HELENA AKEMI WADA | WATANABE

CAC

O PROCESSO DE CONTROLE DO CANCER CÉRVICO UTERINO NO
SISTEMA REGIONALIZADO E HIERARQUIZADO DE SAÚDE:
PROJETO COTIA, 1987 - 1989"

Dissertação apresentada ao Departamento
de Prática de Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para a
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública

Orientadora:
Profa. Dra. Sueli Gandolfi Dallari

São Paulo, 1992

A meus pais, Tadayosi e Norico
e a meu filho Gustavo

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi possível de ser realizado graças à contribuição de algumas instituições e pessoas, a quem quero deixar registrado meus sinceros agradecimentos:

A Profa. Dra. Sueli Gandolfi Dallari, minha orientadora, pela amizade, disponibilidade e incentivo constante;

Aos Profs. Carmen V. Unglert e Francisco B. Tancredi, pela atenção e pelas observações e críticas a este trabalho;

As amigas Cleide Lavieri Martins e Marie Azuma Rodrigues pelas suas sugestões e apoio neste processo;

Aos amigos Lavínia S. Oliveira, Sílvio Possa e José Carlos Rodrigues, pelas suas sugestões;

As colegas da Área de Enfermagem do Departamento de Prática de Saúde Pública pelo incentivo;

A Associação Hospital de Cotia, na pessoa da Dra. Lourdes de Freitas Carvalho e ao Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista, na pessoa do Dr. Sílvio Possa que permitiram a realização deste estudo;

As equipes técnicas e aos funcionários da Associação Hospital de Cotia, da Assistência Social Santo Antônio e das UBS's de Cotia, de Caucaia do Alto, de Vargem Grande Paulista e de Tijuco Preto pelas informações dadas e pela inestimável colaboração na coleta de dados;

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), que possibilitaram a realização deste trabalho;

Ao pessoal da biblioteca, do xerox, da gráfica e do áudio visual da Faculdade de Saúde Pública, pela sua atenção constante;

Ao pessoal da Seção de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública pela sua atenção e carinho;

A Fernanda Derntl, por sua ajuda na realização da versão do resumo;

E finalmente, a Douglas, por sua presença carinhosa, seu apoio, entusiasmo e participação em tudo que faço.

ÍNDICE

Resumo	vi
Summary	vii
Abreviaturas	viii
Relação de tabelas	ix
Relação de quadros	xi
Relação de figuras	xii
1. Introdução	1
2. Objetivos	6
3. Material e Método	8
4. Revisão Bibliográfica	19
4.1. Extensão de cobertura	20
4.2. O câncer cérvico-uterino	39
5. O Projeto Cotia	48
6. Discussão	120
7. Comentários Finais	138
8. Referências Bibliográficas	145
9. Anexos	153

RESUMO

Neste trabalho, procurou-se apresentar a interpretação teórica da estratégia de regionalização dos serviços de saúde e sua aplicação prática. O processo de controle do câncer cérvico-uterino desenvolvido no sistema regionalizado e hierarquizado de saúde do Projeto Cotia, que envolvia serviços privados filantrópicos e serviços públicos estaduais e municipais, permitiu acompanhar o atendimento da clientela desde a unidade básica de saúde até seu encaminhamento a serviços de nível terciário. Este estudo foi baseado em dados obtidos através de observação, entrevistas aos técnicos e em dados prospectivos obtidos nos prontuários de 2495 mulheres matriculadas nas unidades básicas de saúde do Projeto Cotia, no período de dezembro de 1987 a novembro de 1988 e seguidas até novembro de 1989. Através deste estudo, verificou-se que a regionalização da assistência implantada no Projeto Cotia seguia critérios tecnológicos e organizacionais, tentando garantir assistência de nível primário e secundário. Verificou-se ainda que, embora a estratégia de regionalização seja indicada para o aumento de cobertura, o acesso da clientela era seletiva, garantindo a matrícula das gestantes e das mulheres encaminhadas por médicos do Pronto Atendimento; a cobertura das atividades de controle do câncer cérvico-uterino sobre a população estudada foi de 40,6%. Das mulheres que passaram pelo processo de controle do câncer cérvico-uterino, 20% receberam alguma conduta a nível primário, 2% foram encaminhadas a nível secundário e 0,3% a nível terciário. Não se obteve dados sobre conduta tomada pelos serviços em 77,8% dos casos. A falta de registro em prontuários das condutas tomadas pela enfermagem e pelos médicos do pronto atendimento, o abandono de tratamento, o extravio de resultados de exames, a demora no seu recebimento (que chegou a ser de 3 meses) e as duas mudanças de laboratório de referência ocorridas durante a coleta de dados foram identificados como motivos da falta de dados referentes a condutas tomadas pelos serviços. Durante a realização deste trabalho ocorreu a municipalização dos serviços dos municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista. Este fato permitiu a realização de uma breve comparação do processo nos dois municípios que tinham formas diferentes de relacionamento com a SESSP e a AHC, instituição que coordenava o Projeto Cotia. A regionalização da assistência no Projeto Cotia e a política de municipalização dos serviços de saúde apontaram, na prática, alguns pontos críticos como: delimitação de região seguindo critérios político-administrativos; falta de um sistema formal de informação; e a elaboração de um plano de saúde único para uma região que envolvia mais de um município, uma vez que cada um tem autonomia para elaborar o seu próprio.

SUMMARY

This paper concerns about the theoretical interpretation of health care regionalization strategy and its practical application. The cervix uteri cancer control process developed in the decentralized health system of the Cotia Project, that involved private philanthropic services and state and municipal public services, enabled the author to follow the care delivered, right from the enrollment at the basic health unit until the referral process to the other levels of the health care system. This report was based on data obtained through observation of services, interview of staff and prospective data obtained from medical registers of 2495 women who were enrolled at basic health units during the period of December, 1987 and November, 1988 and followed until November, 1989. The results showed that the health care regionalization undergone in the Cotia Project observed technological and organizational criteria. It assured health care at primary and secondary levels. The author also observed that although the regionalization strategy is recommended to extend coverage, access was selective. It guaranteed expectant mothers and women referred by physicians from first aid services belonging to the basic health centers. Coverage of cervix uteri cancer prevention activities regarding the studied population was about 40.6%. Of these women, 20% received procedures at primary care level, 2% were referred to secondary care level and 0.3% to tertiary care level. No data was available as to procedures undergone in 77.8% of the cases. The main causes of deficiency of data on procedures were due to lack of registry on behalf of nursing personnel and physicians, treatment abandon, exams' results loss and delay (almost 3 months) on receiving them. During the period when data was being collected, the referral laboratory was twice changed and this fact concurred to the lack of certain data. The municipalization of the health services of Cotia and Vargem Grande Paulista counties occurred during this study. This allowed the author to compare the process that developed in these two counties that had different relationship with the State Health Department and the Associação Hospital de Cotia, the institution that coordinated the Cotia Project in these days. Health care regionalization in the Cotia Project and health services municipalization politics pointed out some critical issues: the use of political and administrative criteria to limit the region, the lack of a formal information system, and the difficulty to develop a unique health plan for a region that envelops more than one county, as each of them detains legal autonomy to elaborate its own.

ABREVIATURAS

AHC	Associação Hospital de Cotia
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAH	Coordenadoria de Assistência Hospitalar
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CPMS	Coordenadoria do Plano Metropolitano de Saúde
CS	Centro de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
ERSA	Escritório Regional de Saúde
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FSP	Faculdade de Saúde Pública
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
OPS	Organização Panamericana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PCCCU	Processo de Controle do Câncer Cérvico-Uterino
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIDA-IS	Programa de Integração Docente Assistencial de Itepecerica da Serra
SESSP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

RELAÇÃO DE TABELAS

Tabelas	página
Tabela 1: Indicadores de Saúde, Cotia 1970-1982.	60
Tabela 2: Principais causas de mortalidade infantil nos municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista, 1970, 1976, 1980 e 1982.	63
Tabela 3: Distribuição do número e porcentagem da mulheres matriculadas no Ambulatório da ASSA no período de Dezembro de 1987 à novembro de 1988, segundo faixa etária e motivo de matrícula.	78
Tabela 4: Distribuição do número e porcentagem da mulheres cadastradas no Ambulatório da ASSA conforme intervalo de tempo entre a sua matrícula e o primeiro atendimento no processo de controle do câncer cérvico-uterino e o motivo de sua matrícula. Dezembro de 1987 a novembro de 1989.	80
Tabela 5: Distribuição do número e porcentagem das mulheres matriculadas na UBS de Cotia no Período de dezembro de 1987 a novembro de 1988 segundo faixa etária e motivo de matrícula.	88
Tabela 6: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas na UBS de Cotia conforme intervalo de tempo entre a sua matrícula e o primeiro atendimento no processo de controle do câncer cérvico-uterino e o motivo de sua matrícula. Dezembro de 1987 a novembro de 1989.	89
Tabela 7: Distribuição do número e porcentagem das mulheres matriculadas na UBS de Caucaia do Alto no Período de dezembro de 1987 a novembro de 1988 segundo faixa etária e motivo de matrícula	98
Tabela 8: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas na UBS de Caucaia do Alto conforme intervalo de tempo entre a sua matrícula e o primeiro atendimento no processo de controle do câncer cérvico-uterino e o motivo de sua matrícula. Dezembro de 1987 a novembro de 1989.	99

