetes, depressão ou ansiedade (tabela 6).

Tabela 6: risco de não-captação ao rastreamento, em relação ao registro dos problemas:

	Risco relativo	Valor p
Hipertensão	1,27 (1,08-1,51)	0,007
Diabetes	1,30 (0,94-1,82)	0,16
Depressão	0,80 (0,61-1,04)	0,07
Ansiedade	1,01 (0,84-1,20)	0,93

Uma vez que as mulheres com maiores prevalências de hipertensão são aquelas com 50 anos ou mais, a associação da hipertensão com a não-captação pelo programa poderia estar confundida pela idade. A verificação deste confundimento foi feito com análise estratificada, em Epi-Info 6.04, utilizando as grupos etários de dez anos como variável estratificadora. O risco relativo bruto foi 1,27 e o sumarizado foi de 1,07 (IC 95% = 0,89-1,29). A tabela 7 mostra os resultados desta análise.

Tabela 7. Riscos de não-captação pelo programa de rastreamento, em relação à hipertensão, estratificados por idade:

Grupos etários*	Risco relativo (95% IC)
20-29	0,75 (0,33-1,73)
30-39	1,31 (0,90-1,92)
40-49	1,02 (0,72-1,44)
50-59	1,05 (0,80-1,37)

* 10 em 10 anos

A estratificação por grupo etário sugeriu não haver interação entre idade e hipertensão no risco de não-captção (qui-quadrado de interação de 1,92, com valor p de 0,59). As semelhanças entre os riscos sumarizado e bruto, e o desaparecimento da significância do risco relativo associado à hipertensão no estrato de 50-59 anos, sugerem que a idade é um confundidor da associação entre hipertensão e não-captção.

O risco de não-adesão não foi associado à detecção das doenças, nem à idade, em nenhuma das análises realizadas. Todos os intervalos de confiança medidos contém a unidade e são bastante amplos. A frequência de adesão na amostra foi de 66,7%, com intervalo de confiança de 95% de 62,0 à 71,1%.

8. DISCUSSÃO

No processo de trabalho em Atenção Primária à Saúde é necessário manter os cuidados ao longo do tempo, detectando todos os problemas que se apresentam, e prevenindo ativamente os prioritários. As avaliações, quantitativas e de qualidade, são necessárias para adequação dos cuidados prestados às necessidades das populações usuárias¹⁵.

O processo de atenção à saúde aqui analisado, o programa de rastreamento de câncer de colo de útero, tem rotinas de atendimento e é uma prioridade na atenção à saúde da mulher. Nas áreas das Unidades, a cobertura populacional é de cerca de 70% das mulheres de 15 à 69 anos de idade, considerando a realização de, pelo menos, um exame de Papanicolau³⁵, em qualquer momento de suas vidas. Esta posição, intermediária entre os melhores resultados do mundo (85%)²⁹ e a média brasileira (30%)²⁶, pode ser melhorada através de avaliações, sejam quantitativas, ou de qualidade, como esta.

Como as usuárias das Unidades Primárias são submetidas a um processo de atenção com atributos pré-definidos, a presença ou ausência destes atributos caracteriza a qualidade do processo de atenção¹⁶. A longitudinalidade e a abrangência dos cuidados estão presentes, como definido pelos princípios do Serviço de Saúde Comunitária? O intervalo de tempo entre os exames de Papanicolau é o preconizado para a prevenção eficaz do câncer de colo de útero? A resposta destas questões pode desencadear intervenções sobre o processo de trabalho, de maneira mais específica: pode indicar em quais usuárias os profissionais devem intensificar os esforços para rastrear o câncer, de maneira eficaz para mudar a morbi-mortalidade por câncer de colo uterino.

Nesta coorte, 55,7% das usuárias foram captadas pelo programa de rastreamento, ou seja, fizeram o primeiro exame de Papanicolau até 3 anos após a primeira consulta na Unidade. Como a cobertura populacional é de 70%, sem considerar o tempo, e como as moradoras utilizam as Unidades como porta de entrada no sistema de saúde, pode-se supor que, naquela população como um todo, o procedimento de rastreamento está sendo feito com períodos maiores do que o preconizado. Isso implica que, além das intervenções sobre as usuárias, talvez seja necessário buscar na população as moradoras que não estão com os exames em dia.

Quando se verificou a distribuição da captação nos grupos etários, o risco de não-captação foi significativamente maior nas mulheres com cinquenta anos ou mais - mulheres nas idades de maior incidência do câncer (30-65 anos)²⁶ podem estar à margem da prevenção eficaz. Nas hipertensas também se verificou risco significativo de não-captação, mas este estava confundido pela idade da usuária. A análise do confundimento tem aqui a particularidade de evitar uma interferência inadequada no processo de trabalho de dezenas de profissionais. Se não adequadamente verificado, este confundimento poderia levar ao chamamento de usuárias hipertensas para exame, ao invés das maiores de 49 anos; esse erro de análise levaria a um erro da definição da população-alvo da intervenção, o que diminuiria seu custo-benefício¹⁴.

