

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Administração e Planejamento em
Saúde



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

***CÂNCER CÉRVICO-UTERINO COMO
CONDIÇÃO MARCADORA:
UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO BÁSICA***

*POR:
CLARISSA MORAES DE SOUSA BOTTARI*

*ORIENTADOR:
MIGUEL MURAT VASCONCELLOS*

Rio de Janeiro
10 de abril 2007

Dedico este trabalho a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

*“Acreditar é mais fácil do que pensar.
Daí existirem muito mais crentes que pensadores.”*

Bruce Calvet

RESUMO

O uso de condições marcadoras/ traçadoras como técnica avaliativa sugere a possibilidade de inferência da qualidade da atenção à saúde e definição de focos avaliativos das ações programáticas. A Atenção Básica, enquanto estratégia governamental, constitui importante elemento de reorganização do modelo assistencial. Este estudo objetiva refletir sobre o uso da condição marcadora “câncer cérvico-uterino” como mecanismo de avaliação da Atenção Básica. A partir dos resultados obtidos pelas questões relativas às ações voltadas para o controle da doença, da percepção de profissionais de saúde e de usuárias portadoras da patologia, construiu-se uma matriz de indicadores relacionando atributos da Atenção Básica e indicadores de processo/ resultado. O plano de análise utilizado para validar os resultados fez uso da triangulação de métodos, associando dados provenientes da abordagem qualitativa e quantitativa, além de combinar e cruzar diversos pontos de vistas apreendidos dos atores envolvidos. Os resultados encontrados sugerem o câncer de colo uterino como condição marcadora da Atenção Básica por excelência a partir da similaridade de conceitos como acessibilidade, cobertura, integralidade, qualidade técnico-científica e efetividade.

ABSTRACT

The use of tracer condition as evaluative technique suggests the possibility of inferring the quality of health care and the definition of evaluation standards of programmed actions. Primary Health Care, as governmental strategy, is a very important element of reorganization of the assisting model. The study aims a reflection on the use of tracer condition cervical cancer as a mechanism of assessment of Primary Health Care. From the results obtained from the issues concerning actions towards the control of the disease, the perception of medical area professionals and carriers of the pathology, a matrix of indicators was built relating attributes of Primary Health Care and indicators of process/ result. The plan of analyses to make the results valid used a triangle of methods, associating data from quantitative and qualitative approach, besides combining and crossing different points of view from the elements involved. The results that were found suggest that cervical cancer can be used as a tracer condition of Primary Health Care based on concepts such as accessibility, coverage, integrality, technical and scientific quality and effectiveness.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1. CÂNCER CÉRVICO-UTERINO	4
2.2. PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO	6
2.3. ATENÇÃO BÁSICA E ESTRUTURA DA REDE NO CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO	8
2.4. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE E CONDIÇÃO MARCADORA	10
3. MATERIAIS E MÉTODOS	16
4. RESULTADOS	23
5. DISCUSSÃO	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS	38

LISTA DE QUADROS

<u>Quadro 1: Matriz de Indicadores Avaliativos Classificados por Temas e Fonte de Dados</u>	<u>19</u>
<u>Quadro 2: Matriz de Indicadores de Processo</u>	<u>22</u>
<u>Quadro 3: Matriz de Indicadores de Resultado</u>	<u>23</u>

LISTA DE FIGURAS

<u>Figura 1: Esquema Demonstrativo dos Resultados do Estudo</u>	<u>23</u>
--	------------------

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

AGUS - atipias de células glandulares de significado indeterminado

ASCUS - atipias de células escamosas de caráter desconhecido

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CAF - cirurgia de alta frequência

CODEC - Coordenação de Desenvolvimento, Manutenção e Controle dos Serviços de Saúde

DAPS - Departamento de Análise da Produção de Serviços de Saúde

DST - doenças sexualmente transmissíveis

EC - estudo ecológico

ELB-PROESF - Estudo de Linhas de Base nos Municípios Seleccionados do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

GF - grupo focal

HPV - Papiloma Vírus Humano

IARC- *International Agency for Research on Cancer*

ID - inquérito domiciliar

IE - instrumento do estabelecimento

IG - instrumento do gestor

INCA - Instituto Nacional do Câncer

LEEP - alça diatérmica de alta frequência

MS - Ministério da Saúde

NIC - neoplasia intra-epitelial cervical

NOAS - Norma Operacional de Atenção à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PCCUC - Programa de Controle Cérvico-Uterino de Campinas

PNCCC - Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

PSF - Programa Saúde da Família

SISCOLO - Sistema de Informações de Controle do Câncer de Colo Uterino

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Segundo Novaes¹, a produção de conhecimentos voltados para o foco avaliativo ainda não é tão expressiva no Brasil, como se evidencia pelo pequeno número de publicações sobre o tema em periódicos científicos brasileiros. Devido a tal panorama e a crescente necessidade da avaliação dos serviços, impõe-se a produção cada vez maior de trabalhos sobre avaliação e a experimentação de novas metodologias que facilitem a realização do processo avaliativo nas unidades assistenciais e nas esferas gestoras.

A utilização de condições denominadas marcadoras, ou traçadoras pode ser uma forma de avaliar a qualidade da assistência à saúde². Autores como Kessner, Kalk e Singer³, Travassos⁴ e Penna⁵ referem a utilização desta técnica, fundada na idéia de que a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto de determinadas condições ou patologias, pode-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, incluindo-se aí a resolutividade, uso adequado de exames complementares, oportunidade das ações, acesso à medicamentos ou a níveis mais complexos do sistema de saúde. Para Hartz e Contandriopoulos⁶, o desenvolvimento de método avaliativo pautado no uso de condição marcadora facilita a definição dos focos nas avaliações das ações programáticas de saúde e aumenta o potencial de utilidade dos resultados das pesquisas.

Penna⁵ afirma que as condições marcadoras devem ser escolhidas entre aquelas para as quais existam “programas” já consolidados, cujas normas de assistência conseguiram uma aprovação consensual por parte dos profissionais de saúde, e que se sustentam por definição prévia acerca dos recursos e procedimentos adequados a cada nível de atenção para a implementação de atividades.

O câncer cérvico-uterino possui etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidos, o que significa que existe um conhecimento científico aprofundado sobre os fatores causais, formas de detecção e tratamento da doença. Também é objeto de um programa nacional estruturado para seu controle. A doença possui evolução lenta e seu tratamento é conhecido e eficaz, principalmente nas lesões precursoras. Nestes casos, o tratamento cirúrgico é curativo em 100%⁷. As características biológicas do câncer do colo do útero, e a existência de um método simples, barato, seguro e aceitável pela população feminina para a sua detecção precoce, o exame citopatológico (Papanicolau), permitem que seu potencial de prevenção e cura seja elevado⁸.

Segundo Bicalho e Aleixo⁹, o câncer de colo de útero detém o terceiro lugar em incidência e o quarto lugar em mortalidade no Brasil. Em 2000 apresentou 17.251 casos

novos e 3.606 mortes. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2006, no Brasil, é que o câncer de colo uterino ocuparia o terceiro lugar em incidência em mulheres, com 19 mil casos novos¹⁰.

Kessner, Kalk and Singer³ selecionam o câncer cérvico-uterino como condição marcadora a partir de alguns critérios. Dentre eles estabelecem que a condição deve permitir avaliar o cuidado ambulatorial prestado. Samico et al¹¹ também definem o câncer de colo uterino como marcador, pois é evento prevalente em nosso meio e pode ser utilizado como elemento desencadeador de um debate importante entre profissionais e usuários, visando entendê-los enquanto integrantes de um processo que se apóia no modo de inserção social das pessoas.

Considera-se que o programa de controle do câncer cérvico-uterino envolve todos os níveis de atenção no seu cuidado, com ênfase nas ações preventivas e de detecção precoce, que se concentram na Atenção Básica ampliada, como definida na Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS) de 2001.

A Atenção Básica é compreendida como o *conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação*¹². A partir de 1995 houve incentivo pelo Ministério da Saúde e expansão da Atenção Básica, evidenciada pela sua priorização na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/ 96) e pelo aumento do repasse de recursos financeiros¹³. Passa a ser, portanto, importante estratégia para reorganização do modelo assistencial.

As ações preventivas de educação em saúde, detecção através da colpocitologia e encaminhamento para tratamento em níveis de maior complexidade são de responsabilidade da Atenção Básica. Mesmo após a cura, esta ainda permanece responsável pelo acompanhamento das usuárias, mantendo as ações de sua competência, e assim prevenindo recidivas.

O objetivo deste estudo é refletir sobre as possibilidades da condição marcadora câncer cérvico-uterino como mecanismo de avaliação da Atenção Básica enquanto estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS). Inserido no contexto da pesquisa “Desenvolvimento de Estudo de Linhas de Base nos Municípios Selecionados do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - Região Sudeste 2” (ELB-PROESF), cuja proposta foi avaliar situações iniciais que condicionam o processo de implementação da Atenção Básica buscando orientar sua organização, foram analisadas

triangulações, cruzamentos e combinações entre indicadores qualitativos e quantitativos classificados a partir de temas, processos e resultados.

O presente trabalho complementa a dissertação de mestrado no formato de artigo intitulado “Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da Atenção Básica”.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

O câncer cérvico-uterino é um tumor de evolução lenta. Entre a fase precursora e seu desenvolvimento propriamente dito transcorre, na maioria dos casos, um período de aproximadamente dez anos. Mais de 70% das pacientes diagnosticadas apresentam a doença em estágio avançado na primeira consulta, o que dificulta a possibilidade de cura¹⁴.

No que se refere à etiologia do câncer cervical, várias hipóteses são citadas por diferentes autores. Os principais fatores de risco relacionados à doença são comportamento sexual (promiscuidade), raça e condição sócio-econômica (associa-se à dificuldade de acesso aos serviços de saúde), infecções genitais.

As causas infecciosas para o câncer cérvico-uterino foram bastante estudadas na segunda metade do século passado. O principal agente infeccioso associado é o HPV (Papiloma Vírus Humano), estando presente em cerca de 95% dos casos da doença^{15, 16}. As alterações citológicas do HPV no colo uterino foram reconhecidas pela primeira vez por Koss em 1956 e receberam o termo coilocitose¹⁷. Entretanto, seu significado só foi reconhecido 20 anos depois, quando esta alteração foi relatada na displasia leve por Miesels e colegas⁹.

Segundo Andrade e Marana¹⁸ aproximadamente 2% das mulheres submetidas ao *screening* para carcinoma de colo de útero apresentam evidências citológicas de infecção para o HPV, sendo a maioria com infecção subclínica, detectável apenas pela colposcopia. A prevalência da infecção latente, no entanto, é muitas vezes maior do que a percentagem referida¹⁸.

São conhecidos mais de 70 tipos de papilomavírus humano, dos quais 25 afetam a região anogenital¹⁸. Todos os tipos de HPV causam alterações nucleares, podendo regredir, persistir ou evoluir para NIC (neoplasia intracervical). Os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 58 causam aproximadamente 90% das lesões intra-epiteliais de alto grau e câncer¹⁷. Em 1996 a *International Agency for Research on Cancer* (IARC) e a Organização Mundial de Saúde consideraram os genótipos 16 e 18 do HPV como os agentes etiológicos do carcinoma escamoso do colo uterino¹⁹.

Atualmente, no Brasil, já existem dois tipos de vacina contra o HPV disponíveis no mercado. As vacinas são produzidas pelos laboratórios Merck Sharp & Dohme e Glaxo SmithKline, e ambas mostram-se capazes de evitar o câncer de colo uterino em

70% dos casos²⁰. Seu preço médio são R\$500,00, o que a torna pouco acessível à população. Caso ocorra a adoção da vacina em escala nacional, haverá uma mudança drástica no perfil epidemiológico do câncer de colo uterino no Brasil.

A detecção do câncer cérvico-uterino data da década de 20, quando Papanicolau observou que podiam ser vistas células cancerosas do colo uterino em esfregaços colhidos na vagina¹⁶. Por sua evolução lenta, considera-se que a doença possui tempo disponível para que se faça o diagnóstico em tempo oportuno. As principais formas de diagnóstico são: citologia, método desenvolvido por Papanicolau e que possui sensibilidade muito alta, o que significa que praticamente todas as doentes seriam detectadas²¹; colposcopia, método muito útil atualmente, quando associado a colpocitologia. A colposcopia permite um diagnóstico fiel, pela tomada de amostra de tecido para o estudo histopatológico no local das lesões suspeitas. A biópsia é outro método empregado, no caso da presença de NIC, sendo realizada com o auxílio do colposcópio, que localizará a lesão¹⁶.

O tratamento das lesões precursoras do câncer de colo-uterino e da patologia instalada irá variar de acordo com o grau de gravidade da doença. Como tratamento das lesões precursoras, Andrade e Marana¹⁸ citam a conização, alça diatérmica de alta frequência (LEEP) e histerectomia. Para os autores a conização é terapêutica porque remove toda a lesão com margem adequada do tecido normal. A LEEP é um método diagnóstico que eventualmente é utilizado para tratamento das lesões pré-neoplásicas. A histerectomia está indicada no caso de pacientes com NIC em que há a presença de lesão residual nas margens do cone, especialmente nas que passaram da idade reprodutiva.

Segundo Neto et al²², o Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PNCCC) recomenda o tratamento dos processos inflamatórios com terapêutica definida e repetição do exame em caso de ASCUS (atípias de células escamosas de caráter desconhecido), AGUS (atípias de células glandulares de significado indeterminado), NIC I e HPV, ou encaminhamento da paciente para realização de colposcopia e cirurgia de alta frequência (CAF) com exérese total da lesão nos casos de NIC II, NIC III, carcinoma escamoso invasivo, adenocarcinoma *in situ*, adenocarcinoma invasivo ou outras neoplasias malignas.

2.2. PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

No Brasil, as ações em âmbito nacional para controle do câncer cérvico-uterino são recentes. Segundo Costa e Fernandes²³, antes de instituída a Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino, em 1998, as ações para controle do agravo no país eram realizadas de forma regionalizada em alguns Estados.

A primeira ação voltada para o controle da doença no Brasil ocorreu em 1968, em Campinas, com a criação do Programa de Controle Cérvico-Uterino de Campinas (PCCUC). Costa e Fernandes²³ referem que o principal objetivo do PCCUC era colocar sob controle em cinco anos 30% da população feminina exposta ao risco e em quinze anos aumentar a cobertura para até 90% da população. O PCCUC serviu de modelo para a criação, pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, do Programa de Controle Cérvico-Uterino do Estado de São Paulo, em 1986.

No ano seguinte iniciou-se o Projeto Campos, na região norte fluminense, que objetivava além da ampliação da cobertura populacional pelo exame citopatológico do colo uterino, acompanhar as mulheres no tratamento em caso de atipias²².

Programas nacionais de *screening* do câncer cérvico-uterino existem há mais de 20 anos no México, desde 1960 na Costa Rica e 1968 em Cuba, e possuem como resultado de suas ações uma diminuição nas taxas de incidência e mortalidade pela doença ao longo dos anos de existência²⁴.

No Brasil, pode-se afirmar que o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujo marco conceitual data de 1984, foi a primeira ação em nível nacional para o controle do câncer de colo-uterino, embora não fosse voltado especificamente para a doença. O PAISM tinha como principal característica romper com a visão que se tinha acerca da saúde da mulher, até então restrita apenas ao ciclo gravídico-puerperal. As questões referentes à saúde ginecológica, especificamente relacionada à prevenção, tratamento e controle do câncer de colo uterino são discutidas neste programa, que incorporava uma visão voltada para a assistência à mulher em clínica ginecológica, incluindo o cuidado no pré-natal, parto e puerpério; no climatério, em planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres²⁵.

A iniciativa de uma ação direcionada apenas para o controle do câncer de colo uterino em nível nacional ocorreu em 1997, com o Projeto Piloto Viva Mulher -

Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama, a princípio implementado em algumas capitais brasileiras. É importante lembrar que a criação deste projeto se deu a partir da participação do Brasil na Conferência Mundial sobre a Mulher, em setembro de 1995 em Beijing, na China, onde a delegação brasileira assumiu o compromisso de investir esforços em reduzir a incidência e mortalidade pelo câncer de colo uterino⁸. Em 1998 foi implantado o Sistema de Informações de Controle do Câncer de Colo Uterino (SISCOLO), instrumento de avaliação e planejamento das ações de prevenção da doença⁹.