Tabelas

página

- Tabela 9: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas na UBS de Vargem Grande Paulista no Período de dezembro de 1987 a novembro de 1988 segundo faixa etária e motivo de matrícula. 106
- Tabela 10: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas na UBS de Vargem Grande Paulista conforme intervalo de tempo entre a sua matrícula e o primeiro atendimento no processo de controle do câncer cérvico-uterino e o motivo de sua matrícula. Dezembro de 1987 a novembro de 1989. 108
- Tabela 11: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas na UBS de Tijuco Preto no Período de dezembro de 1987 a novembro de 1988 segundo faixa etária e motivo de matrícula. 113
- Tabela 12: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas na UBS de Tijuco Preto conforme intervalo de tempo entre a sua matrícula e o primeiro atendimento no processo de controle do câncer cérvico-uterino e o motivo de sua matrícula. Dezembro de 1987 a novembro de 1989. 115
- Tabela 13: Distribuição do número e porcentagem das mulheres matriculadas nas unidades do Projeto Cotia no período de Dezembro de 1987 à novembro de 1988, segundo unidade e motivo de matrícula.
- Tabela 14: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas nas unidades do Projeto Cotia segundo unidade e informação de realização de exame colpocitológico ou outro para a prevenção do câncer cérvico-uterino registrado em prontuário. Projeto Cotia, dezembro de 1987 à novembro de 1989. 119
- Tabela 15: Distribuição do número e porcentagem dos resultados de exames colpocitológicos realizados pelas mulheres cadastradas no Projeto Cotia segundo unidade. Projeto Cotia, dezembro de 1987 a novembro de 1989. 121

RELAÇÃO DE QUADROS

Quadros	página
Quadro 1: Setores do Projeto Cotia, suas unidades, serviços e programas em andamento, Cotia, 1987.	66
Quadro 2: Cobertura das atividades do processo de controle do câncer cérvico-uterino conforme unidade e motivo de matrícula das mulheres cadastradas no Projeto Cotia no período de dezembro de 1987 a novembro de 1988.	120

RELAÇÃO DE FIGURAS

Figura	Página
Figura 1: Projeto Cotia, regionalização.	54
Figura 2A: Pirâmide populacional por sexo e faixa etária. Município de Cotia, 1980	58
Figura 2B: Pirâmide populacional por sexo e faixa etária. Municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista, 1985.	58
Figura 3: Crescimento vegetativo, migratório e total. Município de Cotia, 1975 a 1980.	59
Figura 4: Curva de mortalidade proporcional. Cotia, 1980	61
Figura 5: Curva de mortalidade proporcional. Cotia e Vargem Grande Paulista, 1984	63
Figura 6: Fluxograma da clientela no processo de controle do câncer cérvico-uterino no Projeto Cotia, 1989.	68
Figura 7: Número e porcentagem de mulheres cadastradas no Ambulatório da ASSA e submetidas a condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino. Cotia, dezembro de 1987 a novembro de 1988	82
Figura 8: Número e porcentagem de mulheres cadastradas na UBS de Cotia e submetidas a condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino. Cotia, dezembro de 1987 a novembro de 1988	93
Figura 9: Número e porcentagem de mulheres cadastradas na UBS de Caucaia do Alto e submetidas a condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino. Cotia, dezembro de 1987 a novembro de 1988	103
Figura 10: Número e porcentagem de mulheres cadastradas na UBS de Vargem Grande Paulista e submetidas a condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino. Vargem Grande Paulista, dezembro de 1987 a novembro de 1988	112
Figura 11: Número e porcentagem de mulheres cadastradas na UBS Tijuco Preto e submetidas a condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino. Vargem Grande Paulista, dezembro de 1987 a novembro de 1988	119

1. INTRODUÇÃO

A regionalização da assistência à saúde tem sido considerada uma estratégia para o aumento da cobertura das necessidades de saúde da população desde 1920, quando foi publicado o Relatório Dawson¹⁹.

Esta estratégia traz consigo características como delimitação de região, acessibilidade, resolubilidade e hierarquização dos serviços com o estabelecimento de estrutura de autoridade e responsabilidade que devem ser devidamente efetivadas e controladas.

Entretanto, atualmente são escassos os dados e estudos referentes à operacionalização da regionalização da assistência e às suas características, que são primordiais para uma análise da cobertura real e para a elaboração de programas de saúde.

Visando conhecer o processo de atendimento nas unidades de um sistema regionalizado e hierarquizado de assistência à saúde, as causas de encaminhamentos a outros serviços e o sistema de referência e contra referência entre as diversas unidades, do nível de assistência primária à terciária, optou-se por estudar o processo de controle do câncer cérvico-uterino no Projeto Cotia.

A opção pelo Projeto Cotia deveu-se ao fato do mesmo ter, em 1987, seus serviços regionalizados e contar com quatro unidades ambulatoriais gerais periféricas e uma unidade mista. As unidades ambulatoriais se comportavam como porta de entrada da população de sua área de abrangência no Sistema de Saúde e procuravam resolver, numa visão de assistência integral, os problemas de saúde dentro de sua competência, encaminhando a outros níveis aqueles de maior complexidade. A unidade mista podia ser identificada como

referência no Projeto, por centralizar algumas atividades a nível ambulatorial que não eram realizadas nas unidades periféricas, além das atividades desenvolvidas naquelas unidades e contar com uma unidade hospitalar geral com serviços de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Gineco-Obstetrícia e Pediatria, além do Pronto Atendimento.

Acrescenta-se ainda como justificativas, a função docente assistencial exercida pela Faculdade de Saúde Pública - USP dentro do Projeto Cotia desde 1980 e o fato da pesquisadora ter trabalhado no Projeto Cotia no período de 1983 a 1985.

Dentre as doenças cujo processo de tratamento utilizavam todos os níveis de referência e que podiam ser diagnosticadas nos serviços do Projeto Cotia, destacam-se as abaixo relacionados e suas ocorrências:

- Pré-natal patológico: número reduzido de casos são encaminhados ao nível terciário, sendo estes, na sua grande maioria, para a realização de exames complementares como a ultrassonografia;
- Doenças transmissíveis: doenças diversas como o sarampo, a rubéola, a tuberculose e a hanseníase, que são tratadas a nível do próprio Projeto. Poucos casos são encaminhados ao nível terciário, como por exemplo, as meningites;
- Doenças cárdio-vasculares: como a insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial e os acidentes vasculares cerebrais correspondem a um grande número de casos, aproximadamente 70% da clientela maior de 18 anos, segundo estimativas do serviço; e
- Alguns tipos de câncer: número absoluto pequeno, mas significativo para o serviço.

Dentro desse conjunto de processos patológicos, optou-se pelo processo de controle do câncer cérvico-uterino por ser uma patologia que permitiria o acompanhamento de todo o processo pelo qual a clientela passava desde o nível de assistência primária até a terciária e por ter uma relevância para os serviços de Cotia devido ao elevado número de casos diagnosticados no Projeto, isto é, 13 casos de carcinoma de colo uterino em 1985 em um rastreamento realizado em 3061 mulheres (a), isto é, 1 caso para cada 230.76 mulheres atendidas (ou 424,69 casos por cem mil mulheres atendidas). Se tomarmos a população feminina maior de 15 anos para o mesmo ano por base, isto é, 20.548 mulheres segundo estimativas do SEADE, teremos uma incidência de 63,27 casos por cem mil mulheres maiores de 15 anos.

Outro fator a ser considerado é a existência de uma padronização para o controle do câncer cérvico uterino. O mesmo compreende o diagnóstico através de *screening*, o tratamento de patologia ginecológica inflamatória e o seu seguimento; o diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos de displasias e neoplasias cérvico-uterinas.

Este trabalho foi dividido em dois grandes capítulos. No primeiro apresentamos o referencial teórico referente à regionalização da assistência, fazemos um rápido apanhado das políticas de saúde no Brasil e colocamos algumas referências sobre o processo de controle do câncer cérvico-uterino. No segundo

(a) RELATÓRIO breve sobre as atividades de detecção do câncer de colo uterino realizadas na Unidade Integrada de Cotia, encaminhado à SESSP em junho de 1986. (mimeografado).