A abrangência nos cuidados à saúde significa identificar necessidades diversas e dar respostas adequadas a todas elas². No rastreamento, a presença desta característica foi mostrada pela ausência de associação significativa entre o registro de qualquer das doenças crônicas com o risco de não ser captada para o programa de rastreamento. Em outros termos, independente de ser portadora de hipertensão, diabetes, depressão, ou ansiedade, a usuária está recebendo cuidados de prevenção do câncer.

Uma vez captada, nem a idade nem os problemas crônicos afetam a adesão. Isso sugere que, para melhoria do fornecimento adequado dos procedimentos de prevenção, uma intervenção adequada seria o incremento à captação de usuárias, particularmente as de 50 anos ou mais. Esta idade, além de ser pico de incidência do câncer de colo de útero, é a idade em que surgem problemas da mama e do climatério, sendo um bom ponto de corte para intervenções populacionais.

A longitudinalidade do cuidado se refere à relação do usuário com o serviço ao longo do tempo. Permite acompanhar mudanças individuais e detectar as necessidades que surgem ao longo da vida². Aqui, a longitudinalidade pode se expressar de duas formas: pela captação das usuárias mais idosas, e pela adesão de todas as usuárias. Foi demonstrada pelo percentual de adesão ao programa de rastreamento: 66,7% das usuárias fizeram 2 exames em 5 anos, portanto recebem o cuidado necessário para detectar e tratar as lesões precursoras do câncer. Porém, não foi demonstrada na captação das mais velhas - seria esperado que a idade não fosse um risco para não ser captada pelo programa.

Em relação à idade, há dados na literatura que sugerem que, numa população geograficamente delimitada e com bom acesso aos serviços, as mulheres acima de 60 anos fazem muito menos exames que as demais, e que entre as idades de 20 à 59 anos se concentram 82% dos exames²⁹. Não foram encontrados dados para comparar especificamente a adesão, ou repetição do exame, como definido aqui neste estudo. Aqui, a adesão não está associada significativamente com a detecção de doenças, nem com a idade.

A execução de um exame Papanicolau até três anos após a primeira consulta, e de dois exames em cinco anos, foram as medidas utilizadas para inferir sobre a qualidade do processo de cuidado da saúde. Esta agregação do tempo na avaliação

fornece resultados mais robustos do que somente a cobertura populacional²¹. Com esta, é possível verificar as mudanças que ocorreram numa população, atribuindo-as a algum evento ocorrido entre estes dois tempos, como a instalação de um serviço. Assim, a cobertura reflete o resultado do trabalho executado naquele serviço, por toda a Equipe, para toda a população. Com uma coorte de usuárias é possível ir além, podendo-se medir diferenças que ocorreram no mesmo indivíduo, dentro do tempo característico do processo de trabalho ao qual está submetido. Desta forma, o resultado reflete mais especificamente as qualidades do processo de atenção, podendo revelar onde estão os seus acertos e falhas²³.

O efeito do período de coorte deve ser considerado. As usuárias são estudadas nos primeiros 5 anos de seu contato com os serviços de Atenção Primária, período no qual é feito o reconhecimento inicial das necessidades, das demandas reprimidas e das prioridades; idealmente, neste período deveria ser recomendada a periodicidade de exames de prevenção, de acordo com os riscos individuais, buscando-se a adesão. Outro possível efeito do período é a Campanha Nacional de Prevenção em 1998, que poderia ter aumentado a captação das usuárias que estavam na coorte neste ano; supõe-se que neste momento a ação tenha sido distribuída entre as diferentes faixas etárias.

A captação de usuárias pode ser utilizada como indicador de desempenho em Atenção Primária à Saúde porque é fácil de calcular (simplicidade), expressa exatamente o que se quer medir (validade), vem de dados habitualmente utilizados (disponibilidade), reflete a ação de vários fatores (sinteticidade) e é capaz de mostrar diferenças do cuidado à saúde (discriminatório).

A adesão, que não esteve associada aos fatores em estudo, não parece indicar as diferenças apontadas pela captação e não parece ser um bom indicador para o desempenho, nas condições estudadas.

9. CONCLUSÕES

A análise da distribuição da captação de mulheres pelo programa de rastreamento e sua adesão a ele são informações potencialmente úteis para a qualificação da prevenção do câncer de colo de útero.

A medida de captação de usuárias para o programa de rastreamento indica a qualidade do processo de trabalho, por que pode expressar os atributos desejáveis para a prevenção eficaz. Aqui, a independência da captação em relação às doenças indica abrangência nos cuidados, portanto, boa qualidade. Porém, esta qualidade poderia ser aumentada se houvesse independência em relação ao fator idade e as usuárias com mais de 49 anos não estivessem em risco de não-captação pelo programa. A longitudinalidade do cuidado primário se expressa através da adesão ao programa de rastreamento, que não é associada nem com idade, nem com as doenças crônicas.