O Projeto Piloto Viva Mulher foi um estudo que subsidiou a criação do Programa Viva Mulher, cuja iniciativa partiu do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁹. Tem como diretrizes e estratégias contemplar a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial sediado no município, permitindo ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. A fim de aumentar a eficiência da rede formada, também há incentivo à capacitação de recursos humanos e motivação do autocuidado pela mulher⁸.

A principal estratégia preconizada pelo Programa para o controle do câncer de colo uterino é a disponibilização do exame citopatológico (Papanicolau) para as mulheres entre 25 e 59 anos de idade, o tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas suas diferentes etapas⁸.

A formação de uma rede nacional integrada fundamenta-se numa das propostas do movimento sanitário denominada modelo de rede local permanente. Este modelo consistia em criar uma rede de centros de saúde que se estruturaria para promover e proteger a saúde da população de determinada área através da educação sanitária²⁶. Entretanto, ao definir como principal estratégia a cobertura populacional de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos para a realização de colpocitologia e seu seguimento, o Programa acaba apresentando característica campanhista-vertical permanente, definida por Mendes²⁶ como corrente sanitaria que preconizava a existência de serviços permanentes especializados de assistência médica a determinadas doenças (tuberculose, hanseníase, por exemplo). Há de se pensar se a proposta do Programa Viva Mulher, incorporada às ações do Programa Saúde da Família (PSF), reforçaria a rede local.

O Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (PNCCC) foi instituído através da Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998. Em 1999 a coordenação do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino é

transferida ao INCA, o que é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999²⁷.

Diante da necessidade de possuir dados que permitissem constante monitoramento e avaliação do programa, o Ministério da Saúde define na Portaria/SAS/MS nº 408, de 30 de julho de 1999, que o pagamento dos procedimentos referentes a citopatologia, histopatologia, e controle de qualidade ficaria vinculado à prestação de informações necessárias ao monitoramento e avaliação das atividades de controle do câncer de colo de útero no Brasil, por intermédio de BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) em meio magnético, gerado exclusivamente pelo sistema definido na Portaria nº 408, o SISCOLO²⁷. Os dados de alimentação obrigatórios do SISCOLO para citologia comum, citopatológico e histopatológico são definidos na portaria, além de estabelecer o fluxo das lâminas referentes aos procedimentos (armazenamento e fornecimento às Secretarias de Saúde e ao INCA/ MS quando solicitadas) e o fluxo das informações geradas.

A análise posterior dos dados obtidos no Sistema fica como responsabilidade do INCA, que encaminhará à Coordenação de Desenvolvimento, Manutenção e Controle dos Serviços de Saúde- CODEC/DAPS/SAS os casos em que forem necessárias revisões técnicas do gestor²⁷.

2.3. ATENÇÃO BÁSICA E ESTRUTURA DA REDE NO CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

A prevenção do câncer de colo uterino é uma ação que envolve os três níveis de atenção à saúde. O Ministério da Saúde sugere que o atendimento necessário para a execução das ações de controle da doença se estruture na forma de uma rede que opere em níveis de atendimento que possibilitem a integração e racionalização dos serviços, conferindo-lhe maior presteza e eficiência¹⁴.

Na busca de estruturar a rede a fim de realizar a detecção precoce do câncer de colo uterino e otimizar o atendimento em casos de alteração, o Ministério da Saúde atribui as seguintes responsabilidades no controle do câncer de colo uterino para cada nível de atenção¹⁴:

- Nível primário: devem ser feitos o exame clínico ginecológico e a coleta de material para o exame citopatológico. Este momento deverá ser aproveitado para prestar informações sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, adotando-se um enfoque multidisciplinar¹⁴.

- Nível secundário: nível em que é possível realizar o diagnóstico e/ou tratamento de uma lesão detectada por meio de colposcopia e da cirurgia de alta frequência (CAF), quando indicada¹⁴.
- Nível terciário/ quaternário: nestes níveis são tratadas as lesões cirúrgicas que não podem ser tratadas no nível secundário¹⁴.

A estrutura do sistema para o controle do câncer cérvico-uterino baseia-se em uma concepção hierarquizada, onde cada nível de atenção tem seu papel bem definido. Starfield²⁸ informa que a concepção de organização dos serviços de saúde em níveis hierárquicos surge em 1920 na Grã-Bretanha, quando foi publicado um texto oficial distinguindo três principais níveis de serviços de saúde: os centros de saúde primários, centros de saúde secundários, e hospitais-escola. A importância desta estrutura proposta na Grã-Bretanha foi fornecer

*(...) base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis claramente definidos de atenção, cada um com um setor de atenção médica primária identificável.*²⁸

A importância do papel atribuído à Atenção Básica nas ações de saúde é marcada pela Declaração de Alma-Ata, formulada em setembro de 1978, durante a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, União Soviética. Sua principal proposta era a promoção da saúde de todos os povos do mundo, e defendia que os cuidados primários de saúde são o ponto-chave para que a meta estabelecida seja alcançada. O conceito de cuidados primários da Declaração de Alma-Ata traz a idéia da hierarquização, quando afirma que *é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde*²⁹. Tal conceito foi incorporado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Starfield²⁸ conceitua atenção primária como o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo e para todas as condições, com exceção das muito incomuns ou raras, e coordena e integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A autora informa, ainda, que a atenção primária pode ser visualizada sob quatro formas, segundo Vuori (1985): como um conjunto de atividades, como nível de atenção, como estratégia de organização da atenção à saúde e como

filosofia que permeia a atenção à saúde. Starfield²⁸ trabalha com os três últimos conceitos do autor referido, inter-relacionando-os.

Starfield²⁸ e a OMS destacam ainda o importante papel da Atenção Primária à Saúde (incorporada pela Atenção Básica) como a porta de entrada para o sistema de saúde. Uma avaliação do controle do câncer de colo uterino permite conhecer a entrada das usuárias no sistema de saúde, além do funcionamento da Atenção Básica, já que a maior parte de suas ações aí se concentram. Permite, ainda, conhecer suas relações com níveis de maior complexidade, possibilitando avaliar o desempenho de pontos-chaves para o funcionamento do sistema, como a referência e contra-referência.

A alta concentração de ações de controle do câncer de colo uterino na Atenção Básica contribui para fortalecer a idéia de que a doença, como condição marcadora, é capaz de ser utilizada como mecanismo de avaliação da Atenção Básica.

2.4. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE E CONDIÇÃO MARCADORA

O termo avaliação possui uma compreensão vasta. Minayo³⁰ define que em sentido amplo avaliar *significa julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou algo*.

Sobre o significado de avaliação, Silva³¹ refere que dentre as diversas definições existentes, as que se referem à avaliação de programas sociais têm conseguido maior consenso. Cita a definição de Scriven (1991), que relaciona a avaliação ao processo de determinação de esforço, mérito ou valor de algo ou produto deste processo, e a de Contandriopoulos (1997), que considera avaliação como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão.

Minayo³⁰, analisando as definições dadas para o conceito “avaliação de programas” por diversos autores, sintetiza que as mesmas enfatizam na sua essência alguns aspectos. São eles: avaliação é uma emissão de juízo de valor sobre determinada intervenção; a avaliação deve ser incluída no processo de planejamento das ações; seu papel é subsidiar a gestão, não visando castigar as pessoas atingidas ou envolvidas, mas sim melhorar seu desempenho³⁰.

Avaliar um programa é, portanto, julgar e emitir um determinado valor às ações desenvolvidas, sejam elas relacionadas ao desenvolvimento do programa, ou seja, durante o planejamento, às intervenções e aos resultados destas intervenções, com a finalidade de subsidiar decisões no processo de gestão. É importante ressaltar o papel

não punitivo relacionado à avaliação, pois o senso comum costuma relacioná-la com alguma forma de repreensão.

Segundo Novaes¹, estudos voltados para a avaliação de serviços de saúde começaram a partir da década de 50 nos países desenvolvidos, quando foi reconhecida a necessidade de avaliar especificamente estes serviços, tanto na perspectiva “interna”, que envolve os processos de atenção e seus efeitos sobre a saúde e a doença dos usuários, quanto na perspectiva “externa”, compreendido como o conhecimento do desempenho e participação na conformação dos sistemas de saúde e seu impacto sobre a saúde da população.

As décadas de 70 e 80 foram marcadas pelo avanço tecnológico, que contribuiu para o desenvolvimento de diversas áreas de avaliação em saúde, tais como a tecnológica, econômica, de programas, qualidade em serviço (que apresentou maior destaque), e de gestão e planejamento em saúde. É no final da década de 80 que se fortalece o discurso de que além da produção de novos conhecimentos sobre os sistemas e serviços de saúde faz-se necessária maior integração entre conhecimento clínico, epidemiológico, planejamento e gestão articulando-se em sínteses capazes de orientar as ações a serem desenvolvidas. Tal pensamento surge como parte da preocupação com os custos e resultados da atenção à saúde¹.

Silva³¹ considera a avaliação como um componente das práticas presente em diversos âmbitos e campos do espaço social. Minayo³⁰ aponta como objetivos da avaliação de projetos e programas sociais compreender o que contribui para o êxito dos programas, projetos e serviços, o que possibilita seu alcance e questiona seus limites. Para as autoras, a avaliação útil, ética e tecnicamente adequada acompanha o desenvolvimento de uma proposta e subsidia a correção de rumos e a re-orientação de estratégias de ação.

Novaes¹ cita como objetivos mais freqüentes deste tipo de avaliação a contribuição para a maior efetividade técnica, eficiência econômica e qualidade dos serviços de saúde e dos programas de atenção à saúde, desenvolvimento de bases de dados com sínteses de avaliações tecnológicas e econômicas, sistemas de monitoramento apoiados em indicadores e instrumentos diversos.

A avaliação de programas pode receber vários recortes. Minayo³⁰ aponta a avaliação de estruturas (recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização e funcionamento, especificação de equipamentos e tecnologias disponíveis), de processos (atividades realizadas pelos provedores de intervenção) e de resultados (efeitos e

produtos que as ações e procedimentos provocam de acordo com os objetivos da intervenção), que tem sua gênese através de Donabedian na década de 70. Segundo Silva³¹, a avaliação de políticas, programas e projetos pode perpassar todos os níveis do sistema de saúde.

A avaliação de programas de saúde deve considerar alguns aspectos do serviço no processo avaliativo. Silva³¹ cita as seguintes características como relevantes para a avaliação:

- Cobertura, acessibilidade e equidade (relacionam-se com a disponibilidade e distribuição social dos recursos).
- Eficácia, efetividade e impacto (relacionam-se aos efeitos das ações).
- Eficiência (relaciona-se com os custos e produtividade das ações).
- Qualidade técnico-científica (relaciona-se com a adequação das ações ao conhecimento técnico científico vigente).
- Direcionalidade e consistência - análise estratégica (relaciona-se com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde).
- Avaliação do grau de implantação e/ou avaliação de processo, análise de implantação (relacionam-se ao processo de implantação das ações);
- Usuário x profissional, profissional x profissional, gestor x profissional (relaciona-se às características relacionais entre os agentes das ações).

Starfield²⁸ identifica quatro elementos estruturais da atenção primária, dois elementos de desempenho e enumera quatro atributos que devem ser considerados quando se trata de avaliar este nível de atenção.

Para a autora, os quatro elementos estruturais da atenção primária são:

- Acessibilidade: relaciona-se a tudo o que se refere ao acesso da população aos serviços, tais como localização da unidade, dias e horários de atendimento, acesso ao serviço pela livre demanda, e a percepção da própria população acerca da acessibilidade.
- Variedade de serviços: refere-se aos serviços disponíveis e àqueles que a população acredita que estejam disponíveis.

- Definição da população eletiva: este elemento refere-se ao conhecimento ou identificação do serviço da sua população de responsabilidade, bem como o reconhecimento da própria população como de responsabilidade do serviço.

- Continuidade: refere-se aos arranjos do serviço para que a atenção oferecida apresente uma sucessão ininterrupta de eventos. Inclui diversos mecanismos que caracterizam a continuidade da assistência. Um exemplo de mecanismo seria o registro do atendimento pelo profissional no prontuário. Os parâmetros que indicam a extensão e continuidade da atenção são o quanto o estabelecimento oferece estes arranjos e a percepção de sua obtenção pela população.

Quanto aos elementos de desempenho dos serviços de saúde, Starfield²⁸ cita a utilização dos serviços pela população (refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços) e o reconhecimento de problemas ou necessidades por profissionais de serviços de saúde (passo que precede o diagnóstico; a ausência desta etapa incide na não realização de qualquer processo diagnóstico ou na inadequação desse).

Starfield²⁸ explica que para que se possa medir o potencial e o alcance dos atributos da atenção primária, são necessários os elementos estruturais e de desempenho citados. Os atributos da atenção primária, segundo a autora, são:

- Atenção ao primeiro contato: acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atendimento. A medição da atenção ao primeiro contato está diretamente relacionada à acessibilidade.

- Longitudinalidade: envolve a capacidade do estabelecimento em identificar sua população eletiva, assim como os indivíduos dessa população, que devem receber atendimento na sua unidade.

- Integralidade: compreende a organização de uma unidade de atenção primária para que o usuário receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo aqueles que são oferecidos fora desta unidade, neste caso através de encaminhamentos.

- Coordenação (ou integração): envolve continuidade e reconhecimento de problemas para que seja avaliado, pois permite analisar questões como diagnóstico, registros de prontuários e agendamentos com o mesmo profissional.

Starfield²⁸ e Silva³¹ mostram aspectos diferentes do serviço a serem avaliados. Enquanto esta se volta para um prisma mais focado na gestão, onde se busca avaliar as ações para implantação do programa e seus produtos, aquela analisa o serviço na sua prática e enfatiza o lado do usuário na satisfação de suas necessidades pelo serviço. Os

elementos apontados pelas autoras na avaliação de programas de saúde e da atenção primária são fundamentais na construção de indicadores.

Kessner, Kalk e Singer³ referem como técnica para a avaliação da atenção à saúde a utilização de condições marcadoras ou traçadoras. Os autores explicam que o uso de problemas específicos de saúde para análise do sistema não é novo, os primeiros estudos datam da década de 60. A idéia dos traçadores está ligada ao uso de substâncias radioativas (traçadores), que permitem estudar como um órgão do corpo utiliza determinadas substâncias. Travassos⁴ aponta como característica básica do método o fato que a avaliação de um grupo específico de problemas de saúde pode mostrar a interação entre provedores, pacientes e seus recursos, sendo indicativo da qualidade do cuidado em todo o serviço.

As condições classificadas como marcadoras permitem avaliar todos os níveis de atenção à saúde, já que seu acompanhamento/ tratamento faz com que o paciente necessite percorrer estes níveis. Portanto, as doenças que podem ser classificadas como marcadoras possuem um efeito similar ao radioisótopo no sistema de saúde. Penna⁵ informa que, no entanto, alguns autores contestam este pressuposto, argumentando não existir nenhuma evidência empírica que apóie o uso de condição marcadora como método avaliativo.

Para Kessner, Kalk e Singer³ os critérios para que uma condição possa ser considerada marcadora são:

- A condição marcadora deve ter um impacto funcional real.
- Deve ser bem definida e de fácil diagnóstico.
- A prevalência deve ser suficientemente alta para permitir a coleta de dados adequados a partir de uma população limitada.
- A história natural da condição deve ser modificada pela utilização de técnicas médicas efetivas.
- As condutas frente à condição devem ser bem definidas em pelo menos um dos seguintes processos: prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação.
- Os efeitos dos fatores não ligados aos serviços de saúde sobre o marcador devem ser bem conhecidos.

Donabedian³² sugere como primeiro passo ao se avaliar um serviço a partir de uma condição marcadora a construção de uma matriz ou mapa apresentando o terreno a

ser explorado. A matriz ou mapa permite conhecer o funcionamento do serviço, o caminho a ser percorrido pelo usuário, identificando os processos do cuidado prestado e os possíveis resultados. Esta técnica possibilita melhor visualizar todo o atendimento, facilitando, posteriormente, reconhecer os pontos falhos na atenção.