Neste relatório, o supervisor informa que não havia triagem prévia dos casos, e que uma possível explicação para o elevado número de casos encontrados foi a generalização do atendimento à população adulta.

apresentamos os resultados encontrados, isto é, o Projeto Cotia como um todo, seu histórico, a estrutura de regionalização dos serviços e o processo de controle do câncer cérvico-uterino ali desenvolvido no período de dezembro de 1987 à novembro de 1989.

Durante a realização desse trabalho houveram mudanças na política de saúde que nos levaram à uma reflexão sobre a questão da regionalização da assistência e da municipalização. Estas reflexões são apresentadas nas considerações finais.

2. OBJETIVOS

2. Objetivo

2.1. Geral

Descrever e discutir a aplicação prática de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, através da descrição do processo de controle do câncer cérvico uterino no sistema de saúde do Projeto Cotia.

2. Objetivos

2.2. Específicos

- Descrever o Projeto Cotia e a estrutura dos serviços que o compõem para o desenvolvimento das atividades de controle do câncer cérvico-uterino;
- Identificar as atividades de controle do câncer cérvico-uterino implantadas nas diversas unidades do projeto Cotia, comparando-as àquelas preconizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
- Identificar a rotina de atendimento, os recursos humanos e materiais envolvidos no processo de controle do câncer cérvico-uterino;
- Identificar o fluxo de atendimento da clientela, desde sua captação nas unidades básicas de saúde, até seu encaminhamento a outros níveis de assistência.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Forma de Abordagem

Neste trabalho pretendeu-se apresentar a interpretação teórica da estratégia de regionalização dos serviços de saúde e sua aplicação prática a partir do estudo do processo de controle do câncer cérvico-uterino no Projeto Cotia.

3.2. Area de Estudo e População

A área de estudo foi constituída pelas unidades ambulatoriais e pelo hospital regional que compõem o Projeto Cotia que se localiza na região Metropolitana de São Paulo.

A população a que se refere este trabalho é aquela constituída pela clientela feminina maior de 15 anos que se matriculou nas cinco unidades ambulatoriais do Projeto Cotia, a saber: Ambulatório da ASSA, UBS de Cotia, UBS de Caucaia do Alto, UBS de Vargem Grande Paulista e UBS de Tijuco Preto, no período de 1º de dezembro de 1987 à 30 de novembro de 1988. Este grupo foi estabelecido por que não haviam dados referentes a necessidades totais, cobertura dada por outros serviços, cobertura dada pelo Projeto Cotia, número de mulheres matriculadas nesta faixa etária e demanda reprimida.

3.3. Diagrama de atendimento da cliente

No diagrama em anexo, apresenta-se o fluxo de atendimento da clientela no Projeto Cotia, destacando-se os pontos onde foi coletada, de forma prospectiva, parte das informações e os instrumentos de coleta específicos a cada um desses pontos de coleta, caracterizando-os em cadastro, entrevista e registros.

Devemos esclarecer que por "conduta 1" consideramos a realização ou não de exame ginecológico acompanhado da coleta de material para exame colpocitológico, registrado no prontuário pelo médico consultante.

Por "conduta 2", entendemos a realização de colposcopia e/ou biópsia na unidade ambulatorial de referência, e por "conduta 3" e "conduta 4" a realização de cirurgias ou outros tratamentos a nível secundário e terciário de assistência, respectivamente.

3.4. Instrumentos para Coleta de Dados

3.4.1. Entrevistas com os diretores de unidades e observação das mesmas objetivando complementar e confirmar dados que a pesquisadora já possuía sobre a unidade: sua estrutura física, de recursos humanos e de materiais; área de atuação; população alvo; programas desenvolvidos; rotinas de atendimento; conhecer as atribuições dos vários elementos da equipe de saúde ao longo do processo de controle do câncer cérvico-uterino, revisar o "Diagrama do Processo" e conhecer

LEGENDA

UNIDADE

DECISÃO

ESPERA

REGISTRO

FLUXO DA CLIENTE

— FONTE DE INFORMAÇÃO

(---)

ESTIMATIVA DO Nº DE CLIENTES
BASE 13
3.000 EM 1986
(Fonte: SAME Projeto Cotia - 1985)

a proposta de trabalho de cada unidade no tocante ao referido processo. (anexo 6)

3.4.3. Entrevistas com os médicos ginecologistas do Projeto Cotia visando conhecer o programa de controle do câncer cérvico-uterino implantado no Projeto como um todo (anexo 7).

3.4.4. Cadastro de todas as mulheres maiores de 15 anos matriculadas nas unidades ambulatoriais do Projeto Cotia e daquelas encaminhadas aos níveis de assistência secundária e terciária para acompanhamento dos casos (Anexo 1).

3.4.5. Registro de atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde junto à clientela objetivando conhecer a clientela atendida no processo de controle do câncer cérvico-uterino e as condutas tomadas pelas unidades (a nível da própria unidade e encaminhada a outros níveis de assistência) no período de dezembro de 1987 à novembro de 1989 (Anexos 2 a 5).

3.5. Coleta de Dados

Os dados foram coletados da seguinte forma:

- entrevistas pela pesquisadora;
- registro, por parte dos funcionários do Projeto Cotia, em formulários específicos, de dados existentes nos livros de matrículas, nos prontuários médicos e nos cadernos de resultado de biópsias realizadas, com supervisão mensal da pesquisadora;

- sumarização dos dados anteriormente mencionados;
- observação e participação nas atividades desenvolvidas e demais dados necessários à consecução do trabalho pela pesquisadora.

Durante a realização deste estudo ocorreu a municipalização dos serviços de saúde de Cotia e de Vargem Grande Paulista. Assim, decidimos realizar, posteriormente à coleta dos dados, entrevistas com os diretores das UBS's de Caucaia do Alto e de Vargem Grande Paulista, visando obter dados referentes ao processo de municipalização dos serviços de saúde que compõem o Projeto Cotia. (anexo 8)

O levantamento de dados constou de entrevistas a diretores de unidades, médicos ginecologistas do Projeto; cadastramento das mulheres maiores de 15 anos que se matricularam no período de 1º de dezembro de 1987 a 30 de novembro de 1988, nas cinco unidades ambulatoriais do Projeto Cotia e dados sobre seu acompanhamento no processo de controle do câncer cérvico-uterino até 30 de novembro de 1989.

As entrevistas aos diretores e aos ginecologistas do Projeto Cotia foram realizadas antes da coleta de dados, no período de outubro e novembro de 1987 utilizando-se os roteiros em anexo (anexo 6 e 7). Elas foram conduzidas nas próprias unidades durante o período de funcionamento, o que causou várias interrupções. As respostas foram anotadas pela pesquisadora durante estas interrupções e/ou imediatamente após a realização da entrevista.

Através das entrevistas aos diretores das unidades básicas do Projeto Cotia pudemos complementar os dados que possibilitaram conhecer a estrutura das unidades que compõe o Projeto Cotia, quais os recursos disponíveis, identificar as atividades do processo de controle do câncer cérvico-uterino implantadas nas unidades, como se dava a entrada da clientela nos serviços e qual era o fluxo de atendimento no processo de controle do câncer cérvico-uterino. As entrevistas permitiram também conhecer a hierarquização dos serviços e o sistema de referência e contra-referência.

A entrevista aos ginecologistas do Projeto Cotia permitiu identificar a existência de uma programação única para a prevenção do câncer cérvico-uterino e quais as atribuições de cada unidade nesta atividade.

Os dados coletados no "Cadastro" foram os de identificação: número de ficha família e número de registro, já que os prontuários eram localizados nos diversos Serviços de Arquivo Médico e Estatística (SAME) através de um ou outro desses números, nome, data de nascimento, motivo de matrícula da cliente, que tanto poderia se, o controle pré-natal, um programa consolidado a nível de saúde pública, como o chamado programa de saúde do adulto, que nas unidades do Projeto Cotia englobava os atendimentos realizados a maiores de 14 anos nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, saúde mental, fisioterapia e odontologia.

Em relação ao processo de controle do câncer cérvico-uterino foram coletados dados registrados em prontuários, a saber:

- data em que a mulher teve seu primeiro contato com atividades previstas na prevenção do câncer cérvico-uterino, resultados de seu exame colpocitológico e teste de Schiller (Anexo 3);
- condutas tomadas pelos serviços frente aos resultados de exame: repetir exames, tratamento a nível da própria unidade, encaminhamento a outros serviços - a qual serviço, por que e qual a forma de encaminhamento utilizada (Anexo 4);
- resultado de colposcopia e biópsia (Anexo 5);
- condutas tomadas pelas unidades de referência do Projeto Cotia frente ao encaminhamentos recebidos (Anexo 6);
- motivo de não realização de algumas das atividades previstas (coleta de material para exame colpocitológico, colposcopia e biópsia, cirurgia): falta de recursos humanos, falta de material, defeito em equipamento, causa ligadas à cliente (recusa, gravidez de alto risco, condições físicas desfavoráveis, etc.) e devido ao fato da cliente ter passado por atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino anteriormente à matrícula nas unidades do Projeto (Anexo 7).