As avaliações de desempenho que agregam medidas do tempo podem oferecer resultados mais diretamente ligados ao processo de trabalho em prevenção do câncer de colo de útero, oferecendo a oportunidade de identificar as intervenções necessárias à melhoria dos desfechos.

Na população estudada, sugere-se que seja incrementada a coleta de papanicolau até três anos após a primeira consulta, em todas as idades, mas particularmente nas mulheres com mais de 49 anos, que estão em risco significativo de estar à margem da prevenção.

10. IMPLICAÇÕES E TRABALHOS FUTUROS:

Diferenças de processo de trabalho entre as unidades, embora não tenham sido colocadas como objetivos do trabalho, foram sugeridas pelas diferentes frequências de captação de usuárias (tabela 4). A correta mensuração destas diferenças, e suas causas, depende de outros estudos, com coleta de outras variáveis.

Aqui não foram analisados individualmente os riscos específicos para câncer de colo de útero. Questionamentos sobre o fornecimento do exame de acordo com o calendário individual (anual ou trianual), segundo os riscos de cada mulher, também poderiam contribuir para a avaliação da qualidade do programa. Da mesma forma, uma abordagem qualitativa dos motivos ligados a menor captação das usuárias com 50 anos ou mais, seria enriquecedor, não só para a prevenção de câncer de colo, como de câncer de mama.

Os resultados sugerem a necessidade de intervenções no processo de trabalho dos profissionais que atendem as consultas e coletam os exames. A divulgação das informações e o incentivo para captar usuárias de mais de 49 anos pode, potencialmente, melhorar a distribuição do rastreamento.

Os mecanismos de controle da qualidade podem ser implementados através do registro da primeira consulta no banco de dados e através da ligação entre o sistema de informações do laboratório de patologia e o sistema de informações do Serviço de Saúde Comunitária.

A medida de captação pode ser aplicada não só na avaliação do rastreamento de câncer de colo de útero, mas também em outros programas de atenção onde o fator tempo é preponderante para mudar os desfechos de saúde-doença.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
2. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.
3. Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital N Sra Conceição, Serviço de Saúde Comunitária, Núcleo de Epidemiologia. Banco de dados do diagnóstico de demanda ambulatorial do SSC-GHC: Porto Alegre; 1999.
4. Pinotti JA, TOJAL MLVAA. Integral approach to women's health: a new model of Primary Health Care for women. Rev Ginec Obstet 1998; 9(4):204-217
5. Murray CJL, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. Global programme on evidence for health policy discussion – paper 6. Geneva: World Health Organization, 1999.
6. Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. BMJ 1999 jul 319:94-8.
7. Destsky AS, Naglie G. A Clinician's guide to cost-effectiveness analysis. Annals of Internal Medicine, 1990 jul 113(2):147-155.
8. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In: Mendes EV. Distrito Sanitário. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999. Cap 4.
9. Teixeira CF. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: Mendes EV. Distrito Sanitário. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999. Cap 6.

10. Souza DS, Takeda SM, Nader EK, Tavares M. Uso do sistema Georeferenciado de informações como ferramenta de planejamento. Porto Alegre: Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária, Núcleo de Epidemiologia; 1995.
11. Barata RCB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da Epidemiologia Descritiva. *Rev Saúde Pública* 1997 out; 31(5):531-7.
12. Bhargava A, Jamison DT, Lau L, Murray CJL. Modeling the effects of health on economic growth. GPE Discussion Paper Series nº 33. Geneva: World Health Organization, 1999.
13. Smoisz S. La salud de la mujer y la atención primaria de la salud. *Salud para Todos* 1989 mar 2 (5):15-23.
14. Weinstein MC. From cost-effectiveness ratios to resource allocation: where to draw the line? In: Gold MR. *Cost effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press. 1996.
15. Starfield B. Avaliação de programas e sistemas de Atenção Primária: um enfoque da população. Conferência Internacional sobre cuidados primários. La Plata, Argentina; março, 1998.
16. Donabedian A. La calidad de la atención medica: definición e metodos de evaluación. Mexico DF: La Prensa Mexicana S/A.1984.
17. Wilson S, Delaney CD, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearn AM, Hobbs FDR. Randomised controlled trials in primary care: case study. *BMJ* 2000 jul 1; 321:24-7.
18. Steffen GE. Quality Medical Care. *JAMA* 1998 jul 260(1):56-62.
19. Feinstein AR. *Clinical Epidemiology: the architecture of clinical research*. New York: WB Saunders Company. 1985.