O uso do método da condição marcadora para avaliação pode ser realizado a partir da análise dos registros médicos e de profissionais de saúde, permitindo conhecer o atendimento e o percurso do usuário portador da condição selecionada. Isto torna o método barato. Travassos⁴, entretanto, destaca a dificuldade de se obter informações a partir de registros, já que os prontuários médicos são reconhecidamente incompletos, o que caracteriza um ponto fraco do método. Além dos registros em prontuários, dados rotineiramente produzidos pelos serviços de saúde, referentes à condição selecionada, podem contribuir para a avaliação.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho insere-se no estudo avaliativo realizado pelo ELB-PROESF, pesquisa de natureza quali-quantitativa que abrangeu municípios com população acima de 100 mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro³³. A avaliação da Atenção Básica realizada através do ELB-PROESF produziu resultados acerca das diversas dimensões relevantes para esta esfera de atenção. Selecionamos para este estudo apenas os resultados produzidos pelo ELB-PROESF para um dos municípios selecionados para estudo de caso, denominado Município 3.

A fonte de dados deste estudo foram os resultados obtidos por diferentes instrumentos construídos pelo ELB-PROESF para abordar diversas dimensões: contexto político institucional, organização da Atenção Básica e trajetória do PSF no SUS municipal, integralidade do cuidado e desempenho da Atenção Básica - através de cinco instrumentos voltados para os atores envolvidos no processo de implementação do PROESF. Esses atores representam distintos interesses quanto à assistência prestada na Atenção Básica - usuários, profissionais de saúde, gerentes de estabelecimentos de saúde e gestores de saúde.

O câncer de colo uterino, enquanto condição marcadora, foi tratado em todos os instrumentos desenvolvidos, visando articular as dimensões em seus resultados, comparar situações e percepções relativas à assistência de mulheres em face deste evento. Os instrumentos utilizados foram:

- Questionário aplicado junto à equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde (IG), que levantou informações relativas ao esquema de referência para realização do exame colpocitológico e encaminhamento de mulheres com resultado alterado.
- Inquérito de estabelecimentos (IE) de Atenção Básica de saúde com e sem PSF, igualmente visou apreender sobre o esquema de referência, capacidade de gestão desse esquema e as práticas do processo de trabalho nestas unidades refletidas nas condições de registro dos atendimentos feitos a mulheres acima de 19 anos, especialmente referentes à realização do preventivo ginecológico e presença do registro do resultado do mesmo.
- Grupos focais (GF) com mulheres com exames alterados ou portadoras de câncer de colo e profissionais de saúde da Atenção Básica e de serviços de referência, tratando do acesso e cuidado à saúde da mulher.

- Inquérito domiciliar (ID) onde foi perguntado às mulheres sobre a época de realização e recebimento do resultado do último preventivo de câncer de colo uterino.
- Estudo ecológico (EC), demonstrando as variações da taxa de mortalidade por câncer cérvico-uterino nos municípios estudados em anos selecionados.

As questões retiradas de cada instrumento e que permitiram a construção dos indicadores que serão especificados a diante encontram-se nos Anexos I a VII.

- Plano e Análise dos Dados

O plano de análise utilizado para validar a condição marcadora faz uso da triangulação de métodos e técnicas de investigação, associando resultados provenientes da abordagem qualitativa (GF) e quantitativa (IG, IE e ID e EC), além de combinar e cruzar diversos pontos de vistas apreendidos dos atores envolvidos. Triangulação é um conceito proveniente do interacionismo simbólico; significa a combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista a partir do trabalho conjunto de pesquisadores com formações diversas, a visão de diferentes informantes e o uso de variadas técnicas de coletas de dados^{30, 34}. A avaliação por triangulação de métodos permite uma análise das estruturas, processos e resultados, assim como o entendimento acerca das relações que envolvem a implementação de ações e a visão dos atores que participam de todo o processo³⁰.

O pressuposto é que o câncer cérvico-uterino é um bom marcador da assistência ofertada na Atenção Básica, ou seja, a partir desta condição marcadora pode-se analisar o funcionamento dos seus serviços, bem como a percepção de usuárias e profissionais de saúde quanto à prevenção, controle da causa da doença, seu diagnóstico precoce, sua referência adequada e tratamento. Os resultados encontrados através da condição marcadora se aplicariam à Atenção Básica como um todo.

Para esse estudo levantaram-se os principais temas abordados na pesquisa ELB-PROESF com a finalidade de compor uma matriz. Tal abordagem baseia-se em Lopes, Vieira-da-Silva e Hartz², que propõem um modelo avaliativo a partir da elaboração de uma matriz com diferentes níveis de análise como mecanismo para estruturar os resultados.

Os resultados referentes à condição marcadora, obtidos nos diferentes instrumentos do ELB-PROESF, foram utilizados para a construção de indicadores qualitativos e quantitativos. Estes indicadores sofreram classificação de acordo com os temas que com eles se relacionam. Os temas abordados foram: Acesso; Contexto

Político Institucional; Organização da Atenção Básica e PSF; Recursos Humanos; Perfil dos Serviços e Capacidade Instalada; Integralidade e Práticas de Atenção à Saúde; Condições de Registros nos Estabelecimentos; Mortalidade. Tal classificação compõe uma matriz apresentada a seguir.

QUADRO 1: MATRIZ DE INDICADORES AVALIATIVOS CLASSIFICADOS POR TEMAS E FONTE DE DADOS

Tema	Indicador	Fonte/ Instrumento
Acesso	Realização do último exame ginecológico nos últimos 3 anos Realização do exame preventivo no último exame ginecológico Recebimento do resultado da última colpocitologia em menos de 1 mês Adscrição da clientela e acessibilidade Cobertura dos Programas	ID ID ID GF GF
Contexto Político Institucional	Desempenho do sistema e situação de saúde Intersetorialidade	GF GF
Organização da Atenção Básica e PSF	Estabelecimentos segundo trabalho com clientela adscrita Adscrição da clientela e acessibilidade Capacidade de informar colpocitologias realizadas em 2003 Capacidade de informar colpocitologias realizadas em 2004 Capacidade de informar colpocitologias alteradas em 2003 Capacidade de informar colpocitologias alteradas em 2004 Acesso a serviços de referência para colpocitologia Forma de acesso em caso de colpocitologia alterada (laboratório informa resultado ao Centro de Saúde de origem, que possui referência formal para agendamento de consulta com especialista) Percepção sobre o modelo de atenção adotado na Atenção Básica/PSF Percepção sobre organização e hierarquização da rede/ integração dos serviços Laboratório de patologia de referência para análise de colpocitologia Serviços de referência para colpocitologia no município Serviços de referência para colpocitologia fora do município Serviços de referência para colposcopia no município Serviços de referência para colposcopia fora do município	IE GF IE IE IE IE IE GF GF IE IG IG IG IG
Recursos Humanos	Proporção de vínculos de gineco-obstetras por total de médicos	IE
Perfil dos Serviços e Capacidade Instalada	Estabelecimentos com pronto atendimento em ginecologia Estabelecimentos com ambulatório em ginecologia	IE IE
Integralidade Práticas de Atenção à Saúde	Estabelecimentos com coleta de citopatológico Percepção sobre saúde Práticas adotadas/ qualidade do cuidado com a saúde das pessoas Informação/ Comunicação	IE GF GF GF
Condições de Registros nos Estabelecimentos	Prontuários com registro de realização de colpocitologia Prontuários com presença do resultado do exame colpocitológico	AA AA
Mortalidade	Taxa de mortalidade por câncer de colo uterino em 2002	EC

Legenda:

ID: Inquérito Domiciliar

GF: Grupo Focal

IE: Inquérito nos Estabelecimentos

IG: Inquérito com o Gestor

AA: Análise dos Atendimentos

EC: Estudo Ecológico

O segundo passo do estudo, após a construção da matriz, foi a classificação dos indicadores dentro do Modelo de Controle de Riscos, Causas e Danos, desenvolvido por Paim³⁵. A idéia dessa classificação partiu do referencial de Lopes, Vieira-da-Silva e Hartz², que utiliza o modelo sugerido pelo autor nas dimensões da matriz para avaliação da condição marcadora diarreia. A tentativa de compor esta matriz mostrou que o modelo não seria o mais adequado para o estudo, pois as relações entre os indicadores classificados nos diferentes tipos de controle não validavam o uso da condição marcadora.

Através de uma nova busca bibliográfica, verificou-se a condição marcadora valoriza a relação processo-resultado, pois seu uso permite avaliar processo e resultado da atenção prestada³. Donabedian³⁶ define **processo** como a categoria que inclui todo o cuidado, desde a sua busca e apreensão pelo usuário do serviço de saúde até o atendimento prestado, incluindo diagnóstico, prescrição e implementação do tratamento; e **resultado** como os efeitos do cuidado na situação de saúde dos pacientes e população. Ambos se relacionam diretamente, ou seja, quando o processo está bem estruturado terá como consequência um bom resultado.

Portanto, após a estruturação temática dos indicadores foi elaborada uma classificação em “Indicadores de Processo” e “Indicadores de Resultado”, pois se verificou que a relação entre processo-resultado validam a condição marcadora. Tal classificação gerou uma segunda e terceira matrizes, que além de apresentarem os indicadores de processo e resultado, agrupa-os por sub-temas. Os sub-temas referem-se a atributos de serviços, programas ou sistema de saúde (neste caso a Atenção Básica) que ao serem avaliados apuram a análise e contribuem para o aprofundamento do processo que define o foco da avaliação. Os atributos selecionados baseiam-se no referencial de Starfield²⁸ e Silva³¹ e são descritos a seguir:

- **Acessibilidade.** Relaciona-se a tudo que se refere ao acesso da população aos serviços (localização da unidade, dia e horário de atendimento, acesso à livre demanda)²⁸. Também é definida como a relação dos recursos de poder dos usuários (econômicos, sociais ou culturais) e os obstáculos existentes (geográficos, organizacionais ou econômicos)³¹. Os indicadores classificados neste sub-tema refletem o acesso da população feminina a Atenção Básica, bem como à coleta da colpocitologia.

- **Cobertura/ Adscrição.** Cobertura tem duas compreensões, a saber: potencial- quando se mede recursos, sejam materiais ou humanos, para a realização da ação em saúde; e real- proporção da população que de fato utilizou um serviço ou se beneficiou de

determinada intervenção³¹. A adscrição da clientela é considerada como forma de reorganização gerencial e operacional da Atenção Básica. O Ministério da Saúde recomenda que a unidade básica de saúde se responsabilize por um número compatível de pessoas que residem na área próxima, ou seja, devem trabalhar com definição de área de abrangência e de população sob sua responsabilidade, que deve ser cadastrada e vinculada à unidade¹². Portanto, a partir da adscrição é possível prever a população que deverá ser coberta por uma determinada unidade de saúde. Os indicadores de cobertura medem a capacidade de programação e gerenciamento das unidades, incluindo o retorno de resultados de exames à usuária.

- **Integralidade.** É entendida como a organização da Atenção Básica para que o usuário receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo aqueles que são oferecidos fora desta unidade, neste caso através de encaminhamentos²⁸. Os indicadores de integralidade permitem avaliar a organização dos serviços na garantia de atendimento às usuárias, desde a oferta do exame colpocitológico até o sistema de referência para níveis de maior complexidade. Os indicadores qualitativos tornam possível conhecer a percepção dos profissionais e usuárias a respeito da organização do sistema, assim como as práticas de saúde adotadas e a existência de ações intersetoriais fundamentais para a efetiva integralidade do cuidado e alteração do modelo assistencial.

- **Continuidade/ Qualidade Técnico-Científica.** A continuidade relaciona-se a arranjos do serviço para que a atenção oferecida apresente uma sucessão ininterrupta de eventos, incluindo mecanismos que caracterizam a continuidade da assistência, como o registro em prontuários²⁸ e seguimento dos usuários (*follow up*). Qualidade técnico-científica corresponde à adequação das ações ao conhecimento técnico-científico vigente³¹. Os dois conceitos possuem relação direta. A análise do registro no prontuário permite avaliar a continuidade da assistência prestada, bem como identificar se a mesma ajusta-se ao conhecimento técnico-científico disponível.

- **Efetividade.** Definida por autores como Donabedian e Maynard e Mcdaid como o efeito da intervenção em sistemas operacionais³¹. A mortalidade pelo câncer de colo uterino em 2002 foi o indicador elaborado a partir do EC para expressar este atributo.

Os Quadros 2 e 3 apresentam os indicadores classificados nas duas perspectivas e os respectivos valores atribuídos para o Município 3 do ELB-PROESF.

QUADRO 2: MATRIZ DE INDICADORES DE PROCESSO

<i>Sub-tema</i>	<i>Indicador</i>	
Acessibilidade	Realização do último exame ginecológico nos últimos 3 anos	88,3%
	Realização do exame preventivo no último exame ginecológico	93,3%
	Recebimento do resultado da última colpocitologia em menos de 1 mês	73,5%
	Adscrição da clientela e acessibilidade	Coleta de preventivo em diversos locais, dificultando seguimento da população adscrita
	Proporção de vínculos de gineco-obstetras por total de médicos	20%
	Estabelecimentos com pronto atendimento em ginecologia	66,7%
	Estabelecimentos com ambulatório em ginecologia	43,3%
Cobertura/ Adscrição	Cobertura dos Programas	Atendimento à população de municípios vizinhos
	Estabelecimentos segundo trabalho com clientela adscrita	93,3%
	Capacidade de informar colpocitologias realizadas em 2003	20%
	Capacidade de informar colpocitologias realizadas em 2004	26,7%
	Capacidade de informar colpocitologias alteradas em 2003	16,7%
	Capacidade de informar colpocitologias alteradas em 2004	20%
Integralidade	Intersetorialidade	Iniciativa inconstante de trabalho intersetorial
	Percepção sobre o modelo de atenção adotado na Atenção Básica/PSF	Usuárias identificam a busca ativa e possuem vínculo com a unidade
	Percepção sobre organização e hierarquização da rede/ integração de serviços	Reconhecimento do sistema de saúde em rede, porém com dificuldades de funcionamento
	Estabelecimentos com coleta de citopatológico	93,3%
	Percepção sobre saúde	Conceito ampliado de saúde
	Práticas adotadas/ qualidade do cuidado com a saúde das pessoas	Promoção à saúde individualizada
	Acesso a serviços de referência para colpocitologia	93,3%
	Laboratório de patologia de referência para análise de colpocitologia	93,3%
	Forma de acesso em caso de colpocitologia alterada (laboratório informa resultado ao Centro de Saúde de origem, que possui referência formal para agendamento)	93,3%
	Serviços de referência para colpocitologia no município	Sim
	Serviços de referência para colposcopia no município	Sim
	Desempenho do sistema e situação de saúde	Dificuldades para referência; inexistência de contra-referência

Continuidade/ Qualidade Técnico- Científica	Prontuários com registro de realização de colpocitologia	54,7%
	Prontuários com presença do resultado do exame colpocitológico	36,3%

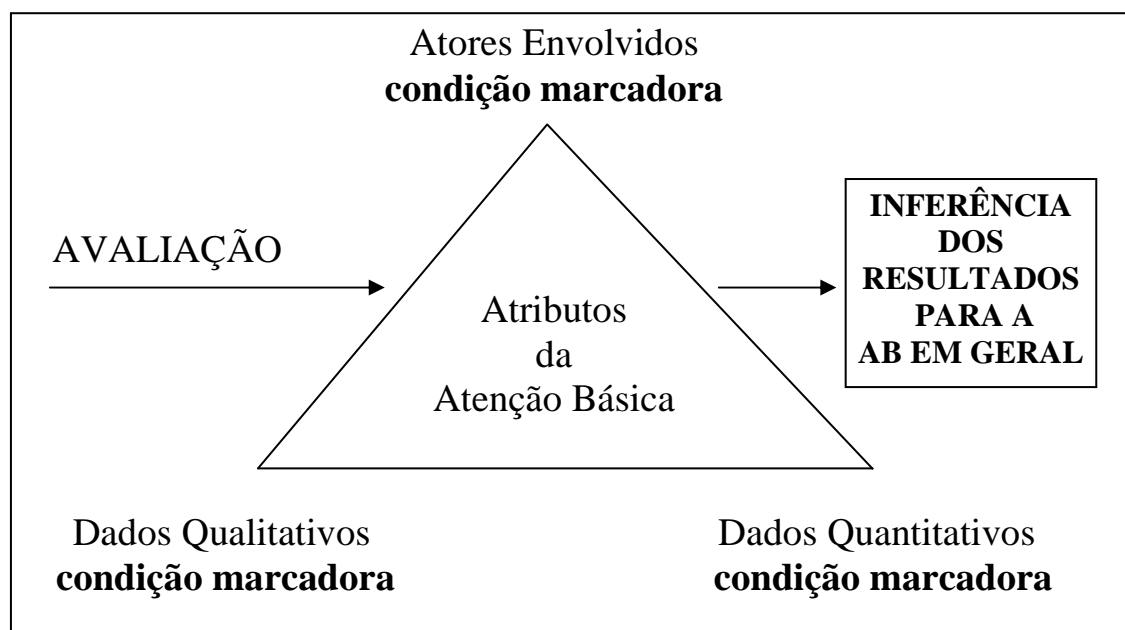
QUADRO 3: MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADO

<i>Sub-tema</i>	<i>Indicador</i>	
Efetividade	Taxa de mortalidade por câncer de colo uterino	5,47

4. RESULTADOS

A avaliação dos atributos da Atenção Básica ocorreu através da perspectiva da triangulação, que conjugou dados qualitativos e quantitativos, e contou com a participação dos atores envolvidos - profissionais e usuárias - na produção destes resultados. Durante o processo avaliativo a condição marcadora esteve presente em todos os instrumentos utilizados. Os resultados obtidos através da avaliação, tendo a condição marcadora presente como pano de fundo, podem ser inferidos para a Atenção Básica (AB) em geral, como representado no esquema a seguir.