Os instrumentos de coleta de dados referentes à clientela foram testados durante o período de agosto à outubro de 1987, na UBS de Caucaia do Alto, que foi escolhida através de sorteio.

Através deste teste, verificamos que a coleta de dados deveria ser feita diariamente no que diz respeito ao cadastro e à caracterização sócio-econômica, evitando assim, que o prontuário fosse solicitado ao SAME apenas para este fim. A coleta de dados referentes ao processo de controle do câncer cérvico-uterino também

deveria ser realizada diariamente, de preferência pelo pessoal escalado na atividade de pós consulta, pois este pessoal tinha contato com a cliente e seu prontuário imediatamente após seu atendimento médico, psicológico ou de enfermagem.

Verificamos também que o resultado de exames específicos, colpocitologia e biópsias e os exames laboratoriais rotineiros (por exemplo: tipagem sanguínea, protoparasitológico, urina I), por serem encaminhados a laboratório de referência da SESSP, demoravam aproximadamente um mês para serem entregues na unidade. Os exames rotineiros, em caso de urgência, podiam ser realizados no laboratório do Projeto e o intervalo de recebimento dos resultados, nessa hipótese se reduzia para um à 15 dias.

Para evitar alterações na rotina de atendimento do serviço, optou-se por coletar os dados fora de horário de expediente dos funcionários.

Durante o mês de novembro de 1987, realizamos a seleção e o treinamento do pessoal que ficaria responsável pela coleta de dados nas cinco unidades ambulatoriais do Projeto. O pessoal selecionado tinha primeiro grau completo e trabalhava nos serviços de enfermagem e nos SAME's das unidades do Projeto Cotia há pelo menos um ano.

A coleta de dados sobre o processo de controle do câncer cérvico-uterino ocorreu conforme a seguinte programação:

- observação e participação nas atividades do processo de controle do câncer cérvico-uterino desenvolvidas nas unidades nos meses de dezembro de 1987 e de janeiro à junho de 1988;

- realização de cadastro e da coleta de dados para a caracterização sócio-econômica da clientela no período de de 1º de dezembro de 1987 a 30 de novembro de 1988;
- acompanhamento do processo de controle do câncer cérvico-uterino no período de 1º de dezembro de 1987 a 30 de novembro de 1989.

Optamos por realizar o acompanhamento do processo de controle do câncer cérvico-uterino por pelo menos um ano após a matrícula da última mulher cadastrada para evitar possíveis perdas, uma vez que o Projeto Cotia prevê a realização de atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino no primeiro ano após a matrícula, quer no programa de saúde do adulto, quer no controle pré-natal (até o sexto mês de gestação ou a partir do segundo mês do período puerperal).

Além do exposto, devido à rotatividade de funcionários para a operacionalização da coleta de dados a cada 6 meses, para não caracterizar vínculo empregatício, e o afastamento de alguns para a realização de curso de auxiliar de enfermagem, foi necessário realizar treinamentos isolados para a coleta de dados. Paralelamente, a mudança de escala de serviço na UBS de Cotia a cada 2 ou 3 meses, trouxe a necessidade de se coletar os dados em dias posteriores ao atendimento uma vez que o funcionário selecionado para a operacionalização da coleta não tinha acesso imediato ao prontuário da mulher cadastrada.

A municipalização dos serviços de saúde nos levou a realizar uma segunda entrevista com os diretores das unidades, com a finalidade de conhecer os antecedentes que facilitaram e dificultaram o processo de municipalização e verificar qual a

interferência que modificações político-administrativas podem exercer sobre o nível operacional(anexo 8).

Esta segunda entrevista com os diretores das unidades e o Diretor do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista foi realizada posteriormente à coleta de dados sobre o processo de controle do câncer cérvico-uterino.

Os dados coletados sobre o processo de controle do câncer cérvico-uterino foram arquivados em disketes através da utilização do programa DBaseIII e tabulados conforme a necessidade.

No capítulo de resultados apresentamos a estrutura do Projeto Cotia, as características de cada unidade e os dados sobre o processo de controle do câncer cérvico-uterino. A apresentação destes dados é feita por unidade através de tabelas e esquemas simplificados para melhor entendimento do processo de controle do câncer cérvico-uterino.

4. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

4.1. Extensão de Cobertura

A saúde é um direito de cidadania e um dever do Estado.

O estatuto da cidadania implica a igualdade que se estabelece, em um dado momento, entre todos os integrantes de uma sociedade, que contraem e passam a obedecer às mesmas normas no que diz respeito ao trabalho, à propriedade e ao consumo de cada um. Assim, o direito à saúde é concebido como a possibilidade efetiva de que todos os cidadãos gozem de cuidados de saúde essencialmente semelhantes e tenham acesso a qualquer instituição prestadora desses serviços¹¹.

Este direito tem sido reconhecido internacionalmente e está expresso em documentos oficiais da Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS) e de vários países, entre eles, o Brasil.

A desigualdade da saúde dos ricos e dos pobres, a concentração de serviços de saúde nos grandes centros urbanos e a carência dos mesmos em outras regiões levou os países a se proporem a um esforço para "propiciar serviços essenciais de saúde, de cobertura universal e alcançar a meta de saúde para todos no ano

2000", garantindo acesso igual a bens e serviços que condicionam a saúde^{24,31}.

"A acessibilidade é uma característica dos serviços de saúde e é algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso em um certo lugar e em um dado momento. Compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o uso por parte dos clientes potenciais" (b). É um reajuste funcional entre a população, as instalações e os recursos médicos.

Segundo a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde²⁴, a acessibilidade implica a "prestação contínua e organizada de serviços a que toda a comunidade tenha fácil acesso geográfico, financeiro, cultural e funcional. Por acessibilidade geográfica, entende-se uma distância, o tempo necessário para cobri-la e meios de transporte aceitáveis para a população. Por acessibilidade financeira, entende-se que o custo dos serviços está ao alcance da comunidade e do país. Por acessibilidade cultural, que os métodos técnicos e administrativos utilizados estão em consonância com os padrões culturais da comunidade. Por acessibilidade funcional, entende-se a disponibilidade contínua de serviços apropriados a quem deles necessitar, e proporcionados pela equipe de saúde indicada para a sua adequada prestação".

Entendendo-se que a cobertura implica a relação entre as necessidades e as aspirações da população e os recursos disponíveis²⁴, e visando a cobertura universal dos serviços de saúde, elaboraram-se algumas estratégias, entre as quais destaca-se a regionalização e a hierarquização da assistência.

(b) DONNABEDIAN, A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Harvard University Press, 1973. Citado por FRENK, J.M. El concepto de la medición de accesibilidad. Salud publ. Mex., 27 (5): 438-53, 1985.

A. Regionalização dos serviços de Saúde

A estratégia de regionalização dos serviços de saúde como forma de melhor coordenar os aspectos preventivos e terapêuticos numa zona específica foi recomendada, em 1920, pelo Conselho Consultivo Médico do Ministério da Saúde da Inglaterra através do Relatório Dawson³². Este foi o primeiro documento oficial a propor uma nova organização dos serviços médicos, tornando-os acessíveis à toda a população. Esta nova forma de organização previa a implantação de um programa de "cuidados primários" numa área restrita e com população delimitada, em estabelecimentos denominados "centros primários de saúde". Estes serviços estariam a cargo de médicos generalistas e ofereceriam os serviços de medicina curativa e preventiva no atendimento das famílias de uma região específica. Um grupo de centros primários de saúde deveria ter um centro secundário de saúde como base. Estes por sua vez deveriam ter um vínculo com um hospital de distrito, capaz de resolver os problemas de rotina dessa área. Esse hospital de distrito estaria ligado a um hospital especializado que atenderia os casos mais complicados^{33, 43, 44}.

A.1. Introdução aos Conceitos de Regionalização

A regionalização é um "processo complexo de descentralização técnica e administrativa, que compreende o estabelecimento de níveis de atendimento, desde o centro primário de saúde da comunidade até o hospital geral e as policlínicas

especializadas, a nível intermediário, para alcançar seu desenvolvimento máximo nos hospitais de referência e centros médicos altamente especializados¹¹. O conjunto destes níveis de atendimento constitui o sistema regional de assistência médica, que deve ser parte integrante de um Sistema Nacional de Saúde¹².