20. Last JM. A Dictionary of Epidemiology. 3^a ed. New York: Oxford University Press; 1995.
21. Moraes IHS. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1994.
22. Rosen R. Improving quality in the changing world of Primary Care. British Medical Journal 2000 set; 321:551-554.
23. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. Curing Health Care: new strategies for quality improvement. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1990.
24. Pan American Health Organization/World Health Organization. About the basic indicators 1995-1998. By Special Program for health analysis. Washington DC; 1998. Available from: <http://www.paho.org/English/SHA>
25. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Câncer no Brasil: dados histopatológicos 1976-1980. Rio de Janeiro; 1982.
26. Pan American Health Organization/World Health Organization. Manual de normas e procedimentos para o controle do câncer cérvico-uterino. Brasília; 1985.
27. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 1999. Available from <http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa99/index>
28. Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of pap test accuracy. In: Database of abstracts of reviews of effectiveness. York: NHS Center for Reviews and Dissemination. Available from: <http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi>
29. Anderson GH, Boyes DA, Benedet JL, Le Riche JC, Matisic JP, Suen KC, Worth AJ, Millner A, Bennet OM. Organisation and results of the cervical cytology screening programme in British Columbia. BMJ 1988 apr 296:975-8.

30. ICHPPC-2 International Classification of Health Problems in Primary Care (1979 revision). New York: Oxford University Press; 1979.
31. Takeda SM. Avaliação de unidade de Atenção Primária – modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. Dissertação de mestrado em Epidemiologia. Pelotas: UFPel, Faculdade de Medicina; 1993.
32. Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital N Sra Conceição, Serviço de Saúde Comunitária, Núcleo de Epidemiologia. Registros de cobertura do Programa da Mulher. Porto Alegre; 1999.
33. Wartchow E. Rotinas do Programa da Mulher. Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital N Sra Conceição, Serviço de Saúde Comunitária, Núcleo de Epidemiologia. Porto Alegre; 1995.
34. Schwarsbach J. Representatividade da junção escamo-colunar nos exames de Papanicolau no SSC-GHC (relatório). Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Serviço de Saúde Comunitária, Núcleo de Epidemiologia. Porto Alegre; 2001.
35. Costa LDD, Neves FD. Programa da Mulher – coberturas de prevenções específicas no ano de 1998 (relatório). Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, Hospital N Sra Conceição, Serviço de Saúde Comunitária, Núcleo de Epidemiologia. Porto Alegre; 1999.
36. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Classificação de motivos de consulta em Atenção Primária. São Paulo; 1983.
37. Gordis L. Epidemiology. 2^a ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000.

PARTE III

Artigo original

**Características de um serviço de Atenção Primária à Saúde:
morbidade ambulatorial e rastreamento de câncer de colo de útero
em mulheres de 20 à 59 anos**

Laura Dell Aglio Dias da Costa¹

1. Médica Geral Comunitária e especialista em Medicina do Trabalho, Unidade Primária Barão de Bagé, Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição; aluna do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, nível de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BR

Instituição: Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço para correspondência: Av Osvaldo Aranha, 1376/94, Bom Fim, Porto Alegre, RS, BR, CEP 90053-191

E-mail: lauradc@terra.com.br

Resumo: o artigo descreve o programa de rastreamento de câncer de colo de útero em uma população de mulheres de 20-59 anos, usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), em Porto Alegre. Esta coorte histórica de 5 anos foi constituída usando os registros de família de três unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, Brasil. O estudo caracteriza a associação entre a detecção de hipertensão, diabetes, depressão e ansiedade nestas mulheres, e as freqüências de sua captação e adesão ao programa de rastreamento do câncer de colo de útero. As mulheres com 50 anos ou mais tiveram um risco relativo de 1,70 (IC95%=1,40-2,06) de não serem captadas pelo programa de rastreamento, quando comparadas com as mais jovens. Os resultados sugerem a necessidade de intensificar o rastreamento de rotina às mulheres de 50 anos ou mais. A captação e a adesão de usuárias poderiam ser usadas como indicadores da qualidade do processo de trabalho. São necessários novos estudos para o estabelecimento de inferência causal e para definir a captação e a adesão como indicadores da qualidade do processo de trabalho em Atenção Primária à Saúde.

Descritores:

- cuidados primários de saúde
- câncer cervical/ prevenção e controle
- prestação de cuidados de saúde/ utilização

Abstract: The paper describes the cervical cancer screening program for a population of 20-59 year-old women in an ambulatory care facility of the Primary Health Care (PHC) system of Porto Alegre. This 5 year historical study was carried out using the family health records from 3 units of the Conceição Hospitalar Group - Community Health Care Services, in Porto Alegre, Brazil. The study characterises the association between

the detection of hypertension, diabetes, depression and anxiety in women, and the frequencies of their capture by, and adhesion to, a cervical cancer screening program. Women over 50 were had a risk 1,70 (CI= 1,40-2,06) the risk of the youngsters in not being captured by the program. The results suggest that more attention needs to be paid in the course of routine health care to women over 50 years of age. Capture into, and adhesion by users could be used as an indicator of the quality of primary health care processes. New studies are necessary to establish causal inference and to define capture and adhesion as indicators of the quality of primary health care processes.