FIGURA 1: ESQUEMA DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS DO ESTUDO



- Indicadores de Processo

Quanto ao acesso ao atendimento na Atenção Básica, 88,3% das mulheres investigadas no Inquérito Domiciliar referiram realização de consulta ginecológica nos últimos 3 anos; dessas, 93,3% mencionaram a realização de colpocitologia no último exame ginecológico e 73,5% o recebimento do resultado do exame em 1 mês.

Sobre a adscrição de clientela e acessibilidade foi identificado pelos profissionais dificuldades para o acompanhamento das mulheres devido à realização do exame preventivo em diversos locais.

Quanto a cobertura, o sistema de saúde no Município 3 apresentou a proporção de 20% de vínculos de gineco-obstetras por total de médicos (IG), enquanto nos serviços de saúde (IE) apurou-se que estes se organizam de forma diferenciada quanto ao atendimento, verificando que 66,7% dos estabelecimentos referiram possuir pronto atendimento em ginecologia; e 43,3% referiram ter oferta programada (ambulatório) de ginecologia.

Ainda quanto à cobertura pelas unidades de Atenção Básica com e sem PSF, seus profissionais identificaram dificuldades de acesso pela população ao serviço de saúde, dificuldade em avaliar o perfil das usuárias e busca de atendimento nas unidades pela população fora de área.

O relato de trabalho com população adscrita foi referido por 93,3% dos estabelecimentos. Em relação as colpocitologias realizadas, 20% das unidades foram capazes de informar colpocitologias realizadas em 2003, e 26,7% em 2004; 16,7% informaram colpocitologias alteradas em 2003, e 20% em 2004.

No que se refere a intersetorialidade, os profissionais de saúde relataram iniciativa para o trabalho intersetorial, porém inconstante.

Sobre a percepção do modelo de atenção adotado na Atenção Básica/ PSF, foi identificado pelas usuárias à existência de busca ativa pelos profissionais da unidade. Referiram também possuir algum vínculo com a unidade, porém desconhecendo as atividades que ali ocorrem.

Em relação à percepção sobre a organização e hierarquização da rede/ integração de serviços, os profissionais de saúde afirmaram que há absorção da demanda com sobrecarga de trabalho; identificaram o sistema de saúde em rede, porém com baixa troca de informações.

No que se refere às ações de saúde preconizadas nos Programas de Saúde Coletiva, 93,3% dos estabelecimentos afirmaram possuir coleta de colpocitologia.

A presença de serviço de referência para colpocitologia e de laboratório de patologia de referência para análise de colpocitologia foi relatada por 93,3% dos estabelecimentos. O mesmo percentual de estabelecimentos referiu como forma de acesso em caso de colpocitologia alterada que o laboratório informa o resultado ao centro de saúde de origem, que possui referência formalizada para consulta com especialista.

Em relação à disponibilidade de referência para colpocitologia e colposcopia, o gestor do Município 3 informou que a referência existe para os dois tipos de serviço dentro do município. O serviço de referência concentra-se em uma única policlínica, que atende a todos os encaminhamentos de mulheres com colpocitologia alterada e realiza análise laboratorial de todas as lâminas de colpocitologia no município.

As usuárias investigadas no GF perceberam saúde como ausência de doença, e mostraram ter conhecimento sobre o câncer de colo uterino. Os profissionais definiram saúde a partir de seu conceito ampliado. Este grupo também demonstrou valorização da promoção à saúde, porém com limitação na sua prática (*práticas adotadas/ qualidade do cuidado com a saúde das pessoas*).

Foi identificada pelos profissionais de saúde a estrutura do sistema de saúde em rede, porém com limitações para a referência das usuárias devido ao número de vagas insuficiente. A contra-referência foi considerada inexistente.

O registro de realização de colpocitologia esteve presente em 54,7% dos atendimentos pesquisados em amostra estratificada dos atendimentos realizados na Atenção Básica no Município 3 em 2004; a presença do resultado da colpocitologia no prontuário esteve registrada em apenas 36,3% dos atendimentos.

- Indicadores de Resultado

A taxa de mortalidade pela condição marcadora foi 5,47 para 100.000 mulheres em 2002.

5. DISCUSSÃO

Na análise que segue, os indicadores quantitativos e qualitativos de cada subtema são discutidos em conjunto; indica-se a complementaridade ou oposição dos resultados obtidos pelos indicadores que orienta as conclusões acerca da qualidade da Atenção Básica e a potencialidade do uso desta condição marcadora.

O percentual de usuárias que busca algum tipo de serviço de saúde para realização de consulta ginecológica é alto, assim como o percentual de mulheres que realizaram o Papanicolau há menos de três anos e o percentual de mulheres que receberam o resultado do exame preventivo em menos de 1 mês, independentemente da natureza do prestador – público ou privado.

Segundo a OMS, diversos estudos demonstram que a realização do preventivo ginecológico a cada 3 a 5 anos após um resultado negativo tem o mesmo efeito que a realização anual do exame por mulheres na faixa etária de 35 a 64 anos³⁷. O Ministério da Saúde recomenda que o tempo para realização do preventivo ginecológico seja de três anos³⁸.

Em 2005, o INCA propôs indicadores de monitoramento das ações do controle do câncer de colo uterino. A “cobertura populacional pelo exame citopatológico cervical” foi um dos indicadores de desempenho criados. Níveis de cobertura superiores a 80% da população alvo são considerados como padrão de referência adotado pelo INCA, baseado em recomendações da OMS. O percentual de 93,3% de mulheres com colpocitologia realizada a menos de 3 anos denota boa cobertura populacional no Município 3 para o *screening* de câncer cérvico-uterino.

Outro indicador de desempenho criado pelo INCA e que reflete a qualidade do processo é o “tempo entre a coleta e a liberação do laudo citopatológico”. Este indicador permite garantir intervenção no tempo adequado, facilita a adesão e fortalece a credibilidade da mulher, além de possibilitar avaliar as etapas entre a coleta do material e a liberação do laudo. O tempo definido como indicativo de melhor estruturação dos serviços para coleta e entrega do laudo, garantindo encaminhamento para tratamento em tempo adequado são 45 dias³⁸.

Este resultado bastante positivo neste município quanto ao acesso e regularidade do exame preventivo pode ser contrastado com as falas dos profissionais de saúde da Atenção Básica. Para eles há dificuldades no acompanhamento das mulheres, que procuram a realização do exame preventivo em diversos locais, fazendo fluxos próprios

que a adscrição de clientela e acessibilidade deveriam sanar. No grupo focal os profissionais da Atenção Básica com saúde da família afirmaram ter dificuldades para o acompanhamento da população adscrita devido à realização do preventivo em diversos lugares; as usuárias por sua vez relataram dificuldades na qualidade do atendimento, em especial, a demora do resultado dos exames (fala de uma usuária: “... *quase seis meses, muito demorado e eu correndo atrás...*”).

Os dados qualitativos permitiram detectar alguns pontos fracos para a acessibilidade. Os profissionais de saúde do serviço de referência identificaram que com a implantação da estratégia saúde da família houve uma melhoria no acesso, porém a demanda de atendimento aumentou muito, gerando uma demora de até um mês para o agendamento de consultas. Afirmam que a própria população reconhece a falta de acesso.

Diante de uma demanda apontada pelos profissionais da Atenção Básica como “excessiva”, verificou-se uma inadequação da capacidade instalada para o atendimento às mulheres do município, com uma oferta de ambulatórios de ginecologia baixa (43,3% das unidades investigadas, ou seja, menos da metade), assim como de pronto atendimento para a especialidade, (66,7% das unidades estudadas). Para buscar suprir estas dificuldades, os profissionais apontaram algumas alternativas para facilitar o acesso das mulheres ao serviço, tais como encaixes e oferta diária de vagas específicas para coleta de preventivo.

A análise dos dados quantitativos e qualitativos levanta como questão se as usuárias não estariam buscando atendimento em serviços privados.

A baixa capacidade de informar colpocitologias realizadas e alteradas em 2003 e 2004 nos estabelecimentos de saúde pode ser um fator explicativo desta contradição. Apesar do percentual de estabelecimentos que referiram trabalhar com clientela adscrita ter sido alto, verifica-se que não utilizaram o indicador “cobertura de colpocitologias alteradas na sua área de adscrição”, sugerindo baixa capacidade de gerenciamento. Segundo os profissionais do serviço de referência existe dificuldade em avaliar o perfil das usuárias, saber quantas mulheres fazem o preventivo porque “... *os laboratórios não repassam informações, tem lugares que fazem o preventivo muito barato, as clínicas de Igreja também fazem, as pessoas então não vão (...) no posto de saúde, daí que não temos os dados de incidência, de prevalência em relação à população que tem o preventivo em dia, só temos os dados das que chegam ao nosso serviço*” (fala de um profissional de saúde).

O discurso apresentado pelo profissional do serviço de referência mostra uma visão focada no modelo médico-assistencial privatista, onde a busca às unidades de saúde se dá a partir do surgimento de um problema de saúde. Como as usuárias conseguem realizar o preventivo ginecológico em locais privados, suprindo esta necessidade de saúde, não buscam as unidades públicas de saúde para mostrar o resultado. Embora exista um movimento em prol da mudança do modelo assistencial expressa na NOB/ 96, que incentiva através de recursos financeiros estratégias como o PSF e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, incorporando o modelo de “vigilância da saúde”³⁹, os profissionais ainda possuem uma visão da atenção à saúde no outro modelo. Não conhecem as responsabilidades assumidas pelos profissionais a partir da nova proposta de modelo assistencial, em que o PSF apresenta-se como eixo central de re-organização, realizando visitas domiciliares para acompanhamento da população adscrita e a busca ativa.

O conhecimento acerca do número de colpocitologias realizadas no decorrer do ano, assim como o conhecimento do número de resultados alterados são fundamentais para a programação de ações voltadas para o controle do câncer cérvico-uterino. É através da análise destes dados que a unidade poderá conhecer melhor a sua população, calcular a cobertura da população adscrita, reconhecendo os pontos-chaves a serem trabalhados, tais como educação em saúde ou captação de mulheres. Além disso, o conhecimento destes dados permite programar gastos com recursos materiais e humanos.

Embora desconheçam a cobertura, os profissionais da Atenção Básica informaram oferecer atendimento muito além da população adscrita. Relatam que atendem mulheres de municípios vizinhos, que forjam o endereço para conseguirem atendimento, fato identificado quando há necessidade de busca ativa da paciente devido a alterações em resultados de exames.

O sistema de saúde é percebido pelos profissionais da Atenção Básica como uma rede (relato de recebimento de pacientes pelo serviço de referência). Relatam que o município se caracteriza por ter uma boa troca entre os profissionais, facilitada algumas vezes pela proximidade (por exemplo, o laboratório de referência para colpocitologia do município que se situa no mesmo prédio do serviço de referência ambulatorial para câncer cérvico-uterino). Entretanto, relatam perceber que nos últimos tempos vem ocorrendo uma “impessoalidade”, tornando este sentimento de pertencimento da rede frágil.

A integralidade é aparentemente garantida pela presença de serviços de referência para colpocitologia e de laboratórios de patologia, assim como a existência de serviços de referência para exames e terapias (colpocitologia e colposcopia) no município.

Embora a rede esteja organizada com serviços de referência, os profissionais de saúde da Atenção Básica apontaram diversas dificuldades no funcionamento da referência e contra-referência: número limitado de vagas para referenciar pacientes; retorno da guia de contra-referência preenchida em algumas situações (pacientes atendidas no serviço de referência), porém, na maioria das vezes a própria paciente “faz” a contra-referência, relatando, no retorno, o atendimento que recebeu. Os profissionais da Atenção Básica afirmaram que as unidades hospitalares nunca realizam a contra-referência. Os profissionais do serviço de referência queixaram-se de que muitas referências são desnecessárias, pois são casos que poderiam ser tratados na unidade que referenciou. Portanto, apesar do município organizar uma rede de referência para níveis de maior complexidade, há falhas na garantia de atendimento às usuárias. Desta forma, a integralidade da atenção à saúde apresenta-se comprometida.

Em relação à coleta de colpocitologia, o percentual de unidades que oferecem o serviço foi alto. Vale lembrar que dentre as unidades de Atenção Básica investigadas incluíam-se unidades de saúde da família, e o médico, dentro desta especialidade, também realiza a coleta de material para o preventivo. As usuárias identificam que é o médico de família o profissional responsável pelo encaminhamento para outros níveis de atenção, assim como identificam a realização da busca ativa por este profissional.

Os indicadores qualitativos de integralidade denotam uma maior valorização pelas práticas de promoção à saúde pelos profissionais, fruto de uma visão ampliada sobre saúde, conforme apontado pelos mesmos no GF. No entanto, os profissionais do serviço de referência relataram realizar as ações de promoção ainda de forma individualizada, não se identificando ações intersetoriais para o processo de educação em saúde.

As usuárias ainda mantêm a visão limitada da saúde como ausência da doença, mas demonstraram ter conhecimento acerca do câncer cérvico-uterino. Isto pode ser resultante do trabalho de promoção à saúde executado pelos profissionais, já que eles demonstraram valorizar essas práticas.

As condições de registros nos estabelecimentos sugerem deficiências na continuidade da assistência, refletindo baixa qualidade técnico-científica. A importância

da continuidade da assistência reside no fato de possibilitar a outro profissional da equipe de saúde, que atenda a um determinado usuário, conhecer as condutas tomadas pelos profissionais em atendimentos anteriores, assim como conhecer o histórico do usuário. Mostra o dia-a-dia dos atendimentos e o grau de importância dado pelo profissional a este aspecto assistencial. Donabedian³⁶ considera os registros médicos como ponto chave para informar acerca do processo e seu resultado imediato; além disso evidencia a qualidade do atendimento.

A coleta dos dados dos atendimentos sorteados permitiu detectar nas unidades básicas com a Estratégia Saúde da Família a existência de uma fragmentação do prontuário. Algumas informações que não estavam presentes no prontuário do paciente constavam em fichas mantidas em arquivos à parte com a finalidade de gerenciamento. Este fato foi observado porque os profissionais incluíram estas fichas no momento da coleta, quando foram solicitados os prontuários.

No grupo focal os profissionais do serviço de referência informaram realizar o registro dos atendimentos em prontuários, em estatísticas de biopsia e de citologia. Relataram ainda possuir um revisor de prontuário. Parece, contudo, que este é ainda um trabalho mecânico, não sendo integrado ao ato de programar e executar as ações no nível local através de reuniões de equipe, análise clínicas de prontuário etc que evidencia o limite da capacidade técnica / qualidade da atenção.

A taxa de mortalidade apresentada pelo município em estudo no ano de 2002 (5,47) encontra-se acima dos valores médios encontrados no período de 1995-1999 para o estado do Rio de Janeiro, que foram 5,27 (taxa padronizada para a população mundial) e 4,36 (taxa padronizada para a população brasileira)⁴⁰. Tal resultado sugere dificuldades na implementação do programa, e conseqüentemente no controle da doença.