A estratégia de regionalização "significa desenvolver um programa integrado de saúde dentro de uma área claramente delimitada, cuja geografia seja propícia às atividades que se pretende realizar e cuja população justifique, por seu número, o estabelecimento de um conjunto de instituições capazes de ministrar todos, ou quase todos os cuidados de saúde que a comunidade requer¹³.

"O sentido da regionalização tem sido o de proporcionar a organização racional de diferentes serviços, através da coordenação de unidades operativas e atividades num sistema de complexidade crescente e interdependente, a partir da atenção primária de saúde¹⁴.

"É uma estratégia de descentralização técnico-administrativa, que permite a extensão da cobertura através da melhor utilização dos recursos de saúde e da concentração de recursos altamente especializados na assistência ao paciente crítico¹⁵.

Para se conceituar regionalização torna-se necessário esclarecer o significado de "descentralização". A descentralização implica a autonomia, isto é, governo próprio, das entidades descentralizadas. Nos países federados, como o Brasil, encontra-se o mais alto grau de descentralização política. As unidades

federadas dispõe de poder de autogoverno e de auto-organização, gozando de autonomia constitucional e legislativa ^{15,17}. A Constituição federal estabelece os limites dessa autonomia. Deve-se distinguir descentralização e a chamada "descentralização administrativa", que no direito público é denominado desconcentração¹⁷.

A desconcentração é um processo eminentemente administrativo, no qual um determinado governo "distribui competências decisórias no seio de uma mesma pessoa jurídica de direito público"¹⁸ sem dar autonomia legislativa à unidade.

Para que o processo de descentralização possa tornar-se efetivo, Lordello de Mello¹⁶ coloca sete estratégias básicas: a mobilização para que a vontade e a decisão políticas, que são indispensáveis ao processo, sejam manifestadas; a atribuição de funções e responsabilidades que permitam aos governos locais exercer seu papel no processo de desenvolvimento; a alocação de recursos financeiros compatíveis com o papel dos governos locais; a execução gradual de determinados aspectos do processo; a assessoria técnica aos governos locais para que as novas atribuições sejam exercidas corretamente; o estímulo ao exercício de suas novas responsabilidades; e finalmente, se necessário, o estabelecimento de mecanismos de responsabilidade pública ou política das autoridades locais.

Num sistema de saúde regionalizado, a regionalização dos serviços de saúde tem por objetivo oferecer serviços de saúde à população, com técnicas apropriadas, coordenando os recursos humanos e materiais disponíveis da região, a fim de obter sua

melhor utilização, evitando duplicação e permitindo a acessibilidade de toda a população, sem discriminações, aos estabelecimentos de saúde localizados na região e consolidar programas locais e a nível intermediário⁴¹.

A regionalização dos serviços de saúde, para ser devidamente implantada, tem algumas características que devem ser efetivadas e controladas. As principais são:

a. Delimitação de Região

A subdivisão do território é o primeiro componente da regionalização e deve atender certos critérios como o tamanho, a natureza e direção dos fluxos pois definem as relações funcionais dentro da região), a divisão político-administrativa, a homogeneidade de grupos populacionais, as características de distribuição de população e infra-estrutura de serviços existentes⁴².

b. Acessibilidade

A acessibilidade implica a prestação contínua e organizada de serviços para que toda a comunidade tenha acesso geográfico, econômico, cultural e funcional⁴³, como colocou-se anteriormente.

Por acessibilidade geográfica entende-se não só a distância média entre as residências da população e os serviços de saúde instalados em quilômetros, mas também em tempo que o usuário dispenderia no transporte⁴⁴, o ideal seria de 20 a 30 minutos⁴⁵.

c. Auto-suficiência

A região de saúde deve ter capacidade de garantir tanto o acesso aos serviços como a continuidade da assistência⁴⁶, ⁴⁷, provendo

serviços preventivos e curativos necessários à solução de quase a totalidade das necessidades de saúde da população ali residente. Quando esgotada a sua capacidade para solucionar os problemas, deve ter também a capacidade de encaminhá-los ao nível superior^{4, 9, 13}.

d. Hierarquização dos Serviços

Os serviços devem estar organizados em níveis desde a periferia até os centros de influência e referência político-econômico-cultural^{19, 25}. Uma vez definida a região, os serviços, o pessoal e a comunidade devem ser organizados dentro de uma hierarquia com base no grau de complexidade de atendimento, frequência e extensão da utilização e tamanho da população servida^{4, 13}.

e. Estrutura de Autoridade e Responsabilidade

O conceito de regionalização implica a delegação de autoridade e responsabilidade do nível central para o regional e deste para o local, além da desconcentração de atividades e funções administrativas e a descentralização do processo de tomada de decisões^{9, 13}.

f. Integração e Unidade Programática

Os estabelecimentos de saúde da região devem participar na programação, administração, execução e avaliação dos programas locais de saúde, evitando duplicações e permitindo apoio contínuo entre os organismos, a fim de alcançar a maior produtividade possível da capacidade instalada para a execução dos programas. Os mecanismos de referência e contra-referência

devem ser estabelecidos de modo a garantir o acesso da população ao cuidado de que necessita, bem como a continuidade do mesmo.

g. Descentralização dos Recursos

Os recursos humanos e técnicos devem ser distribuídos de acordo com os níveis de atenção, concentrando os recursos altamente especializados em hospitais regionais e descentralizando os demais em hospitais comunitários, consultórios, centros e postos de saúde⁴³.

A efetivação da estratégia de regionalização da assistência está diretamente ligada à estas características. Para maior eficiência e cobertura dos serviços de saúde oferecidos à população torna-se necessário organizar o complexo de serviços, a implantação de uma rede de serviços hierarquizados, municipalizada no interior e distritalizada nas grandes cidades e metrópoles⁴⁴, de um sistema formal explícito de encaminhamento de pacientes entre os diversos níveis de assistência; de um fluxo de informações em dois sentidos e de um sistema de treinamento e supervisão

Para este trabalho, definiu-se regionalização como um processo de desconcentração técnico-administrativa com o estabelecimento de níveis de atendimento, conforme a complexidade

de assistência prestada, dentro de uma área geográfica delimitada, na qual se desenvolve um programa integrado de saúde.

A.2. Níveis de Assistência

Para a operacionalização de um Sistema Regionalizado de Saúde, temos os níveis de assistência à saúde que condicionam um fluxo de pacientes de acordo com a complexidade dos problemas da saúde apresentados.

Segundo a Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) no. 3 de 25 de março de 1981¹¹, o nível primário se caracteriza por desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação, a nível ambulatorial, desenvolvidas por pessoal elementar e médio, médicos generalistas e odontólogos.

Para a OMS¹² a "Assistência primária à saúde é aquela que sendo essencial, é baseada em métodos e tecnologias aceitáveis, posta ao alcance de todos os indivíduos, família e comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o

país possam suportar", resolvendo 85% dos problemas de saúde¹¹ e sendo a porta de entrada do usuário no Sistema.

O nível secundário se caracteriza por "desenvolver além das atividades do nível primário, atividades assistenciais nas quatro especialidades básicas (Clínica Médica, Gineco-Obsterícia, Pediatria e Clínica Cirúrgica) e especialidades estratégicas nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação¹¹ ", resolvendo 12% dos problemas de saúde da população coberta¹¹.

O nível terciário se caracteriza pela maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e de urgência ¹¹.

A articulação entre os três níveis de assistência pode ser administrativa, técnica e de referência de casos.

Para a organização dos serviços regionalizados, devem ser considerados três princípios:

- a. Princípios Epidemiológicos: a análise do quadro epidemiológico fornece dados para a estruturação do sistema baseado na hierarquização dos problemas de saúde e de riscos relativos de grupos populacionais.
- b. Princípios Tecnológicos: levando-se em conta a sua complexidade no tocante à aparelhagem e ao pessoal envolvido na sua utilização.
- c. Princípios Organizacionais: de forma a distribuir os serviços de saúde numa região sob a forma de níveis de complexidade crescente para prestação de assistência médico-hospitalar.

Em termos administrativos, é necessária a existência de uma programação integral do trabalho técnico, a complementação e

consolidação de recursos financeiros provenientes de distintas instituições; definição clara dos campos de atuação das várias instituições e a distribuição equitativa de responsabilidades; estabelecimento de bons meios de comunicação entre os diversos níveis, e a participação efetiva da comunidade no processo administrativo de programação, execução e avaliação de programas^{1, 41}

A organização da assistência à saúde em níveis de complexidade deve ser baseada na realidade e ser avaliada periodicamente^{18, 20}.