Descriptors:

- primary health care
- cervix neoplasms / prevention and control
- delivery of health care/ utilisation

Introdução:

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) atendem uma vasta gama de problemas ambulatoriais, podendo resolver 90% deles (1). Além de dar respostas aos problemas demandados espontaneamente, devem oferecer um conjunto de serviços de prevenção, adequado ao perfil de saúde-doença da comunidade a que serve (2). As Unidades Primárias são o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde; no serviço aqui estudado, têm uma cobertura de 70% da população adstrita (3).

A descrição das usuárias dos serviços de saúde, e dos seus problemas, pode ter uma aplicação imediata para a melhoria da oferta de recursos de tratamento. A distribuição do rastreamento do câncer de colo de útero entre as usuárias pode alertar os profissionais para um melhor aproveitamento das oportunidades para prevenção do câncer.

Esta coorte histórica de mulheres entre 20 e 59 anos foi constituída por usuárias de três Unidades Primárias do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre. Estudos prévios mostraram que os moradores têm o SSC como porta de entrada no sistema de saúde e para lá acorrem, tanto para solucionar problemas imediatos, como para buscar prevenção (4).

Os profissionais de APS têm, como uma de suas tarefas, detectar na demanda outros problemas além da queixa principal da consulta. Assim, constroem *listas de problemas* de forma mais abrangente que um diagnóstico por consulta, incluindo condições mórbidas pré-existentes e situações de risco para doenças preveníveis (5). A classificação de problemas que melhor descreve a morbidade ambulatorial nestes serviços é a *International Classification of Health Problems in Primary Care* (6)

A eficácia do rastreamento do câncer de colo de útero depende da execução do exame de Papanicolau, pelo menos de três em três anos (7, 8). Considera-se que o primeiro exame realizado é a *captação* de usuárias pelo programa de rastreamento e a presença de dois exames em cinco anos é a *adesão* da usuária a este.

Um estudo transversal da demanda do SSC, em 1998, mostrou que os problemas crônicos mais freqüentes na população aqui estudada foram hipertensão, diabetes, depressão e ansiedade. A prevenção do câncer de colo de útero, uma das prioridades do SSC, pareceu se concentrar nas faixas etárias abaixo dos 35 anos (idade em que a incidência desta doença começa a aumentar) e nas usuárias não-portadoras daquelas doenças mais freqüentes.

A incidência de câncer de colo de útero apresenta uma tendência de aumento no nosso estado, desde a década de 70 (9). O rastreamento adequado pode trazer um benefício de até 25 anos de vida para a usuária (10).

Os objetivos deste estudo são:

- descrever as usuárias, segundo idades, presença das doenças mais freqüentes citadas acima, e segundo sua captação e adesão ao programa de rastreamento do câncer de colo de útero;
- verificar se a captação e a adesão ao rastreamento são significativamente diferentes entre as portadoras e as não-portadoras de hipertensão, diabetes, depressão e ansiedade, e entre as diferentes idades;

Método:

Foi constituída uma coorte histórica de 5 anos, onde o ponto de entrada é a primeira consulta da usuária na Unidade. O uso de dados secundários, com sigilo de identificação das pacientes, confere risco mínimo de danos e de perda de privacidade para a população estudada, e o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Nossa Senhora da Conceição, GHC.

Os desfechos (variáveis dependentes) são a captação ao programa de rastreamento (ter realizado um exame Papanicolau até três anos após a primeira consulta) e a adesão a este (ter dois exames até cinco anos após a primeira consulta). Os fatores em estudo (variáveis independentes) são a idade, e a detecção dos problemas hipertensão, diabetes, depressão e ansiedade, segundo registros de prontuário.

Os critérios de elegibilidade utilizados foram:

- ocorrência da primeira consulta no máximo em 31 de dezembro de 1994;
- idade entre 20 e 59 anos;
- consultar pelo menos duas vezes em qualquer dos anos estudados;
- não ser hysterectomizada;
- ser moradora da área de abrangência da Unidade;
- ter prontuário de família disponível para coleta de dados.

Para a composição da amostra, as três Unidades não foram consideradas conglomerados, devido à homogeneidade demográfica e à vizinhança geográfica entre elas. O erro alfa admitido foi de 5% e o erro beta, de 10%. A cobertura populacional da captação é de 70% (11); utilizou-se para cálculo uma subestimativa da prevalência deste desfecho (10%); pode-se identificar diferenças de até 10% entre a captação das portadoras e das não-portadoras de doenças crônicas. Com estes parâmetros, são necessárias 477 usuárias para o estudo.

No banco de dados existem 772 mulheres, pois, no início da coleta, havia sido feito um cálculo utilizando-se hipertensão como desfecho, com capacidade para detectar diferenças de 4% na prevalência de hipertensão entre os grupos de captadas e não-captadas para o rastreamento. Este total de 772 é utilizado na análise, o que estreita os limites dos intervalos de confiança, embora não aumente o poder estatístico.