A condição marcadora “câncer cérvico-uterino” permitiu analisar todos os atributos da Atenção Básica selecionados: acessibilidade reduzida; falta de capacidade de planejamento, programação e gerência pela ausência do uso de indicadores de cobertura da população adscrita; deficiências do sistema que impedem a integralidade das ações, pois embora a rede se estruture numa tentativa de manter a integralidade, através de serviços de referência para níveis mais complexos de atenção, os dados complementares do GF evidenciaram que existem muitas limitações; baixa qualidade-técnico-científica. Portanto, mulheres que apresentam alteração no resultado de seus preventivos ginecológicos encontram dificuldades em obter o tratamento adequado, o

que possibilita a doença atingir estágios mais avançados, justificando a taxa de mortalidade encontrada como resultado.

Ao se avaliar processo e resultado através da condição marcadora, verifica-se que os indicadores, quando analisados em conjunto, conduziram a um julgamento a respeito da Atenção Básica. Os dados qualitativos contribuíram muito para elucidar estes pontos, pois através das falas dos atores envolvidos, evidenciaram-se os fatos facilitadores as dificuldades para o funcionamento do sistema.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pressuposto de que a condição marcadora escolhida era adequada ao objetivo por suas características institucionais e de normatização assistencial se confirmou. Analisando-se o conjunto de indicadores de processo, verifica-se que a condição marcadora permitiu detectar a existência de deficiências na Atenção Básica prestada no Município 3.

A proposta de uso do câncer cérvico-uterino como condição marcadora mostrou-se satisfatória. Foi possível analisar o acesso e o fluxo das usuárias dentro do sistema de saúde. A construção da matriz permitiu organizar os atributos da Atenção Básica, possibilitando relacioná-los aos indicadores de processo e resultado trabalhados no estudo. A matriz tornou possível compreender as principais atividades que envolvem o processo de atenção à condição marcadora. A relação entre os atributos e os indicadores possibilitou afirmar que existem deficiências na Atenção Básica, identificando pontos-chaves ou focos da atenção que apresentam falhas e comprometem a acessibilidade, cobertura e adscrição, integralidade, continuidade técnico-científica e efetividade.

A condição marcadora permitiu associar os resultados relacionados à qualidade do processo, que pôde ser considerado ruim, com a qualidade do resultado, que também foi ruim (taxa de mortalidade por câncer de colo uterino no Município 3 elevada).

A triangulação de métodos mostrou-se adequada para validação do uso da condição marcadora. A conjugação de dados qualitativos e quantitativos permitiu julgar os atributos da Atenção Básica, o processo e o resultado. Este estudo contribui para a literatura existente sobre o tema, pois as pesquisas já produzidas que utilizam o método da condição marcadora apresentam um enfoque quantitativo. O uso da condição marcadora associada à triangulação traz uma perspectiva inovadora para o tema.

A proposta do uso da condição marcadora sugere que se analise como resultado das ações os desfechos “óbito” e “*follow up*” (seguimento). O presente estudo apresentou como limitação a falta de dados a respeito do seguimento das usuárias portadoras de câncer cérvico-uterino, pois não foi trabalhada nenhuma questão envolvendo o tema num dos cinco instrumentos do ELB-PROESF. Foi confirmada no estudo a afirmação de Travassos de que os registros são um ponto fraco do método pela sua incompletude.

A avaliação a partir do uso de condição marcadora é considerada um método de baixo custo, pois trabalha com dados já produzidos pelo sistema de saúde. Há de se

pensar se a incorporação desta metodologia não contribuiria para a redução de gastos nas ações de saúde, por permitir detectar os pontos falhos na atenção. O método de triangulação, que utiliza diversos instrumentos, mostrou a importância do aspecto qualitativo para uma melhor compreensão da realidade. Possibilitou também analisar processo e resultado na Atenção Básica. Na prática, a avaliação a partir do uso de condições marcadoras poderia promover debates com profissionais e usuários para uma melhor análise dos dados quantitativos já produzidos.

REFERÊNCIAS

- ¹ Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2004; 20 (Suppl 2): S147-S173.
- ² Lopes RM, Vieira-da-Silva, LM, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2004; 20 (Suppl 2): S147-S173.
- ³ Kessner DM; Kalk CE; Singer J. Assessing health quality- the case for tracers. The New England Journal of Medicine 1973; 288 (Pt.04): 189-94.
- ⁴ Travassos CMR. Tracer studies- a discussion of the method and of its application to health care evaluation in Brazil [Dissertação de Mestrado]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1985.
- ⁵ Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Santana JP (org.). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: OPAS/ OMS (Representação Brasil); 1997. p.121-9.
- ⁶ Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2004; 20 (Suppl 2): S147-S173.
- ⁷ Neto AA. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. Revista de Saúde Pública. São Paulo 1991; 25 (4): 326-33.
- ⁸ Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/viva_mulher_faseI.pdf. (acessado em: 20/JUL/2005).
- ⁹ Bicalho SM, Aleixo JLM. O Programa “Viva Mulher”: Programa nacional de controle do câncer de colo uterino e de mama. Revista Mineira de Saúde Pública 2002; 01: 1-7.
- ¹⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
- ¹¹ Samico I; Hartz ZMA; Felisberto E; Frias PG. A sala de situação na Unidade de Saúde da Família: o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o Planejamento Estratégico Local. Saúde em Debate, Rio de Janeiro 2002; 26 (61): 236-44.
- ¹² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- ¹³ Marques RM, Mendes Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8 (2): 403-15.

- ¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Controle do Câncer do Colo Uterino: Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo Uterino. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva; 2001.
- ¹⁵ Carvalho JJM. Manual prático do HPV - papilomavírus humano. São Paulo: Instituto Garnet; 2004.
- ¹⁶ Trindade ES. Etiopatogenia, diagnóstico e estadiamento do colo do útero. In: Tratado de Ginecologia e Obstetria Febrasgo. v. 02. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. 1269-78.
- ¹⁷ Hatch KD, Hacker, NF. Doença intra-epitelial do colo, vulva e vagina. In: Novak: Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.321-43.
- ¹⁸ Andrade JM, Marana HRC. Lesões pré-neoplásicas do colo do útero. Tratado de Ginecologia e Obstetria Febrasgo. v. 02. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.1257-68.
- ¹⁹ Borges SCV, Melo VH, Junior GM, Abranches A, Neto JBL, Trigueiro MC. Taxa de captura do papilomavírus humano pela captura híbrida II, em mulheres com neoplasia intra-epitelial cervical. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria 2004; 26 (2): 105-10.
- ²⁰ Vacina contra HPV: mais uma arma para evitar esta doença. <http://www.gineco.com.br/vacinahpv.htm>. (acessado em 05/FEV/2007).
- ²¹ Pinho AA, Mattos MCFI. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial. Rio de Janeiro 2002; 38 (3): 225-31.
- ²² Neto AR, Ribalta JCL, Focchi J, Baracat EC. Avaliação dos métodos empregados no programa nacional de combate ao câncer do colo uterino do Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria 2001; 23 (4): 209-15.
- ²³ Costa CRP, Fernandes PA. Campanha nacional de combate ao câncer de colo uterino: a contribuição do laboratório de anatomia patológica da Santa Casa de Misericórdia de Passos (MG). Revista Brasileira de Cancerologia 2003; 49(1): 33-7.
- ²⁴ Lewis MJ. A situational analysis of cervical cancer in Latin America and the Caribbean. Washington D.C.: PAHO; 2000.
- ²⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. (acessado em: 20/JUL/2005).
- ²⁶ Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

- ²⁷ Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria/ SAS/ MS Nº408, de 30 de julho de 1999. http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_prev_canc/SAS_P408_99prog_prev_canc.dc. (acessado em: 05/NOV/2005).
- ²⁸ Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2004.
- ²⁹ Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exiber.asp?cod_noticia=199. (acessado em 20/OUT/2005).
- ³⁰ Minayo MCS. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.19-51.
- ³¹ Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV (org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.15-39.
- ³² Donabedian A. Determining what to Monitor. In: Donabedian A. An introduction to assurance in health care. Oxford University Press; 2003. p.30-8.
- ³³ Mendonça MHM, Najar A, Giovanella L, Tavares MFL, Vasconcellos MM, Baptista TWF, Machado CV, Andrade, CLT, Lima, LD Relatório Síntese Estudo de Linha de Base em 22 Municípios de mais de cem mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro: Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ [Relatório de Pesquisa]. Rio de Janeiro; 2006.
- ³⁴ Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.
- ³⁵ Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol ZM, Filho NA. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p.473-487.
- ³⁶ Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260 (12): 1743-8.
- ³⁷ World Health Organization. National Cancer Control Programmes- policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva, 2002. <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>. (acessado em: 10/JAN/2007).
- ³⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Atenção Oncológica. Documento preliminar sobre indicadores de monitoramento das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil. Versão Preliminar Completa. Rio de Janeiro; 2005.
- ³⁹ Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico SUS 1998; 7 (2): 7-28.

- ⁴⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - Comprev. Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil 1979-1999. Rio de Janeiro: Inca; 2002. www.inca.gov.br/atlas/docs/Atlas_completo.pdf. (acessado em: 18/AGO/2005).

ANEXOS

ANEXO I

QUESTÃO DO INSTRUMENTO DO GESTOR UTILIZADA PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADOR

- Informe a disponibilidade de serviços de referência para exames e terapias no SUS:

Nota: Entende-se por serviço de referência a existência de serviço específico e de fluxo formalmente definidos para encaminhamentos.

Assinale as opções abaixo

Marque a coluna "NSI" caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT)	Há referência no município			Há referência em outro município		
	Sim	Não	NSI	Sim	Não	NSI
1 - Análises clínicas (sangue, fezes, urina)						
2 - Baciloscopia para BAAR (tuberculose)						
3 - Sorologia para HIV						
4 - Colpocitopatologia (preventivo CA de colo)						
5 - Eletrocardiografia						
6 - Radiologia simples						
7 - Radiografia contrastada						
8 - Laboratório de prótese dentária						
9 - Radiografia odontológica						
10 - Mamografia						
11 - Colposcopia						

ANEXO II

QUESTÕES DO INQUÉRITO DOMICILIAR UTILIZADAS PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES

- Quando foi a última vez que fez um exame ginecológico?
 1. Nos últimos 3 anos
 2. 4-5 anos atrás
 3. Mais de 5 anos atrás
 4. Nunca fez
 8. Não sabe

- Na última vez que fez seu exame ginecológico, fez o teste de Papanicolau, isto é, quando o médico ou enfermeira coleta material para exame preventivo?
 1. Sim
 2. Não
 8. Não sabe

- Recebeu o resultado do exame preventivo?
 1. Sim, menos de um mês depois
 2. Sim, entre 1 mês e menos de 6 meses depois
 3. Sim, entre 6 meses e menos de 1 ano depois
 4. Sim, um ano ou mais depois
 5. Nunca recebi

ANEXO III

QUESTÕES DO INSTRUMENTO DOS ESTABELECIMENTOS UTILIZADAS PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES

- O estabelecimento trabalha com adscrição de clientela (cobertura populacional)?

Assinale apenas uma das opções abaixo

() 1 - Sim () 2 - Não

- Registre os seguintes indicadores de atenção à mulher e à criança para a área de cobertura (atuação) em 2003 e 2004:

Nota: Depende da data de fundação do estabelecimento.

	2003		2004	
	Número	NSI	Número	NSI
1 - Gestantes normais				
2 - Gestantes de risco encaminhadas				
3 - Óbitos maternos				
4 - Nascidos vivos				
5 - Óbitos menores de 28 dias				
6 - Óbitos menores de 1 ano				
7 - Colpocitologias realizadas				
8- Colpocitologias alteradas				

- Existe laboratório de referência formalizada para colpocitologia (preventivo de Câncer de Colo de Útero)?

Assinale apenas uma das opções abaixo

() 1 - Sim () 2 - Não

- Quais os procedimentos realizados para mulheres com colpocitologia alterada?

Marque quantas opções forem necessárias;

Encaminhamentos	Sim	Não
1 - O laboratório agenda consulta com especialista e informa ao centro de saúde de origem		
2 - O laboratório agenda consulta com especialista e não informa ao centro de saúde de origem		
3 - O laboratório informa ao Centro de saúde de origem que possui referência formalizada para agendamento de consulta com especialista		
4 - O laboratório informa ao Centro de saúde de origem que possui encaminhamento informal (Ir para 29)		

- Indique os serviços existentes segundo as especialidades médicas (implica na existência de pelo menos um médico especialista contratado)

Marque quantas opções forem necessárias

Serviços Médicos	Ambulatório		Pronto atendimento (Demanda Espontânea)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Clínica Médica				
Cardiologia				
Pediatria				
Cirurgia Geral				
Ginecologia				
Obstetrícia				
Gastroenterologia				
Pneumologia/ Tisiologia				
Endocrinologia				
Hematologia				
Reumatologia				
Nefrologia Dermatologia				
Neurologia				
Saúde Mental				
Traumato-Ortopedia				
Urologia				
Proctologia				
Oftalmologia				
Otorrinolaringologia				
Cirurgia Pediátrica				
Oncologia				
Geriatría				
Acupuntura				
Homeopatia				
Outra. Especificar (no máximo 3): _____				

- Especifique as ações de saúde preconizadas no âmbito dos programas de saúde coletiva realizadas em seu estabelecimento:

Assinale uma das opções abaixo

Marque a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Marque a coluna “NSA” caso a informação não se aplique ao estabelecimento

Ações de saúde	Sim	Não	NSA
1- Planejamento familiar (ação educativa)			
2- Dispensação de pílulas e camisinha			
3- Dispensação de diafragma			
4- Colocação de DIU			
5- Coleta de material para exame citopatológico (colo de útero)			
6- Consulta de pré-natal (acompanhamento do baixo risco)			

ANEXO IV**QUESTÕES DO INSTRUMENTO COMPLEMENTAR DO ESTABELECIMENTO- ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS- UTILIZADAS PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES**

- Registro da realização de Colpocitologia no prontuário
() Sim () Não

- Presença do resultado de cada exame colpocitológico
() Sim () Não

ANEXO V

ROTEIRO DO FRUPO FOCAL - SERVIÇOS DE REFERÊNCIA

- Como vocês conceituam saúde?
- Vocês poderiam dizer se há diferenças significativas entre a atenção à saúde que é prestada nos postos/ centros de saúde e a que ocorre nos ambulatórios especializados? Em caso afirmativo, quais são elas?
 - Qual a noção de sistema de saúde? E de rede? E de sistema de referência e contra-referência?
 - Qual o entendimento sobre acesso? E sobre integralidade?
 - Quais são os principais motivos de encaminhamento? De onde vêm (AB, hospital? Qual o perfil dos pacientes? Como é feito o agendamento (critérios)? Há demanda espontânea considerável?
 - Quem faz e como é feito o acolhimento?
 - Existe de forma rotineira espaço de discussão de casos ou do processo de trabalho entre profissionais, equipes, coordenação?
 - Nas ações aqui desenvolvidas, existe articulação entre as ações assistenciais e as de prevenção e promoção? (Falar um pouco sobre).
 - Vocês têm procurado em certa medida outros profissionais (trabalho complementar ou em equipe)? Quais são os mecanismos de comunicação entre os vários profissionais?
 - E com a população (apreensão das necessidades e da experiência do sofrimento)? Há encontro entre os encaminhamentos e/ ou necessidades?
 - Quais são os mecanismos de seguimento / acompanhamento dos pacientes?
 - De que forma são registrados os atendimentos? Existe análise desses dados e retorno ao serviço/ profissionais? Em que períodos (mensal, trimestral)? Como são tratadas essas informações pela equipe?
 - Alguém quer comentar alguma coisa?