Segundo a OMS⁴¹, a avaliação "é uma apreciação sistemática da pertinência, da suficiência, dos progressos, da eficiência, da eficácia e dos efeitos de um programa de saúde. Um programa é pertinente se responde às necessidades e às políticas e prioridades sociais e de saúde que se trata de aprender e aplicar". É suficiente se guarda proporção com as necessidades. Considera-se que está tendo progressos satisfatórios, se as atividades que o compõem se executam conforme o plano previsto. É eficaz, se os resultados obtidos se ajustam aos objetivos e às metas fixadas para reduzir dimensões de um problema ou para melhorar uma situação insatisfatória. Os efeitos de um programa são seus efeitos gerais na situação sanitária e no desenvolvimento sócio-econômico.

A avaliação ou controle é uma função administrativa cuja finalidade é assegurar que os resultados das operações se ajustem, tanto quanto possível, aos objetivos previamente estabelecidos (c).

Uma boa forma para avaliar a organização da assistência à

(c) CHIAVENATO, I. Controle empresarial. In: _____. Administração - teoria, processo e prática. São Paulo. Mc graw-hill do Brasil, 1985. p. 307-310.

saúde é o estudo dos níveis de atenção estabelecidos nos sistemas de saúde.

B. A Extensão de Cobertura no Brasil

No Brasil, em 1975, foi promulgada a Lei no. 6229 que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e realizada a V Conferência Nacional de Saúde que definiu as prioridades a serem cumpridas pelo setor público de saúde, caracterizando dois campos institucionais: o Ministério da Saúde, responsável pela saúde coletiva e o Ministério da Previdência e Assistência Social, voltado para a saúde individual^{11, 12, 23}.

Com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), iniciado em 1976, teve-se a primeira grande experiência brasileira de extensão de cobertura a baixo custo¹¹, que serviu de base para um programa de medicina simplificada: o Prev Saúde.

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev Saúde, definia os contornos do Sistema Nacional de Saúde e tinha por objetivos estender a cobertura por serviços básicos de saúde à toda população, reorganizar o setor público de saúde através da articulação das diversas instituições existentes e da reordenação da oferta de serviços, além de promover a melhoria das condições gerais do meio ambiente⁹.

O Prev Saúde propunha um novo direcionamento do SNS, privilegiando o crescimento e a utilização das estruturas oficiais dos Estados e Municípios e, dentro destas, os serviços básicos de saúde; a maximização da eficiência dessas estruturas mediante pleno

aproveitamento da capacidade ociosa; o ajustamento do ritmo de expansão da oferta médico-hospitalar especializada às dimensões da demanda gerada pelos serviços básicos de saúde, e a retração de incentivos e empreendimentos (de cunho lucrativo e de outras iniciativas privadas) não compatíveis com os fundamentos do Prev Saúde⁹. Entretanto, essas diretrizes não foram aceitas pela rede privada e por grupos dentro do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS/MPAS), levando à inviabilização da proposta.

Sob forte influência da crise fiscal de 1981, a Previdência Social cria o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)^{12,18}, que tinha por finalidade principal "estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica"¹⁸.

O CONASP propõe o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Ambito da Previdência Social, cujas diretrizes foram aprovadas em 1983. O que há de novo nesse plano é a passagem da normatização da atenção médica do Ministério da Saúde para a instituição que teria mais condições de implementar políticas devido ao volume de recursos que manipula¹⁸.

O Plano CONASP tinha como estratégia as Ações Integradas de Saúde - AIS^{12, 36} que levava em conta a responsabilidade do Poder Público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde, a integração inter-institucional, a descentralização, a

regionalização e a hierarquização dos serviços, a prioridade das ações básicas de saúde, o planejamento da cobertura assistencial, a previsibilidade orçamentária e o desenvolvimento de recursos humanos^{11, 12}.

Segundo a Secretaria de Planejamento da Secretaria Geral do Ministério da Saúde¹², alguns avanços foram obtidos, entre eles:

- melhora nos mecanismos de coordenação inter-institucional, especialmente entre INAMPS e Secretarias Estaduais de Saúde;
- amadurecimento do processo de co-gestão;
- evolução no sentido da universalização do atendimento a nível ambulatorial;
- expansão da rede de serviços públicos;
- incorporação da rede própria do INAMPS ao sistema público de atenção;
- possibilidade de referência hospitalar da rede pública;
- incipiente normatização do sistema de referência e contra-referência; e
- impacto positivo na produção e na produtividade.

Apesar dos avanços obtidos, alguns problemas, que serão citados a diante, surgiram. Em relação aos recursos humanos verificou-se que houve uma diferenciação entre as categorias profissionais diretamente produtivas, como médicos e auxiliares de saúde (auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem, agentes de saúde, visitantes sanitários) e as diretamente não produtivas como enfermeiros, técnicos de laboratório e farmacêuticos, fazendo

com que as primeiras tivessem uma valoração relativa e contribuindo para a composição instrumental dos recursos humanos.

Ainda em relação aos recursos humanos, a integração dos serviços deu transparência às diferenças salariais que são difíceis de serem superadas. Além disso, verificou-se que os sistemas de capacitação e treinamento eram heterogêneos e não estavam voltados para as atividades de atenção médica que o programa priorizava.

A universalização da assistência era seletiva e o princípio da equidade não foi considerado, apenas a assistência primária foi universalizada. O atendimento especializado e hospitalar eram privilégio dos beneficiários da Previdência Social.

A falta de recurso material e a dificuldade de intercâmbio desse recurso e do recurso humano devido à rigidez das normas internas das instituições e à falta de normatização para a realização desses intercâmbios entre as diferentes instituições envolvidas foram alguns dos obstáculos encontrados.

O fato da Previdência Social comprar serviços de terceiros levou-a à uma situação externa ao programa e conseqüentemente à uma postura fiscalista em relação aos serviços, o que não era compatível com os preceitos da co-gestão. Ainda por ser a compradora dos serviços, era ela quem unilateralmente estabelecia prazos e percentuais de reajuste.

Por fim, o programa levou ao atendimento da demanda espontânea aos serviços, fortalecendo a atenção médica em detrimento das ações de saúde pública na rede de cuidados primários¹¹. É importante ressaltar que o atendimento da demanda tem poucos resultados em termos de impacto epidemiológico e contribui

para a consolidação das desigualdades de acesso, uma vez que esta demanda é um reflexo do perfil da oferta de serviços, do grau de informação que a clientela tem sobre os serviços e a proximidade física dos usuários em relação às unidades prestadoras de serviços.

A experiência concreta das AIS na reorganização dos serviços constituiu a base para as mudanças no setor saúde que ocorreram posteriormente.

No Plano Nacional de Desenvolvimento¹⁴ para o período de 1986 a 1989 verifica-se o fortalecimento dos programas sociais, entre eles o de saúde, agora reconhecido como direito de cidadania e dever do Estado. Direito de acesso de todos, em todas as regiões e num mesmo sistema, Dever do Estado, reconhecendo o seu caráter público e o papel de gestor público do Estado, que exerce seus poderes normativo, fiscalizador, regulador, extrativo e coercitivo sobre o conjunto do Sistema Nacional de Saúde¹⁵.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 propôs uma reformulação do setor no sentido do sistema de saúde ser único e ter como meta sua estatização progressiva. Este sistema único deveria seguir o caráter federativo do país, reforçando os poderes político, administrativo e financeiro dos estados e municípios¹⁶. A participação popular na formulação, gestão e avaliação das políticas de saúde deveria ser garantida.

A Reforma Sanitária propunha a regionalização e a municipalização dos serviços, "descentralizando o processo decisório e administrativo, priorizando a delegação de competências gerenciais e executiva aos municípios, ou grupo de municípios

articulados em distritos sanitários e aos estados, de acordo com o perfil de complexidade dos serviços prestados à população" (d).

Propunha também a universalização dos cuidados à saúde, garantindo o acesso da população não previdenciária aos serviços, a integração gerencial das diversas redes de serviços a atribuição de responsabilidades de cobertura assistencial a cada unidade de saúde.

Com o objetivo de promover a Reforma Sanitária, surgiu a proposta do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - em 1987, que como diz o seu nome, apóia-se na organização descentralizada do Sistema de Saúde, "com base no setor público executor da política de saúde, complementando suas necessidades de cobertura preferencialmente através de convênios com serviços filantrópicos, com contratos regidos pelas normas de direito público. A proposta privilegiou ainda a utilização de instrumentos de planejamento na administração de serviços, objetivando a distribuição mais equânime dos recursos da saúde, participação da população e dos profissionais na gestão e controle orçamentário e de qualidade dos serviços de saúde"(e).