A amostragem dos prontuários de família foi aleatória e sistemática, supondo-se a existência de, pelo menos, uma mulher elegível em cada um deles. O procedimento de coleta iniciou com o sorteio do primeiro prontuário e seguiu com a multiplicação da constante 3,8 para identificação dos posteriores, seguindo a listagem das Unidades.

Para tornar factível a coleta, em uma das Unidades foi feita a seleção de 1 a cada 3 prontuários, seguindo a ordem de arquivamento. Após a coleta, o número de prontuários desta Unidade ficou superamostrado, e foram retirados os excedentes em número proporcional. Para exclusão dos registros, também se utilizou o método aleatório e sistemático, de forma a minimizar as diferenças da constante de sistematização.

Os dados das usuárias foram coletados nas fichas individuais, que compõem os prontuários de família. Coletavam-se os dados de todas as mulheres elegíveis, de cada

prontuário amostrado; não havendo elegível, amostrava-se o prontuário imediatamente posterior.

As usuárias são descritas pela presença de hipertensão, diabetes, depressão, ansiedade, captação e adesão ao rastreamento. As frequências das variáveis dependentes e independentes são estratificadas por idade, em grupos de dez anos, utilizando-se os programas do Epi-Info 6.04.

Feita a estratificação, se avalia se a não-captção e a não-adesão ao programa de rastreamento estão associadas à idade e à presença dos problemas. Estas associações são analisadas através do risco relativo, com intervalos de confiança de 95% correspondentes. A presença de confundimento e interação é verificada pela análise estratificada do Epi-Info 6.04.

Resultados:

O banco de dados contém 772 registros, o que corresponde a 22% das moradoras da área e 31% das usuárias das Unidades Primárias.

A amostra é composta em 30,1% por usuárias da Unidade A; 35,4% da Unidade B e 34,6% da Unidade C. As idades médias, tanto na primeira consulta, como no primeiro exame de Papanicolau, são semelhantes entre as Unidades e o total amostrado.

A hipertensão foi detectada em 23,5% das usuárias; diabetes, em 3,6%; depressão, em 13,2%; ansiedade, em 27,3%.

No total amostrado, 55,7% das usuárias foram captadas para o programa de rastreamento. Nas Unidades, a captação foi de 47,0% na A, de 52,7% na B e de 66,3% na C. Esta última também apresenta o maior percentual de adesão de usuárias (79,7% de suas usuárias captadas); um valor intermediário foi encontrado na B (60,4%), e o mais baixo ocorreu na C (54,1%).

A captação foi significativamente menor a partir do grupo etário de 50 anos, (tabela 1). A idade não é risco significativo para a adesão ao rastreamento.

Tabela 1. Número de usuárias captadas para o rastreamento e risco de não ser captada, de acordo com os grupos etários:

Idades*	Não captadas	Captadas	Total	RR (IC 95%)
20-29	112	166	278	1
30-39	83	138	221	0,93 (0,75-1,16)
40-49	75	93	168	1,11 (0,89-1,38)
50-59	72	33	105	1,70 (1,40-2,06)

*grupos de dez anos

No total amostrado, o risco de não-captção, em relação à detecção das doenças mais frequentes, foi de 1,21 para a hipertensão. Não houve significância para a associação com diabetes, depressão ou ansiedade (tabela 2).

Tabela 2. Risco de não-captção ao rastreamento, em relação ao registro dos problemas crônicos mais comuns na demanda ambulatorial

	Risco relativo	Qui-quadrado	Valor p
Hipertensão	1,27 (1,08-1,51)	7,32	0,007
Diabetes	1,30 (0,94-1,82)	1,94	0,16
Depressão	0,80 (0,61-1,04)	3,07	0,07
Ansiedade	1,01 (0,84-1,20)	0,01	0,93

A idade é um confundidor do risco associado à hipertensão; a análise estratificada mostrou taxas de risco brutas (0,80) e sumarizadas (0,94) similares (IC95%= 0,79-1,12). A interação entre essas variáveis não foi identificada (tabela 3).

Tabela 3. Riscos de não-captção pelo programa de rastreamento, em relação à hipertensão, estratificados por idade:

Grupos etários*	Risco relativo (95% IC)
20-29	0,75 (0,33-1,73)
30-39	1,31 (0,90-1,92)
40-49	1,02 (0,72-1,44)
50-59	1,05 (0,80-1,37)

* 10 em 10 anos

O risco de não-adesão não é associado à detecção das doenças, nem na amostra estudada, nem nas Unidades vistas separadamente.

Discussão:

No processo de trabalho em APS é necessário manter os cuidados ao longo do tempo, detectando todos os problemas que se apresentam e prevenindo ativamente àqueles considerados prioridade (características de longitudinalidade e abrangência da Atenção Primária)(5). Independente da idade e da presença de problemas crônicos, as usuárias deveriam ser rastreadas para câncer de colo de útero. O SSC tem rotinas de atendimento para os problemas prioritários; é desejável que todas as Unidades do Serviço tenham bom desempenho na atenção priorizada.