ANEXO VI

ROTEIRO DO FRUPO FOCAL - PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA COM E SEM PSF

- Qual o conceito de saúde?
- Você poderia dizer se há diferenças significativas entre a atenção à saúde que é prestada nos postos/ centros de saúde e a que ocorre nos ambulatórios especializados? Em caso afirmativo, quais são elas?
 - Qual a noção de AB? De sistema de saúde? E de rede? E de sistema de referência e contra-referência?
 - Qual a noção de integralidade? E de ações/ estratégias intersetoriais (necessidades, possibilidades)?
 - Quais são os principais motivos da vinda ao serviço, dos pacientes hipertensos? Qual o perfil deles? Quais as principais dinâmicas familiares desses pacientes? E que tipo de determinantes sociais ligados a condições e estilo de vida têm sido mais identificados?
 - Como é feito o agendamento (critérios)? Há demanda espontânea considerável?
 - Quem faz e como é feito o acolhimento? Quais são os mecanismos de comunicação com a população (apreensão das necessidades e da experiência do sofrimento)? Em geral, há encontro entre os atendimentos e as necessidades?
 - Qual a noção de direitos do paciente? Existem mecanismos de ouvidoria e fluxos de respostas organizados?
 - Quais são os mecanismos de seguimento/ acompanhamento dos pacientes? Quem geralmente realiza?
 - Nas ações aqui desenvolvidas, existe articulação entre as ações assistenciais e as de prevenção e promoção? (Falar um pouco sobre, tipo de atendimento, principais ações realizadas individualmente ou em equipe).
 - Vocês têm procurado em certa medida outros profissionais (trabalho complementar ou em equipe)? Quais são os mecanismos de comunicação entre os vários profissionais? E com aqueles dos SR ambulatorial?
 - E com outros saberes (articulação entre o técnico e o popular)?
 - De que forma são registrados os atendimentos? Existe análise desses dados e retorno ao serviço/ profissionais? Em que períodos (mensal, trimestral)? Como são tratadas essas informações pela equipe?
 - Existe de forma rotineira espaço de discussão de casos ou do processo de trabalho entre profissionais, equipes, coordenação?
 - Alguém quer comentar alguma coisa?

ANEXO VII

ROTEIRO DO FRUPO FOCAL - USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE COLO UTERINO

- Conceito de saúde (O que vocês entendem por saúde?).
- Percepção sobre os tipos de serviços (Para você existe diferença no atendimento prestado no posto/ centro de saúde, no ambulatório e no atendimento hospitalar?)
 - Motivo de busca do serviço/ condição traçadora: (a) Como vocês chegaram até aqui? O diagnóstico foi feito em atendimento de rotina ou por alguma queixa? b) Falar da vivência da condição de ter câncer (ACESSO: Como foi diagnosticado)? O que vocês acham do tempo que levou até o diagnóstico; Vocês gostariam de falar sobre o percurso que percorreram até chegar ao diagnóstico (coleta de material, exame, resultado, conhecimento do resultado, agendamento)? c) Vocês conhecem a situação da sua doença? d) Que tipos de tratamento foram propostos? Vocês participaram da decisão sobre o tratamento? Vocês entenderam o que foi oferecido de tratamento? e) Vocês conseguem consulta ou falar com algum profissional que lhe atende normalmente em caso de necessidade, se não estiver agendado? Vocês podem dizer qual o profissional que vocês procuram mais, nesse caso? (PESSOAL: Em que momento de vida, apoio familiar); f) Que outras atividades realiza aqui no Serviço de Referência (atividades “extra” consulta médica) ou no seu bairro em relação a sua saúde? g) Quem lhe indicou?
 - Acolhimento. a) A equipe demonstra interesse por sua saúde? Há uma comunicação efetiva entre vocês e o(s) profissional(is) que lhes atendem, isto é, clareza nas explicações? Há um respeito a sua opinião? b) Vocês acham que suas outras necessidades como mulher são atendidas/ percebidas durante as consultas?
 - Encontro entre demandas/necessidades e ações recebidas. a) A partir do diagnóstico e definição de tratamento como tem sido o acompanhamento com o médico e outros profissionais do posto (AB E PSF)?; b) Qual é o tempo da consulta? c) Em geral, o que você tem necessitado, tem tido resposta pelos profissionais que lhes atendem através das ações realizadas?
 - Comentários finais (Alguém ainda quer comentar mais alguma coisa?)

ANEXO VIII

ARTIGO

CÂNCER CÉRVICO-UTERINO COMO CONDIÇÃO MARCADORA: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

INTRODUÇÃO

Segundo Novaes¹, a produção de conhecimentos voltados para o foco avaliativo ainda não é tão expressiva no Brasil, como se evidencia pelo pequeno número de publicações sobre o tema em periódicos científicos brasileiros. Devido a tal panorama e a crescente necessidade da avaliação dos serviços, impõe-se a produção cada vez maior de trabalhos sobre avaliação de serviços, de rede e serviços, e a experimentação de novas metodologias que facilitem a realização do processo avaliativo nas unidades assistenciais e nas esferas gestoras.

A utilização de condições denominadas marcadoras, ou traçadoras pode ser uma forma de avaliar a qualidade da assistência à saúde². Autores como Kessner, Kalk e Singer³, Travassos⁴ e Penna⁵ referem a utilização desta técnica, fundada na idéia de que a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto de determinadas condições ou patologias, pode-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, incluindo-se aí a resolutividade, uso adequado de exames complementares, oportunidade das ações, acesso à medicamentos ou a níveis mais complexos do sistema de saúde. Para Hartz e Contandriopoulos⁶, o desenvolvimento de método avaliativo pautado no uso de condição marcadora facilita a definição dos focos nas avaliações das ações programáticas de saúde e aumenta o potencial de utilidade dos resultados das pesquisas.

Penna⁵ afirma que as condições marcadoras devem ser escolhidas entre aquelas para as quais existam “programas” já consolidados, cujas normas de assistência conseguiram uma aprovação consensual por parte dos profissionais de saúde, e que se

sustentam por definição prévia acerca dos recursos e procedimentos adequados a cada nível de atenção para a implementação de atividades.

O câncer cérvico-uterino possui etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidos, o que significa que existe um conhecimento científico aprofundado sobre os fatores causais, formas de detecção e tratamento da doença. Também é objeto de um programa nacional estruturado para seu controle. A doença possui evolução lenta e seu tratamento é conhecido e eficaz, principalmente nas lesões precursoras. Nestes casos, o tratamento cirúrgico é curativo em 100%⁷. As características biológicas do câncer do colo do útero, e a existência de um método simples, barato, seguro e aceitável pela população feminina para a sua detecção precoce, o exame citopatológico (Papanicolau), permitem que seu potencial de prevenção e cura seja elevado⁸.

Segundo Bicalho e Aleixo⁹, o câncer de colo de útero detém o terceiro lugar em incidência e o quarto lugar em mortalidade no Brasil. Em 2000 apresentou 17.251 casos novos e 3.606 mortes. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2006, no Brasil, é que o câncer de colo uterino ocuparia o terceiro lugar em incidência em mulheres, com 19 mil casos novos¹⁰.

Kessner et al³ selecionam o câncer cérvico-uterino como condição marcadora a partir de alguns critérios. Dentre eles estabelecem que a condição deve permitir avaliar o cuidado ambulatorial prestado. Samico et al¹¹ também definem o câncer de colo uterino como marcador, pois é evento prevalente em nosso meio e pode ser utilizado como elemento desencadeador de um debate importante entre profissionais e usuários, visando entendê-los enquanto integrantes de um processo que se apóia no modo de inserção social das pessoas.

Considera-se que o programa de controle do câncer cérvico-uterino envolve todos os níveis de atenção no seu cuidado, com ênfase nas ações preventivas e de

detecção precoce, que se concentram na Atenção Básica ampliada, como definida na Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS, 2001).

A Atenção Básica é compreendida como o *conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação*¹². A partir de 1995 houve incentivo pelo Ministério da Saúde e expansão da Atenção Básica, evidenciada pela sua priorização na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/ 96) e pelo aumento do repasse de recursos financeiros¹³. Passa a ser, portanto, importante estratégia para reorganização do modelo assistencial.

As ações preventivas de educação em saúde, detecção através da colpocitologia e encaminhamento para tratamento em níveis de maior complexidade são de responsabilidade da Atenção Básica. Mesmo após a cura, esta ainda permanece responsável pelo acompanhamento das usuárias, mantendo as ações de sua competência, e assim prevenindo recidivas.

O objetivo deste artigo é refletir sobre as possibilidades da condição marcadora câncer cérvico-uterino como mecanismo de avaliação da Atenção Básica enquanto estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS). Inserido no contexto da pesquisa “Desenvolvimento de Estudo de Linhas de Base nos Municípios Selecionados do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - Região Sudeste 2” (ELB-PROESF), cuja proposta foi avaliar situações iniciais que condicionam o processo de implementação da Atenção Básica buscando orientar sua organização, foram analisadas triangulações, cruzamentos e combinações entre indicadores qualitativos e quantitativos classificados a partir de temas, processos e resultados.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho insere-se no estudo avaliativo realizado pelo ELB-PROESF, pesquisa de natureza quali-quantitativa que abrangeu municípios com população acima

de 100 mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro¹⁴. A avaliação da Atenção Básica realizada através do ELB-PROESF produziu resultados acerca das diversas dimensões relevantes para esta esfera de atenção. Seleccionamos para este estudo apenas os resultados produzidos pelo ELB-PROESF para um dos municípios seleccionados para estudo de caso, denominado Município 3.

A fonte de dados do estudo foram os resultados obtidos por diferentes instrumentos construídos pelo ELB-PROESF para abordar diversas dimensões: contexto político institucional, organização da Atenção Básica e trajetória do Programa Saúde da Família (PSF) no SUS municipal, integralidade do cuidado e desempenho da Atenção Básica - através de cinco instrumentos voltados para os atores envolvidos no processo de implementação do PROESF. Esses atores representam distintos interesses quanto à assistência prestada na Atenção Básica - usuários, profissionais de saúde, gerentes de estabelecimentos de saúde e gestores de saúde.

O câncer de colo uterino, enquanto condição marcadora, foi tratado em todos os instrumentos desenvolvidos, visando articular as dimensões em seus resultados, comparar situações e percepções relativas à assistência de mulheres em face deste evento. Os instrumentos utilizados foram:

- Questionário aplicado junto à equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde (IG), que levantou informações relativas ao esquema de referência para realização do exame colpocitológico e encaminhamento de mulheres com resultado alterado.
- Inquérito de estabelecimentos (IE) de Atenção Básica de saúde com e sem Programa de Saúde da Família, igualmente visou apreender sobre o esquema de referência, capacidade de gestão desse esquema e as práticas do processo de trabalho nestas unidades refletidas nas condições de registro dos atendimentos feitos em mulheres acima de 19 anos, especialmente referentes à realização do preventivo ginecológico e presença do registro do resultado do mesmo.

- Grupos focais (GF) com mulheres com exames alterados ou portadoras de câncer de colo e profissionais de saúde da Atenção Básica e de serviços de referência, tratando do acesso e cuidado à saúde da mulher.
- Inquérito domiciliar (ID) onde foi perguntado às mulheres sobre a época de realização e recebimento do resultado do último preventivo de câncer de colo uterino.
- Estudo ecológico (EC), demonstrando as variações da taxa de mortalidade por câncer cérvico-uterino nos municípios estudados em anos selecionados.

- Plano e Análise dos Dados

O plano de análise utilizado para validar os resultados obtidos faz uso da triangulação¹⁵ de métodos e técnicas de investigação, associando resultados provenientes da abordagem qualitativa (GF) e quantitativa (IG, IE e ID e EC), além de combinar e cruzar diversos pontos de vistas apreendidos dos atores envolvidos. O pressuposto é que o câncer cérvico-uterino é um bom marcador da assistência ofertada na Atenção Básica, ou seja, a partir desta condição marcadora pode-se analisar o funcionamento dos seus serviços, bem como a percepção de usuárias e profissionais de saúde quanto à prevenção, controle da causa da doença, seu diagnóstico precoce, sua referência adequada e tratamento. Os resultados encontrados através da condição marcadora se aplicariam à Atenção Básica como um todo.

Para esse estudo levantou-se os principais temas abordados na pesquisa ELB-PROESF e os indicadores qualitativos e quantitativos que com eles se relacionam, segundo o instrumento do qual foi extraído. Esta classificação compõe uma matriz apresentada no Quadro 1. Tal abordagem baseia-se em Lopes, Vieira-da-Silva e Hartz², que propõem um modelo avaliativo a partir da elaboração de uma matriz com diferentes níveis de análise como mecanismo para estruturar os resultados.

Para avaliar o uso da condição marcadora, selecionou-se o estudo de caso do Município 3 realizado na pesquisa ELB- PROESF. Os temas abordados são: Acesso; Contexto Político Institucional; Organização da Atenção Básica e PSF; Recursos Humanos; Perfil dos Serviços e Capacidade Instalada; Integralidade e Práticas de Atenção à Saúde; Condições de Registros nos Estabelecimentos; Mortalidade.

Kessner, Kalk e Singer³ indicam que o uso da condição marcadora permite avaliar processo e resultado da atenção prestada. Donabedian¹⁶ define **processo** como a categoria que inclui todo o cuidado, desde a sua busca e apreensão pelo usuário do serviço de saúde até o atendimento prestado, incluindo diagnóstico, prescrição e implementação do tratamento; e **resultado** como os efeitos do cuidado na situação de saúde dos pacientes e população. Ambos se relacionam diretamente, ou seja, quando o processo está bem estruturado terá como consequência um bom resultado.

Após a primeira estruturação temática dos indicadores foi elaborada uma classificação em “Indicadores de Processo” e “Indicadores de Resultado” para então realizar um segundo agrupamento por sub-temas. Assim, foram construídos os Quadro 2 e Quadro 3. O primeiro refere-se à avaliação de processo e o segundo a avaliação de resultados. Os sub-temas referem-se a atributos de serviços, programas ou sistema de saúde (neste caso a Atenção Básica) que ao serem avaliados apuram a análise e contribuem para o aprofundamento do processo que define o foco da avaliação¹⁷. Os atributos selecionados baseiam-se no referencial de Starfield¹⁸ e Silva¹⁷ e são descritos a seguir:

- **Acessibilidade.** Relaciona-se a tudo que se refere ao acesso da população aos serviços (localização da unidade, dia e horário de atendimento, acesso à livre demanda)¹⁸. Também é definida como a relação dos recursos de poder dos usuários (econômicos, sociais ou culturais) e os obstáculos existentes (geográficos, organizacionais ou

econômicos)¹⁷. Os indicadores classificados neste sub-tema refletem o acesso da população feminina a Atenção Básica, bem como à coleta da colpocitologia.

- **Cobertura/ Adscrição.** Cobertura tem duas compreensões, a saber: potencial - quando se medem recursos, sejam materiais ou humanos, para a realização da ação em saúde; e real - proporção da população que de fato utilizou um serviço ou se beneficiou de determinada intervenção¹⁷. A adscrição da clientela é considerada como forma de reorganização gerencial e operacional da Atenção Básica. O Ministério da Saúde recomenda que a unidade básica de saúde se responsabilize por um número compatível de pessoas que residem na área próxima, ou seja, devem trabalhar com definição de área de abrangência e de população sob sua responsabilidade, que deve ser cadastrada e vinculada à unidade¹². Portanto, a partir da adscrição é possível prever a população que deverá ser coberta por uma determinada unidade de saúde. Os indicadores de cobertura medem a capacidade de programação e gerenciamento das unidades, incluindo o retorno de resultados de exames à usuária.

- **Integralidade.** É entendida como a organização da Atenção Básica para que o usuário receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo aqueles que são oferecidos fora desta unidade, neste caso através de encaminhamentos¹⁸. Os indicadores de integralidade permitem avaliar a organização dos serviços na garantia de atendimento às usuárias, desde a oferta do exame colpocitológico até o sistema de referência para níveis de maior complexidade. Os indicadores qualitativos tornam possível conhecer a percepção dos profissionais e usuárias a respeito da organização do sistema, assim como as práticas de saúde adotadas e a existência de ações intersetoriais fundamentais para a efetiva integralidade do cuidado e alteração do modelo assistencial.

- **Continuidade/ Qualidade Técnico-Científica.** A continuidade relaciona-se a arranjos do serviço para que a atenção oferecida apresente uma sucessão ininterrupta de eventos, incluindo mecanismos que caracterizam a continuidade da assistência, como o registro

em prontuários¹⁸ e seguimento dos usuários (*follow up*). Qualidade técnico-científica corresponde à adequação das ações ao conhecimento técnico-científico vigente¹⁷. Os dois conceitos possuem relação direta. A análise do registro no prontuário permite avaliar a continuidade da assistência prestada, bem como identificar se a mesma ajusta-se ao conhecimento técnico-científico disponível.

- **Efetividade.** Definida por autores como Donabedian e Maynard e Mcdaid como o efeito da intervenção em sistemas operacionais¹⁷. A mortalidade pelo câncer de colo uterino em 2002 foi o indicador elaborado a partir do EC para expressar este atributo.

Nos Quadros 2 e 3 atribuem-se aos indicadores valores apreendidos para o Município 3 do ELB-PROESF.