Em estudo realizado pela ABRASCO (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva)¹, sobre a experiência SUDS observou-se que, com a implantação dos SUDS, houve centralização de poder nas Secretarias Estaduais da Saúde pois estas passaram a ser responsáveis pelo repasse de recursos previdenciários aos

(d) ESTRATÉGIA de mudança na saúde e na assistência médica: bases para a reforma sanitária (Documento apresentado aos Ministros da Saúde e da Previdência Social) s/d. (mimeografado)

(e) TEIXEIRA, S.F. & MENDONÇA, M.H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações, In: TEIXEIRA, S.F. (organizadora) Reforma sanitária: em busca de uma teoria. Cortez, São Paulo, 1989 p.218.

municípios. Assim, a conjuntura política tornou-se um fator de peso na municipalização da saúde.

No Estado de São Paulo, a partir de 1987, a implantação do SUDS caracterizou-se pela intensificação do processo de municipalização de saúde com a transferência de recursos financeiros e humanos, da gerência de unidades do Estado, da elaboração de planos técnico-assistenciais aos municípios; e na transformação dos centros de saúde em porta de entrada do sistema¹¹, como a Conferência de Alma Ata, em 1978, já recomendava.

É interessante ressaltar que o Convênio da Municipalização em São Paulo visava, entre outros, à "melhoria dos padrões de saúde do município, adequação dos programas às realidades epidemiológicas de cada município e à descentralização da execução das atividades" (f), sendo que a estrutura programática adotada deveria ser comum.

Sendo o Brasil um Estado Federal, o Sistema Nacional de Saúde é regido por normas estabelecidas para todo o governo federal, os estados membros e os municípios. A Constituição Federal é que dá as diretrizes para o Sistema Nacional e define as competências da União, dos Estados e dos Municípios. O SUDS foi implantado através de decreto e convênios, sem o respaldo constitucional.

A Constituição Federal promulgada em 1988, corrigiu esta distorção e garantiu a constituição do Sistema Único de Saúde

(f) HEIMANN, L.S. et alii. O município e a saúde. HUCITEC. São Paulo, 1992. p.25

(SUS), com ações e serviços prioritariamente públicos e extensivos à toda população¹⁴.

Segundo a nova Constituição¹⁵, o cuidado da saúde, e a legislação em defesa dela são competências comuns da União, dos Estados e dos municípios (Art 23 e 24) . Entretanto, é o município quem deve prestar atendimento à saúde da população, contando para isso com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado (Art. 30). Se necessário, os municípios podem realizar consórcios para assistir as suas populações (LOS Art.10)¹⁶.

Com a municipalização dos serviço de saúde o nível local passou a ser a base do sistema de saúde e o município passou a ter autonomia para a elaboração de planos e programas de saúde de acordo com a realidade local, baseados na participação popular organizada através do Conselho Municipal de Saúde, além de ter transferido para si o gerenciamento dos recursos estaduais ali instalados.

4.2. O Câncer Cérvico-Uterino

Em 1960, através de investigação realizada pela Organização Panamericana da Saúde (OPS), o câncer cérvico-uterino foi identificado como um problema de saúde pública pela sua alta prevalência na população e pelo seu poder de produzir incapacidades e óbitos¹.

No Brasil, em 1980, o câncer foi a segunda maior causa de mortalidade proporcional, abaixo apenas das doenças do aparelho circulatório, sendo que o câncer cérvico-uterino contribuiu com 8,7% dos óbitos no sexo feminino¹, havendo uma variação de 5,6% à 18,1% nas cinco regiões geográficas do país^{13, 31}.

Em termos de distribuição por grupo etário, verificou-se que o número de óbitos por câncer cérvico-uterino foi maior em mulheres com mais de 40 anos^{13, 31}.

Para o Estado de São Paulo, a incidência do câncer cérvico-uterino para cada 100.000 mulheres foi de 37,5 em 1973 2 de 29,3 em 1978¹¹.

Até o momento não se entende claramente a etiologia do câncer cérvico-uterino^{7, 32, 41}, mas sabe-se que demora a se instalar²²,⁴¹ e que está relacionado a^{4, 6, 20, 22, 23, 26, 32} :

- nível sócio-econômico baixo;
- início da atividade sexual em idade precoce;
- multiparidade;
- multiplicidade de parceiros; e
- infecções por herpes vírus tipo 2, Trichomonas, Candida e Condiloma.

Para que o câncer cérvico-uterino se instale, passa-se por

várias etapas. Inicialmente, algumas células apresentam atipias, hiperplasia, seguida de displasia, carcinoma in situ até atingir a fase invasiva^{4, 22, 49}.

Sabe-se que o índice de cura nas fases mais iniciais gira em torno de 100%, ao passo que nas fases mais avançadas, entre 5 a 30%⁵.

O processo de controle do câncer cérvico-uterino, segundo a SESSP¹⁷ inclui as seguintes atividades:

- consulta médica;
- citologia de esfregaço cérvico-vaginal;
- colposcopia;
- teste de Schiller;
- histopatologia;
- tratamento de processos inflamatórios e displásicos;
- encaminhamento para serviço especializado para complementação diagnóstica e/ou tratamento
- controle dos casos negativos; e
- seguimento dos casos tratados.

O câncer cérvico-uterino e suas lesões pré-clínicas são diagnosticados através do exame colpocitológico, colposcopia, teste de Schiller e, se necessário biópsia.

A colpocitologia e a colposcopia têm, isoladamente, uma eficácia semelhante, entre 90 e 95% e, quando associadas, de cerca de 100%⁵.

A colpocitologia é o estudo das células descamadas, esfoliadas no conteúdo cérvico-vaginal, visando a detecção de

alterações celulares anormais e a análise da microbiologia vaginal.

A colposcopia estuda a angioarquitetura capilar do epitélio cervical, identifica a área de risco relacionada à neoplasia epitelial, além de permitir um estudo mais acurado da zona de transformação²³. É utilizada no diagnóstico diferencial de lesões malignas e benignas, na orientação do local correto para biópsia e no seguimento das pacientes portadoras de lesões atípicas.

O teste de Schiller permite diferenciar as alterações da mucosa cérvico-vaginal, dada a propriedade das células se impregnarem com a solução de lugol.

As mulheres que apresentam ao exame colpocitológico uma displasia moderada, acentuada, carcinoma in situ e invasivo, devem ser submetidas a uma biópsia de colo uterino a fim de ter uma confirmação do diagnóstico. O material para a biópsia é obtido através de biópsia dirigida, biópsia em cone ou curetagem endo-cervical.

As displasias são alterações epiteliais que apresentam anomalias de maturação e proliferação abaixo do nível de carcinoma in situ^{1, 12}. O epitélio displásico difere do normal por apresentar perda da estratificação normal, perda da polaridade celular e distúrbios na maturação do epitélio¹². As mulheres portadoras de processos infecciosos e inflamatórios cérvico-

vaginais são mais predispostas a apresentar lesões displásicas do colo uterino¹.

As displasias são consideradas importantes por vários estudos que demonstram que o câncer cérvico-uterino de desenvolve a partir delas. Outro dado importante é que elas podem regredir, permanecer estacionárias ou evoluir para o carcinoma in situ ou mesmo invasor^{1, 11}.

As displasias podem ser de três graus: leve, moderada e acentuada. Em termos de sua evolução, aceita-se que mais de dois terços das displasias leves regridem, que aproximadamente metade das displasias moderadas progridem e que quase todas as displasias acentuadas caminham para o carcinoma in situ¹¹. Em estudos epidemiológicos citados por Focchi¹¹, a frequência de aparecimento ulterior de carcinoma in situ em grupos de mulheres com displasia inicial foi 1.600 vezes maior do que para as mulheres que não apresentaram nenhuma anomalia no colo uterino no primeiro exame.

O tratamento das displasias deve ser, a princípio, conservador e deve levar em conta a extensão da lesão, a visualização completa da área displásica, a idade da paciente e o seu desejo de conceber.

As displasias de grau leve devem ser mantidas em observação com controle a cada 6 meses ou 1 ano. Caso permaneçam após controles repetidos, devem ser tratadas por eletrocoagulação ou criocoagulação¹.

As displasias acentuadas devem ser tratadas como o carcinoma in situ, isto é, através da conização do colo uterino,

seguido de controle colpocitológico mais ou menos 2 meses após a cirurgia¹. No caso de mulheres idosas ou que não desejem mais conceber, pode-se realizar a histerectomia simples¹¹. Entretanto esta última é uma conduta criticável por remover o útero desnecessariamente e por ser uma intervenção agressiva e com maior risco para a paciente. De qualquer forma, é recomendável a realização de controle colpocitológico e colposcópico a fim de detectar recidivas o mais precocemente possível.

O câncer cérvico-uterino é classificado segundo sua fase evolutiva em cinco estádios de acordo com os critérios adotados pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)³⁰.