A coorte histórica pode ser um bom método para análise deste serviço de saúde, embora tenha limitações impostas pela qualidade dos dados; pode fornecer hipóteses para outras avaliações, mais pontuais. De maneira geral, o estudo sugere que a agregação do tempo na análise de desempenho pode fornecer resultados mais específicos ao processo de trabalho em prevenção secundária do câncer de colo de útero.

A cobertura populacional do programa de rastreamento é de cerca de 70% considerando a realização de, pelo menos, um exame de Papanicolau por mulher, independente do tempo em que este foi executado. Nesta coorte a captação de usuárias em três anos foi de 55,7%. Essa diferença pode sugerir um retardo no fornecimento da atenção necessária para prevenção secundária eficaz do câncer de colo de útero, para a população como um todo, o que poderia ser verificado através de estudo com base populacional.

Nas mulheres com cinquenta anos ou mais, o risco de não-captação é significativamente maior; o problema é que a incidência do câncer de colo aumenta a partir dos 35 anos; nesta amostra, mulheres em idades de pico de incidência estão à margem da prevenção eficaz. O efeito da coorte de nascimento pode influenciar a menor captação destas mulheres, talvez menos sensibilizadas para a necessidade do rastreamento.

Aqui não foram analisados os riscos individuais e específicos para esse câncer, ficando em aberto o questionamento sobre quais mulheres recebem, ou não, a atenção preconizada. Isto poderia ser verificado com um estudo que coletasse adequadamente os dados sobre os riscos individuais para câncer de colo de útero (dados primários).

O efeito do período de coorte deve ser considerado. As usuárias são estudadas nos primeiros 5 anos de seu contato com os serviços de Atenção Primária, período no qual é feito o reconhecimento inicial das necessidades, das demandas reprimidas e das prioridades; idealmente, neste período deveria ser recomendada a periodicidade de exames de prevenção, de acordo com os riscos individuais, buscando-se a adesão. Outro possível efeito do período é a Campanha Nacional de Prevenção em 1998, que poderia ter aumentado a captação das usuárias que estavam na coorte neste ano; supõe-se que neste momento a ação tenha sido distribuída entre as diferentes faixas etárias.

Limitações impostas pelo pequeno número de usuárias em alguns subgrupos de portadoras das doenças não permitem análises mais detalhadas. A associação da hipertensão com o risco de não ser captada estava confundida pelo grupo etário da usuária. As demais doenças não estavam associadas com risco, ou estavam representadas na amostra em número muito pequenos para a análise. O viés de seguimento deve ser considerado, por que as portadoras de doenças crônicas consultam com mais frequência; isto acontecendo, produziria um viés contrário à hipótese do estudo.

Diferenças de processo de trabalho entre as unidades, embora não tenham sido colocadas como objetivos do trabalho, foram sugeridas pela diferença nos percentuais de captação e adesão das usuárias. A verificação destas diferenças depende de outros estudos, com amostragem adequada para análise de subgrupos e com coleta de outras variáveis.

Conclusões:

Os resultados obtidos sugerem que os profissionais das unidades estudadas executem mais exames de Papanicolau nas mulheres acima de cinquenta anos, e que devam esforçar-se para captar usuárias de todas as idades em períodos de tempo até 3 anos após a primeira consulta.

A presença de doenças crônicas não se mostrou associada com a captação pelo programa, o que significa a presença de abrangência nos cuidados prestados à saúde daquelas mulheres.

Bibliografia:

1. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
2. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
3. Souza DS, Takeda SM, Nader EK, Tavares M. Uso do sistema Georeferenciado de informações como ferramenta de planejamento. Porto Alegre: Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária, Núcleo de Epidemiologia; 1995.
4. Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital N Sra Conceição, Serviço de Saúde Comunitária, Núcleo de Epidemiologia. Banco de dados do diagnóstico de demanda ambulatorial do SSC-GHC: Porto Alegre; 1999.
5. Starfield B. Avaliação de programas e sistemas de Atenção Primária: um enfoque da população. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde. La Plata: março 1998.
6. ICHPPC-2 International Classification of Health Problems in Primary Care (1979 revision). New York: Oxford University Press; 1979.
7. Centers for Disease Control and Prevention – Office of Women’s Health. Breast and cervical cancer. Jul; 1999. Available from <http://www.cdc.gov/od/owh/whbc.htm>
8. Pan American Health Organization/World Health Organization. Manual de normas e procedimentos para o controle do câncer cérvico-uterino: Brasília; 1985.

9. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 1999. Available from <http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa99/index>
10. Wilson S, Delaney BC, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearn AM, Hobbs FD. Randomised controlled trials in primary care: case study. *BMJ* 2000 jul 1; 321:24-7.
11. Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital N Sra Conceição, Serviço de Saúde Comunitária, Núcleo de Epidemiologia. Registros de cobertura do Programa da Mulher: Porto Alegre; 1999.