RESULTADOS

A avaliação dos atributos da Atenção Básica ocorreu através da perspectiva da triangulação, que conjugou dados qualitativos e quantitativos, e contou com a participação dos atores envolvidos - profissionais e usuárias - na produção destes resultados. Durante o processo avaliativo a condição marcadora esteve presente em todos os instrumentos utilizados. Os resultados obtidos através da avaliação, tendo a condição marcadora presente como pano de fundo, podem ser inferidos para a Atenção Básica (AB) em geral, como representado na Figura 1.

• Indicadores de Processo

Quanto ao acesso ao atendimento na Atenção Básica, 88,3% das mulheres investigadas no Inquérito Domiciliar referiram realização de consulta ginecológica nos últimos 3 anos; dessas, 93,3% mencionaram a realização de colpocitologia no último exame ginecológico e 73,5% o recebimento do resultado do exame em 1 mês.

Sobre a adscrição de clientela e acessibilidade foi identificado pelos profissionais dificuldades para o acompanhamento das mulheres devido à realização do exame preventivo em diversos locais.

Quanto a cobertura, o sistema de saúde no Município 3 apresentou a proporção de 20% de vínculos de gineco-obstetras por total de médicos (IG), enquanto nos serviços de saúde (IE) apurou-se que estes se organizam de forma diferenciada quanto ao atendimento, verificando que 66,7% dos estabelecimentos referiram possuir pronto atendimento em ginecologia; e 43,3% referiram ter oferta programada (ambulatório) de ginecologia.

Ainda quanto à cobertura pelas unidades de Atenção Básica com e sem PSF, seus profissionais identificaram dificuldades de acesso pela população ao serviço de saúde, dificuldade em avaliar o perfil das usuárias e busca de atendimento nas unidades pela população fora de área.

O relato de trabalho com população adscrita foi referido por 93,3% dos estabelecimentos. Em relação as colpocitologias realizadas, 20% das unidades foram capazes de informar colpocitologias realizadas em 2003, e 26,7% em 2004; 16,7% informaram colpocitologias alteradas em 2003, e 20% em 2004.

No que se refere a intersetorialidade, os profissionais de saúde referiram iniciativa para o trabalho intersetorial, porém inconstante.

Sobre a percepção do modelo de atenção adotado na Atenção Básica/ PSF, foi identificado pelas usuárias à existência de busca ativa pelos profissionais da unidade. Referiram também possuir algum vínculo com a unidade, porém desconhecendo as atividades que ali ocorrem.

Em relação à percepção sobre a organização e hierarquização da rede/ integração de serviços, os profissionais de saúde afirmaram que há absorção da demanda com

sobrecarga de trabalho; identificaram o sistema de saúde em rede, porém com baixa troca de informações.

No que se refere às ações de saúde preconizadas nos Programas de Saúde Coletiva, 93,3% dos estabelecimentos afirmaram possuir coleta de colpocitologia.

A presença de serviço de referência para colpocitologia e de laboratório de patologia de referência para análise de colpocitologia foi relatada por 93,3% dos estabelecimentos. O mesmo percentual de estabelecimentos referiu como forma de acesso em caso de colpocitologia alterada que o laboratório informa o resultado ao centro de saúde de origem, que possui referência formalizada para consulta com especialista.

Em relação à disponibilidade de referência para colpocitologia e colposcopia, o gestor do Município 3 informou que a referência existe para os dois tipos de serviço dentro do município. O serviço de referência concentra-se em uma única policlínica, que atende a todos os encaminhamentos de mulheres com colpocitologia alterada e realiza análise laboratorial de todas as lâminas de colpocitologia no município.

As usuárias investigadas no GF perceberam saúde como ausência de doença, e mostraram ter conhecimento sobre o câncer de colo uterino. Os profissionais definiram saúde a partir de seu conceito ampliado. Este grupo também demonstrou valorização da promoção à saúde, porém com limitação na sua prática (*práticas adotadas/ qualidade do cuidado com a saúde das pessoas*).

Foi identificada pelos profissionais de saúde a estrutura do sistema de saúde em rede, porém com limitações para a referência das usuárias devido ao número de vagas insuficiente. A contra-referência foi considerada inexistente.

O registro de realização de colpocitologia esteve presente em 54,7% dos atendimentos pesquisados em amostra estratificada dos atendimentos realizados na

Atenção Básica no Município 3 em 2004; a presença do resultado da colpocitologia no prontuário esteve registrada em apenas 36,3% dos atendimentos.

- Indicadores de Resultado

A taxa de mortalidade pela condição marcadora foi 5,47 para 100.000 mulheres em 2002.

DISCUSSÃO

Na análise que segue, os indicadores quantitativos e qualitativos de cada subtema são discutidos em conjunto; indica-se a complementaridade ou oposição dos resultados obtidos pelos indicadores que orienta as conclusões acerca da qualidade da Atenção Básica e a potencialidade do uso desta condição marcadora.

O percentual de usuárias que busca algum tipo de serviço de saúde para realização de consulta ginecológica é alto, assim como o percentual de mulheres que realizaram o Papanicolau há menos de três anos e o percentual de mulheres que receberam o resultado do exame preventivo em menos de 1 mês, independentemente da natureza do prestador – público ou privado.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) diversos estudos demonstram que a realização do preventivo ginecológico a cada 3 a 5 anos após um resultado negativo tem o mesmo efeito que a realização anual do exame por mulheres na faixa etária de 35 a 64 anos¹⁹. O Ministério da Saúde recomenda que o tempo para realização do preventivo ginecológico seja de três anos²⁰.

Em 2005, o INCA propôs indicadores de monitoramento das ações do controle do câncer de colo uterino. A “cobertura populacional pelo exame citopatológico cervical” foi um dos indicadores de desempenho criados. Níveis de cobertura superiores a 80% da população alvo são considerados como padrão de referência adotado pelo INCA, baseado em recomendações da OMS. O percentual de 93,3% de mulheres com

colpocitologia realizada a menos de 3 anos denota boa cobertura populacional no Município 3 para o *screening* de câncer cérvico-uterino.

Outro indicador de desempenho criado pelo INCA e que reflete a qualidade do processo é o “tempo entre a coleta e a liberação do laudo citopatológico”. Este indicador permite garantir intervenção no tempo adequado, facilita a adesão e fortalece a credibilidade da mulher, além de possibilitar avaliar as etapas entre a coleta do material e a liberação do laudo. O tempo definido como indicativo de melhor estruturação dos serviços para coleta e entrega do laudo, garantindo encaminhamento para tratamento em tempo adequado são 45 dias²⁰.

Este resultado bastante positivo neste município quanto ao acesso e regularidade do exame preventivo pode ser contrastado com as falas dos profissionais de saúde da Atenção Básica. Para eles há dificuldades no acompanhamento das mulheres, que procuram a realização do exame preventivo em diversos locais, fazendo fluxos próprios que a adscrição de clientela e acessibilidade deveriam sanar. No grupo focal os profissionais da Atenção Básica com saúde da família afirmaram ter dificuldades para o acompanhamento da população adscrita devido à realização do preventivo em diversos lugares; as usuárias por sua vez relataram dificuldades na qualidade do atendimento, em especial, a demora do resultado dos exames (fala de uma usuária: “... *quase seis meses, muito demorado e eu correndo atrás...*”).

Os dados qualitativos permitiram detectar alguns pontos fracos para a acessibilidade. Os profissionais de saúde do serviço de referência identificaram que com a implantação da estratégia saúde da família houve uma melhoria no acesso, porém a demanda de atendimento aumentou muito, gerando uma demora de até um mês para o agendamento de consultas. Afirmam que a própria população reconhece a falta de acesso.

Diante de uma demanda apontada pelos profissionais da Atenção Básica como “excessiva”, verificou-se uma inadequação da capacidade instalada para o atendimento às mulheres do município, com uma oferta de ambulatórios de ginecologia baixa (43,3% das unidades investigadas, ou seja, menos da metade), assim como de pronto atendimento para a especialidade, (66,7% das unidades estudadas). Para buscar suprir estas dificuldades, os profissionais apontaram algumas alternativas para facilitar o acesso das mulheres ao serviço, tais como encaixes e oferta diária de vagas específicas para coleta de preventivo.

A análise dos dados quantitativos e qualitativos levanta como questão se as usuárias não estariam buscando atendimento em serviços privados.

A baixa capacidade de informar colpocitologias realizadas e alteradas em 2003 e 2004 nos estabelecimentos de saúde pode ser um fator explicativo desta contradição. Apesar do percentual de estabelecimentos que referiram trabalhar com clientela adscrita ter sido alto, verifica-se que não utilizaram o indicador “cobertura de colpocitologias alteradas na sua área de adscrição”, sugerindo baixa capacidade de gerenciamento. Segundo os profissionais do serviço de referência existe dificuldade em avaliar o perfil das usuárias, saber quantas mulheres fazem o preventivo porque “... *os laboratórios não repassam informações, tem lugares que fazem o preventivo muito barato, as clínicas de Igreja também fazem, as pessoas então não vão (...) no posto de saúde, daí que não temos os dados de incidência, de prevalência em relação à população que tem o preventivo em dia, só temos os dados das que chegam ao nosso serviço*” (fala de um profissional de saúde).

O discurso apresentado pelo profissional do serviço de referência mostra uma visão focada no modelo médico-assistencial privatista, onde a busca às unidades de saúde se dá a partir do surgimento de um problema de saúde. Como as usuárias conseguem realizar o preventivo ginecológico em locais privados, suprimindo esta

necessidade de saúde, não buscam as unidades públicas de saúde para mostrar o resultado. Embora exista um movimento em prol da mudança do modelo assistencial expressa na NOB/ 96, que incentiva através de recursos financeiros estratégias como o PSF e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, incorporando o modelo de “vigilância da saúde”²¹, os profissionais ainda possuem uma visão da atenção à saúde no outro modelo. Não conhecem as responsabilidades assumidas pelos profissionais a partir da nova proposta de modelo assistencial, em que o PSF apresenta-se como eixo central de re-organização, realizando visitas domiciliares para acompanhamento da população adscrita e a busca ativa.

O conhecimento acerca do número de colpocitologias realizadas no decorrer do ano, assim como o conhecimento do número de resultados alterados são fundamentais para a programação de ações voltadas para o controle do câncer cérvico-uterino. É através da análise destes dados que a unidade poderá conhecer melhor a sua população, calcular a cobertura da população adscrita, reconhecendo os pontos-chaves a serem trabalhados, tais como educação em saúde ou captação de mulheres. Além disso, o conhecimento destes dados permite programar gastos com recursos materiais e humanos.

Embora desconheçam a cobertura, os profissionais da Atenção Básica informaram oferecer atendimento muito além da população adscrita. Relatam que atendem mulheres de municípios vizinhos, que forjam o endereço para conseguirem atendimento, fato identificado quando há necessidade de busca ativa da paciente devido a alterações em resultados de exames.

O sistema de saúde é percebido pelos profissionais da Atenção Básica como uma rede (relato de recebimento de pacientes pelo serviço de referência). Relatam que o município se caracteriza por ter uma boa troca entre os profissionais, facilitada algumas vezes pela proximidade (por exemplo, o laboratório de referência para colpocitologia do

município que se situa no mesmo prédio do serviço de referência ambulatorial para câncer cérvico-uterino). Entretanto, percebem que nos últimos tempos vem ocorrendo uma impessoalidade, tornando este sentimento de pertencimento da rede frágil.

A integralidade é aparentemente garantida pela presença de serviços de referência para colpocitologia e de laboratórios de patologia, assim como a existência de serviços de referência para exames e terapias (colpocitologia e colposcopia) no município.

Embora a rede esteja organizada com serviços de referência, os profissionais de saúde da Atenção Básica apontaram diversas dificuldades no funcionamento da referência e contra-referência: número limitado de vagas para referenciar pacientes; retorno da guia de contra-referência preenchida em algumas situações (pacientes atendidas no serviço de referência), porém, na maioria das vezes a própria paciente “faz” a contra-referência, relatando, no retorno, o atendimento que recebeu. Os profissionais da Atenção Básica afirmaram que as unidades hospitalares nunca realizam a contra-referência. Os profissionais do serviço de referência queixaram-se de que muitas referências são desnecessárias, pois são casos que poderiam ser tratados na unidade que referenciou. Portanto, apesar do município organizar uma rede de referência para níveis de maior complexidade, há falhas na garantia de atendimento às usuárias. Desta forma, a integralidade da atenção à saúde apresenta-se comprometida.

Em relação à coleta de colpocitologia, o percentual de unidades que oferecem o serviço foi alto. Vale lembrar que dentre as unidades de Atenção Básica investigadas incluíam-se unidades de saúde da família, e o médico, dentro desta especialidade, também realiza a coleta de material para o preventivo. As usuárias identificam que é o médico de família o profissional responsável pelo encaminhamento para outros níveis de atenção, assim como identificam a realização da busca ativa por este profissional.

Os indicadores qualitativos de integralidade denotam uma maior valorização pelas práticas de promoção à saúde pelos profissionais, fruto de uma visão ampliada sobre saúde, conforme apontado pelos mesmos no GF. No entanto, os profissionais do serviço de referência relataram realizar as ações de promoção ainda de forma individualizada, não se identificando ações intersetoriais para o processo de educação em saúde.

As usuárias ainda mantêm a visão limitada da saúde como ausência da doença, mas demonstraram ter conhecimento acerca do câncer cérvico-uterino. Isto pode ser resultante do trabalho de promoção à saúde executada pelos profissionais, já que eles demonstraram valorizar essas práticas.

As condições de registros nos estabelecimentos sugerem deficiências na continuidade da assistência, refletindo baixa qualidade técnico-científica. A importância da continuidade da assistência reside no fato de possibilitar a outro profissional da equipe de saúde, que atenda a um determinado usuário, conhecer as condutas tomadas pelos profissionais em atendimentos anteriores, assim como conhecer o histórico do usuário. Mostra o dia-a-dia dos atendimentos e o grau de importância dado pelo profissional a este aspecto assistencial. Donabedian¹⁶ considera os registros médicos como ponto chave para informar acerca do processo e seu resultado imediato; além disso evidencia a qualidade do atendimento.

No grupo focal os profissionais do serviço de referência informaram realizar o registro dos atendimentos em prontuários, em estatísticas de biopsia e de citologia. Relataram ainda possuir um revisor de prontuário. Parece, contudo, que este é ainda um trabalho mecânico, não sendo integrado ao ato de programar e executar as ações no nível local através de reuniões de equipe, análise clínicas de prontuário etc que evidencia o limite da capacidade técnica / qualidade da atenção.

A taxa de mortalidade apresentada pelo município em estudo no ano de 2002 (5,47) encontra-se acima dos valores médios encontrados no período de 1995-1999 para o estado do Rio de Janeiro, que foram 5,27 (taxa padronizada para a população mundial) e 4,36 (taxa padronizada para a população brasileira)²². Tal resultado sugere dificuldades na implementação do programa, e conseqüentemente no controle da doença.

A condição marcadora “câncer-cérvico-uterino” permitiu analisar todos os atributos da Atenção Básica selecionados: acessibilidade reduzida; falta de capacidade de planejamento, programação e gerência pela ausência do uso de indicadores de cobertura da população adscrita; deficiências do sistema que impedem a integralidade das ações, pois embora a rede se estruture numa tentativa de manter a integralidade, através de serviços de referência para níveis mais complexos de atenção, ficou evidenciado pelos dados do GF que existem muitas limitações; baixa qualidade-técnico-científica. Portanto, mulheres que apresentam alteração no resultado de seus preventivos ginecológicos encontram dificuldades em obter o tratamento adequado, o que possibilita a doença atingir estágios mais avançados, justificando a taxa de mortalidade encontrada como resultado.

Ao se avaliar processo e resultado através da condição marcadora, verifica-se que os indicadores, quando analisados em conjunto, permitiram construir um julgamento a respeito da Atenção Básica. Os dados qualitativos contribuíram muito para elucidar este ponto, pois através das falas dos atores envolvidos, evidenciaram-se os fatos facilitadores e as dificuldades para o funcionamento do sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pressuposto de que a condição marcadora escolhida era adequada ao objetivo por suas características institucionais e de normatização assistencial se confirmou. Analisando-se o conjunto de indicadores de processo, verifica-se que a condição

marcadora permitiu detectar a existência de deficiências na Atenção Básica prestada no Município 3.

A proposta de uso do câncer cérvico-uterino como condição marcadora mostrou-se satisfatória. Foi possível analisar o acesso e o fluxo das usuárias dentro do sistema de saúde, identificando pontos-chaves que apresentam falhas na Atenção Básica. A construção da matriz permitiu organizar os atributos da Atenção Básica, possibilitando relacioná-los aos indicadores de processo e resultado trabalhados no estudo. Esta relação entre os atributos e os indicadores possibilitou afirmar que existem deficiências na Atenção Básica que comprometem a acessibilidade, cobertura e adscrição, integralidade, continuidade técnico-científica e efetividade.

O estudo apresentou como limitação a falta de dados a respeito do seguimento das usuárias portadoras de câncer cérvico-uterino, pois não foi trabalhada nenhuma questão envolvendo o tema num dos cinco instrumentos do ELB-PROESF.

A avaliação a partir do uso de condição marcadora é um método de baixo custo. O método de triangulação, que se utiliza diversos instrumentos, mostrou a importância do aspecto qualitativo para uma melhor compreensão da realidade. Na prática, a avaliação a partir do uso de condições marcadoras poderia promover debates com profissionais e usuários para uma melhor análise dos dados quantitativos já produzidos.

REFERÊNCIAS

- ¹ Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* Rio de Janeiro 2004; 20 (Suppl. 2): S147-S173.
- ² Lopes RM, Vieira-da-Silva, LM, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2004; 20 (Suppl. 2): S147-S173.
- ³ Kessner DM; Kalk CE; Singer J. Assessing health quality- the case for tracers. *The New England Journal of Medicine* 1973; 288 (04): 189-93.
- ⁴ Travassos CMR. Tracer studies- a discussion of the method and of its application to health care evaluation in Brazil [Dissertação de Mestrado]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1985.
- ⁵ Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Santana JP (org.). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde*. Brasília: OPAS/ OMS (Representação Brasil); 1997. p.121-28.
- ⁶ Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública* Rio de Janeiro 2004; 20 (Suppl. 2): S147-S173.
- ⁷ Neto AA. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo 1991; 25 (4): 326-33.
- ⁸ Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/vivamulher_faseI.pdf.. (acessado em: 20/JUL/2005).
- ⁹ Bicalho SM, Aleixo JLM. O Programa “Viva Mulher”: Programa nacional de controle do câncer de colo uterino e de mama. *Revista Mineira de Saúde Pública* 2002; 01: 1-7.
- ¹⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
- ¹¹ Samico I; Hartz ZMA; Felisberto E; Frias PG. A sala de situação na Unidade de Saúde da Família: o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o Planejamento Estratégico Local. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro 2002; 26 (61): 236-244.
- ¹² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- ¹³ Marques RM, Mendes Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8 (2): 403-15.
- ¹⁴ Mendonça MHM, Najar A, Giovanella L, Tavares MFL, Vasconcellos MM, Baptista TWF, Machado CV, Andrade, CLT, Lima, LD *Relatório Síntese Estudo de Linha de Base em 22 Municípios de mais de cem mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro: Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família*. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ [Relatório de Pesquisa]. Rio de Janeiro, 2006.

- ¹⁵ Minayo MCS. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.19-51.
- ¹⁶ Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260 (12): 1743-8.
- ¹⁷ Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV (org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- ¹⁸ Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2004.
- ¹⁹ World Health Organization. National Câncer Control Programmes- policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva, 2002. <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>. (acessado em: 10/JAN/2007).
- ²⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Atenção Oncológica. Documento preliminar sobre indicadores de monitoramento das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil. Versão Preliminar Completa. Rio de Janeiro; 2005.
- ²¹ Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico SUS 1998; 7 (2): 7-28.
- ²² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância- Comprev. Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil 1979-1999. Rio de Janeiro: Inca, 2002. 412p. http://www.inca.gov.br/atlas/docs/Atlas_completo.pdf. (acessado em: 18/AGO/2005).

QUADRO 1: MATRIZ DE INDICADORES AVALIATIVOS CLASSIFICADOS POR TEMAS E FONTE DE DADOS

Tema	Indicador	Fonte/ Instrumento
Acesso	Realização do último exame ginecológico nos últimos 3 anos	ID
	Realização do exame preventivo no último exame ginecológico	ID
	Recebimento do resultado da última colpocitologia em menos de 1 mês	ID
	Adscrição da clientela e acessibilidade	GF
	Cobertura dos Programas	GF
Contexto Político Institucional	Desempenho do sistema e situação de saúde	GF
	Intersetorialidade	GF
Organização da Atenção Básica e PSF	Estabelecimentos segundo trabalho com clientela adscrita	IE
	Adscrição da clientela e acessibilidade	GF
	Capacidade de informar colpocitologias realizadas em 2003	IE
	Capacidade de informar colpocitologias realizadas em 2004	IE
	Capacidade de informar colpocitologias alteradas em 2003	IE
	Capacidade de informar colpocitologias alteradas em 2004	IE
	Acesso a serviços de referência para colpocitologia	IE
	Forma de acesso em caso de colpocitologia alterada	IE
	(laboratório informa resultado ao Centro de Saúde de origem, que possui referência formal para agendamento de consulta com especialista)	
	Percepção sobre o modelo de atenção adotado na Atenção Básica/PSF	GF
	Percepção sobre organização e hierarquização da rede/ integração dos serviços	GF
	Laboratório de patologia de referência para análise de colpocitologia	IE
	Serviços de referência para colpocitologia no município	IG
Serviços de referência para colpocitologia fora do município	IG	
Serviços de referência para colposcopia no município	IG	
Serviços de referência para colposcopia fora do município	IG	
Recursos Humanos	Proporção de vínculos de gineco-obstetras por total de médicos	IE
Perfil dos Serviços e Capacidade Instalada	Estabelecimentos com pronto atendimento em ginecologia	IE
	Estabelecimentos com ambulatório em ginecologia	IE
Integralidade Práticas de Atenção à Saúde	Estabelecimentos com coleta de citopatológico	IE
	Percepção sobre saúde	GF
	Práticas adotadas/ qualidade do cuidado com a saúde das pessoas	GF
	Informação/ Comunicação	GF
Condições de Registros nos Estabelecimentos	Prontuários com registro de realização de colpocitologia	AA
	Prontuários com presença do resultado do exame colpocitológico	AA
Mortalidade	Taxa de mortalidade por câncer de colo uterino em 2002	EC

Legenda:

ID: Inquérito Domiciliar

GF: Grupo Focal

IE: Inquérito nos Estabelecimentos

IG: Inquérito com o Gestor

AA: Análise dos Atendimentos

EC: Estudo Ecológico

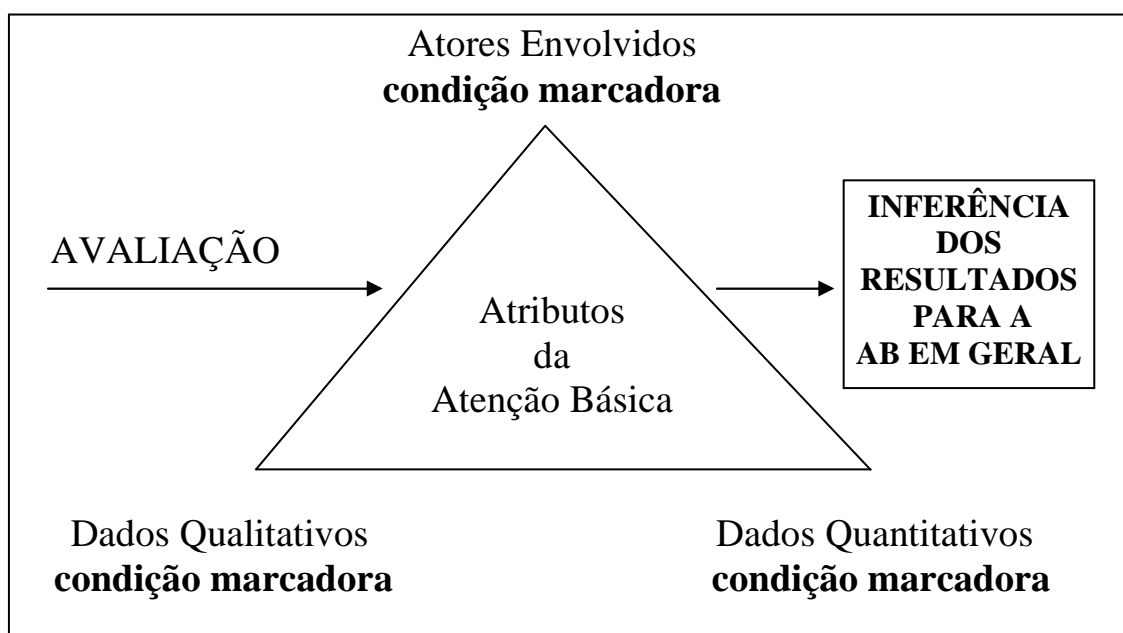
QUADRO 2: MATRIZ DE INDICADORES DE PROCESSO

<i>Sub-tema</i>	<i>Indicador</i>	
Acessibilidade	Realização do último exame ginecológico nos últimos 3 anos	88,3%
	Realização do exame preventivo no último exame ginecológico	93,3%
	Recebimento do resultado da última colpocitologia em menos de 1 mês	73,5%
	Adscrição da clientela e acessibilidade	Coleta de preventivo em diversos locais, dificultando seguimento da população adscrita
	Proporção de vínculos de gineco-obstetras por total de médicos	20%
	Estabelecimentos com pronto atendimento em ginecologia	66,7%
	Estabelecimentos com ambulatório em ginecologia	43,3%
Cobertura/ Adscrição	Cobertura dos Programas	Atendimento à população de municípios vizinhos
	Estabelecimentos segundo trabalho com clientela adscrita	93,3%
	Capacidade de informar colpocitologias realizadas em 2003	20%
	Capacidade de informar colpocitologias realizadas em 2004	26,7%
	Capacidade de informar colpocitologias alteradas em 2003	16,7%
	Capacidade de informar colpocitologias alteradas em 2004	20%
Integralidade	Intersetorialidade	Iniciativa inconstante de trabalho intersetorial
	Percepção sobre o modelo de atenção adotado na Atenção Básica/PSF	Usuárias identificam a busca ativa e possuem vínculo com a unidade
	Percepção sobre organização e hierarquização da rede/ integração de serviços	Reconhecimento do sistema de saúde em rede, porém com dificuldades de funcionamento
	Estabelecimentos com coleta de citopatológico	93,3%
	Percepção sobre saúde	Conceito ampliado de saúde
	Práticas adotadas/ qualidade do cuidado com a saúde das pessoas	Promoção à saúde individualizada
	Acesso a serviços de referência para colpocitologia	93,3%
	Laboratório de patologia de referência para análise de colpocitologia	93,3%
	Forma de acesso em caso de colpocitologia alterada (laboratório informa resultado ao Centro de Saúde de origem, que possui referência formal para agendamento)	93,3%
	Serviços de referência para colpocitologia no município	Sim
	Serviços de referência para colposcopia no município	Sim
	Desempenho do sistema e situação de saúde	Dificuldades para referência; inexistência de contra-referência

Continuidade/ Qualidade Técnico- Científica	Prontuários com registro de realização de colpocitologia	54,7%
	Prontuários com presença do resultado do exame colpocitológico	36,3%

QUADRO 3: MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADO

<i>Sub-tema</i>	<i>Indicador</i>	
Efetividade	Taxa de mortalidade por câncer de colo uterino	5,47

FIGURA 1: ESQUEMA DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

ATENÇÃO: AS NOTAS DE FIM NÃO PERTENCEM AO TRABALHO, SÓ ESTÃO AQUI PORQUE SE APAGAR OS NÚMEROS DAS REFERÊNCIAS VÃO SUMIR!

¹ Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: S147-S173, 2004.

² Lopes RM, Vieira-da-Silva, LM, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: S147-S173, 2004.

³ Kessner DM; Kalk CE; Singer J. Assessing health quality- the case for tracers. The New England Journal of Medicine, v.288, n.04, jan.25, 1973.

⁴ Travassos CMR. Tracer studies- a discussion of the method and of its application to health care evaluation in Brazil. London, 1985.

⁵ Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Santana JP (org.). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: OPAS/ OMS (Representação Brasil), 1997.

⁶ Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: S331-S336, 2004.

⁷ Neto AA. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 25(4): 326-33, 1991.

⁸ Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Disponível em: http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/vivamulher_faseI.pdf. Acesso em: 20/JUL/2005.

⁹ Bicalho SM, Aleixo JLM. O Programa “Viva Mulher”: Programa nacional de controle do câncer de colo uterino e de mama. In: Revista Mineira de Saúde Pública, n.01, ano 1, jan.-jun. 2002.

¹⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

¹¹ Samico I; Hartz ZMA; Felisberto E; Frias PG. A sala de situação na Unidade de Saúde da Família: o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como

instrumento para o Planejamento Estratégico Local. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.26, n.61, p.236-244, maio-ago.2002.

¹² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 40p.

¹³ Marques RM, Mendes Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? In: Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2): 403-415, 2003.

¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Controle do Câncer do Colo Uterino: Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo Uterino. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2001. 32p.

¹⁵ Carvalho JJM. Manual prático do HPV- papilomavírus humano. São Paulo: Instituto Garnet, 2004. 80p.

¹⁶ Trindade ES. Etiopatogenia, diagnóstico e estadiamento do colo do útero. In: Tratado de Ginecologia e Obsterícia Febrasgo. Vol.II. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

¹⁷ Hatch KD, Hacker, NF. Doença intra-epitelial do colo, vulva e vagina. In: Novak: Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

¹⁸ Andrade JM, Marana HRC. Lesões pré-neoplásicas do colo do útero. In: Tratado de Ginecologia e Obsterícia Febrasgo. Vol.II. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

¹⁹ Borges SCV, Melo VH, Junior GM, Abranches A, Neto JBL, Trigueiro MC. Taxa de captura do papilomavírus humano pela captura híbrida II, em mulheres com neoplasia intra-epitelial cervical. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 26(2): 105-110, 2004.

²⁰ Vacina contra HPV: mais uma arma para evitar esta doença. Disponível em: <http://www.gineco.com.br/vacinahpv.htm>. Acesso em 05/02/2007.

²¹ Pinho AA, Mattos MCFI. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. In: Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial. Rio de Janeiro, v.38, n.3, p.225-231, 2002.

²² Neto AR, Ribalta JCL, Focchi J, Baracat EC. Avaliação dos métodos empregados no programa nacional de combate ao câncer do colo uterino do Ministério da Saúde. RBGO, v.23, n.4, 2001.

²³ Costa CRP, Fernandes PA. Campanha nacional de combate ao câncer de colo uterino: a contribuição do laboratório de anatomia patológica da Santa Casa de Misericórdia de Passos (MG). Revista Brasileira de Cancerologia, 49(1): 33-37, 2003.

²⁴ Lewis MJ. A situational analysis of cervical cancer in Latin America and the Caribbean. Washington D.C.: PAHO, 2000. 40p. Disponível em:

²⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde,

2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. (acesso em: 20/07/2005).

²⁶ Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

²⁷ Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria/ SAS/ MS Nº408, de 30 de julho de 1999. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_prev_canc/SAS_P408_99prog_prev_canc.doc. Acesso em 05/11/2005.

²⁸ Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2.ed. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

²⁹ Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exiber.asp?cod_noticia=199. Acesso em 20/10/2005.

³⁰ Minayo MCS. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

³¹ Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV (org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

³² Donabedian A. An introduction to assurance in health care. Oxford University Press, 2003.

³³ Mendonça MHM, Najar A, Giovanella L, Tavares MFL, Vasconcellos MM, Baptista TWF, Machado CV, Andrade, CLT, Lima, LD Relatório Síntese Estudo de Linha de Base em 22 Municípios de mais de cem mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro: Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.

³⁴ Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

³⁵ Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol ZM, Filho NA. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

³⁶ Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA, sept. 23/30, 1988- vol.260, n.12.

³⁷ World Health Organization. National Câncer Control Programmes- policies and managerial guidelines. 2.ed.Geneva; 2002. <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>. (acessado em: 10/JAN/2007).

³⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Atenção Oncológica. Documento preliminar sobre indicadores de monitoramento das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil. Versão Preliminar Completa. Rio de Janeiro, 2005.

³⁹ Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: IESUS, VII (2), abr/jun, 1998.

⁴⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância- Comprev. Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil 1979-1999. Rio de Janeiro: Inca, 2002. 412p. Disponível em: www.inca.gov.br/atlas/docs/Atlas_completo.pdf. (acessado em: 18/AGO/2005).