PARTE IV

UFRGS

PPG EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO 2000-2001

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, Laura Dell Aglio Dias da Costa, através deste me comprometo a manter sigilo acerca dos dados utilizados para o estudo acerca da demanda ambulatorial de mulheres das Unidades Barão de Bagé, Divina Providência e SESC, do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. O referido estudo foi aprovado pela Comitê de Ética em Pesquisa daquela instituição, sob parecer 33/2000.

O banco de dados está armazenado em meu arquivo eletrônico particular, em Epi Info 6.04, e denominado laura.rec (versões laura1 até laura16). Não há registro dos nomes no banco de dados. Os instrumentos de coleta contém o primeiro nome das usuárias e estão armazenados em papel, em minha residência, e permanecerão sob minha guarda até fevereiro de 2004, quando serão destruídos. Tanto o banco de dados, como os instrumentos de coleta não serão utilizados para outro fim além do aprovado pelo referido Comitê, a não ser que haja novo projeto de pesquisa com os mesmos dados e que seja percorrido todo o trajeto de avaliação ética institucional.

A disposição para esclarecimentos,

Laura Dell Aglio Dias da Costa

CREMERS 16587

Instrumento de coleta – estudo sobre Atenção às mulheres adultas em Unidades de APS.

Responsável: Laura Dias da Costa (SSC – Unidade Barão de Bagé – ramal 2476)

Programa: Mestrado em Epidemiologia/FAMED/UFRGS/2000

Orientadores: Paul Fisher e Mary Bozzetti

1.	Número do questionário	QES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Unidade Primária	UN	1- Barão de Bagé 2- Divina Providência 3- SESC
3.	Número do Prontuário de Família:	PRONT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Endereço:		
5.	Nome:		
6.	Data de nascimento:	DNASC	___/___/___
7.	Data da primeira consulta na Unidade:	DCONS	___/___/___
8.	Fez exame Papanicolau no SSC, até 5 anos após a primeira consulta?	PAPSERV	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
9.	Datas das coletas dos exames Papanicolau registrados em prontuário:	DPAP	1- ___/___/___ 2- ___/___/___ 3- ___/___/___ 4- ___/___/___ 5- ___/___/___
10.	Há relato de presença de Hipertensão até 5 anos após a primeira consulta ?	HAS	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
11.	Há relato de presença de Diabetes até 5 anos após a primeira consulta?	DM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
12.	Há relato de presença de Depressão até 5 anos após a primeira consulta?	DEP	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
13.	Há relato de presença de Ansiedade até 5 anos após a primeira consulta?	ANS	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
14.	A última consulta na Unidade ocorreu no ano 2000?	USAT	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Data: ___/___/___

Coletador: _____

Instruções para coleta de dados – estudo sobre Atenção às mulheres adultas em Unidades de APS

Gerais:

1. Retirar no máximo 10 (dez) prontuários para verificação, de cada vez.
2. Manusear o conteúdo dos prontuários com especial atenção para evitar a troca de pastas
3. Recolocar os prontuários nos lugares, (ou em outra parte, se assim for orientado pelo responsável administrativo do local)

Mulheres elegíveis para o estudo: todas as mulheres do prontuário amostrado e que:

- nasceram de 01/01/1930 até 31/12/1974
- tiveram a primeira consulta no SSC até 31/12/1994
- consultaram pelo menos duas vezes no SSC, no mesmo ano, em qualquer dos cinco anos estudados

Preenchimento:

QES	não preencher
UN	marcar o número correspondente à Unidade pesquisada
PRONT	colocar o número do prontuário de família, preenchendo com zeros as casas vazias à esquerda
Endereço	escrever a rua abreviadamente, o número e complemento
Nome	escrever o pré nome por extenso e as iniciais dos sobrenomes
DNASC	data de nascimento da paciente - formato usual dd/mm/aa
DCONS	data da primeira consulta da paciente no SSC, não necessariamente na Unidade em que se está pesquisando
PAPSERV	marcar opção Sim, se a paciente tem registro de coleta de exame Papanicolau durante os 5 anos em estudo
DPAP	escrever as datas dos registros de coletas dos exames feitos até 5 anos após a primeira consulta (até o máximo de 5)
HAS	marcar opção Sim, se houve registro do reconhecimento do problema hipertensão, até 5 anos após a primeira consulta
DM	marcar opção Sim, se houve registro do reconhecimento do problema diabetes, até 5 anos após a primeira consulta
DEP	marcar opção Sim, se houve registro do reconhecimento do problema depressão, até 5 anos após a primeira consulta
ANS	marcar opção Sim, se houve registro do reconhecimento do problema ansiedade, até 5 anos após a primeira consulta
USAT	marcar opção Sim, se a paciente teve consulta na Unidade no ano 2000