" :

- Estádio 0 - Carcinoma in situ
- Estádio I - Carcinoma confinado ao colo
 - I a - Carcinoma Microinvasivo
 - I b - Todos os outros casos do estágio I
- Estádio II - Carcinoma que se estende para além do colo,
 - mas não à parede pélvica nem ao terço infe-
 - rior da vagina
 - II a - Paramétrio não infiltrado
 - II b - Paramétrio infiltrado
- Estádio III - Carcinoma que atinge a parede pélvica e/ou
 - propaga-se ao terço inferior da vagina
 - III a - Carcinoma que não se estende à parede
 - pélvica
 - III b - Extensão para uma ou ambas as paredes
 - pélvicas ou obstrução uretral

- Estádio IV - Carcinoma que se propaga para além da pelve menor ou infiltra as paredes da bexiga e do reto
- IV a - Carcinoma que se espalha aos órgãos adjacentes
- IV b - Carcinoma que se espalha aos órgãos distantes

O tratamento do câncer cérvico-uterino depende do seu estadiamento. No caso do carcinoma in situ, segue-se a terapêutica utilizada nos casos de displasia acentuada. Para os casos de carcinoma microinvasor (estádio Ia) deve-se realizar conização, se no exame histopatológico do material retirado houver células carcinomatosas nos vasos sanguíneos e linfáticos realiza-se a histerectomia total ampliada que pode ser associada à linfadenectomia pélvica (operação de Wertheim-Meigs). Após a cirurgia segue-se a telecobaltoterapia¹. Em alguns casos, realiza-se radioterapia, entendida como a combinação da roetgen e da radiumterapia.

Para os casos de carcinoma estágio II, realiza-se a radioterapia e posteriormente, se possível, o tratamento cirúrgico.

No carcinoma estágio III e IV, não há condições de operar. No estágio IV, adotam-se medidas quase que exclusivamente paliativas para o alívio da dor.

Quanto ao custo do tratamento, verifica-se que é tão maior quanto a complexidade exigida. Zeferino¹⁰ observou que um caso de

carcinoma avançado tratado em 1984, teve um custo nove vezes mais caro que um caso inicial.

Considerando-se que não se conhece a etiologia do câncer cérvico-uterino, torna-se difícil a implantação de um programa de prevenção primária. Entretanto a prevenção secundária é possível. Segundo Eddy¹⁰, um programa de prevenção secundária poderia ser iniciado se através de uma análise formal para estimar a efetividade, os riscos e os custos do rastreamento na população se mostrasse válido, o programa fizesse parte de um programa de saúde integrado; a doença a ser rastreada for uma causa significativa de morbi-mortalidade, sua história natural é bem conhecida, há um teste que pode detectar a doença antes do aparecimento de sinais e sintomas, há um efetivo tratamento, há evidências de que a detecção precoce e o tratamento reduz a morbi-mortalidade; e os benefícios esperados excedem os riscos e os custos.

Outros fatores a serem levados em conta, segundo o mesmo autor são a aplicação seletiva do rastreamento na população de maior risco, a garantia de boa qualidade do exame a um baixo custo, o acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento das pessoas com exame positivo fosse garantido; e a existência de registros para controlar a qualidade e o sucesso do programa.

Como o câncer cérvico-uterino preenche estes requisitos, vários países têm implantado as atividades de prevenção em massa¹¹.

No Brasil, a detecção precoce do câncer cérvico-uterino através de programas de rastreamento já é rotina em várias instituições. Entretanto, através de pesquisas realizadas em 1983, verificou-se que apenas 6,9% das unidades das Secretarias Estaduais

de Saúde desenvolviam essa atividade e que a cobertura não chegou a 2% das mulheres maiores de 15 anos^{1, 11}.

Em relação à efetividade das ações, Aquino³, observou que não houve efeito significativo sobre a frequência e os danos causados pela doença na população. Sabe-se que programas de detecção precoce do câncer cérvico-uterino com altas taxas de cobertura após alguns anos de implantação apresentam um maior número de diagnósticos de carcinoma in situ em detrimento dos de carcinoma invasivo como observou Zeferino¹⁰ em Campinas após três anos de implantação do programa.

No Seminário Nacional Sobre Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama¹¹ realizado em 1985, verificou-se que algumas das causas da baixa cobertura dos programas de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama são:

- inadequação dos serviços à resolução dos problemas de saúde;
- falta de coordenação programática e institucional entre os diversos prestadores de serviço;
- baixa remuneração dos profissionais e baixa eficiência dos serviços;
- escassa participação dos técnicos na elaboração dos planos e programas;
- pouca circulação de informações; e
- pequena autonomia dos órgãos locais e regionais, entre outras.

Para estender a cobertura das atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino foi proposto que as mesmas fossem incluídas dentro de uma visão de assistência integral à mulher, iniciando-se

pelo atendimento das mulheres que já freqüentavam os serviços de saúde. O tratamento dos processos inflamatórios na rede básica deveria ser garantido e a capacidade resolutiva das unidades a nível intermediário aumentado no que dizia respeito a procedimentos menos complexos como a colposcopia, a biópsia e a cauterização⁴⁴.

Como não basta realizar o diagnóstico, seria necessária a formalização de um sistema de referência e contra-referência de pacientes e informações, além da garantia de acessibilidade da clientela aos serviços nos diversos níveis de assistência, permitindo assim, o tratamento dos casos.

Tendo em vista os custos operacionais, os recursos laboratoriais deveriam ser centralizados e os profissionais integrantes das equipe de saúde deveriam ser envolvidos nas atividades básicas de assistência integral à mulher.

5. PROJETO COTIA

5.1. Histórico

A Associação Hospital de Cotia (AHC), fundada em janeiro de 1968 é uma sociedade civil, de natureza filantrópica que, tendo como área de atuação a delimitação original do Município de Cotia, tem por objetivos estatutários:

- manter, administrar e desenvolver atividades médico-hospitalares e para-hospitalares que venha a criar ou a assumir em doação ou comodato, dispensando assistência a enfermos ou acidentados, gratuitamente ou não;
- desenvolver atividade de assistência social;
- contribuir para o insumo, formação e treinamento de pessoal dedicado à Saúde Pública;
- oferecer campo de treinamento para desenvolvimento da educação sanitária; e
- oferecer campo para pesquisa nos setores de suas atividades.

Até 1974, a AHC dedicou-se à construção da Unidade Integrada de Cotia (a) com recursos obtidos junto a entidades federais, estaduais e municipais e por meio de campanhas na comunidade. A esta unidade foram incorporados os dois centros de saúde existentes no município através de convênio firmado com a Secretaria de Estado da saúde de São Paulo (SESSP) e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), cabendo à primeira o provimento de recursos necessários e a prestação de assistência técnica e à segunda, a programação de atividades. Em janeiro de 1975, O Centro de Saúde Escola (CSE) de Cotia, entrou em

(a) Constituída por Centro de Saúde, Hospital Geral e Pronto atendimento

funcionamento, priorizando o atendimento à criança e à gestante. No ano seguinte o hospital geral é inaugurado com 54 leitos dos 160 planejados e com o serviço de pronto atendimento (PA), por meio de convênio firmado com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e a Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH) da SESSP⁴⁶.

No período de 1976 a 1981, através de vários convênios, as seguintes unidades periféricas foram incorporadas, configurando o Projeto Cotia⁴⁷:

- em 1976, o Centro de Saúde (CS) (b) III de Caucaia do Alto, localizado no Sub-Distrito com o mesmo nome;
- em 1977, o Posto de Saúde localizado na Granja Viana da Assistência Social Santo Antônio (ASSA), entidade filantrópica;
- em 1979, o Posto de Atendimento à Saúde (PAS) (c) de Vargem Grande Paulista, localizado no antigo Sub-Distrito Raposo Tavares, atual município de Vargem Grande Paulista; e
- em 1981, o Posto de Vacinação do Tijuco Preto, criado pela Sociedade Amigos de Bairro, com o auxílio da equipe técnica do CSE Cotia.

Além de convênios com a SESP, a FSP e o INAMPS, o Projeto Cotia contou com o apoio financeiro da Fundação W.K. Kellogg no período de 1979 a 1982 para o desenvolvimento de um projeto de

(b) Centro de Saúde - estabelecimento destinado a prestar assistência médico-sanitária à uma população determinada tendo como características o atendimento médico permanente nas quatro especialidades básicas por médicos generalistas(*).

(c) Posto de Saúde - estabelecimento destinado a prestar assistência médico-sanitária a uma população determinada, utilizando técnicas simplificadas e pessoal elementar, recebendo supervisão do Centro de Saúde ao qual está articulado (*).

expansão de rede primária, formação de pessoal de nível auxiliar e participação na formação de médicos generalistas".

É importante colocar que a Prefeitura Municipal de Cotia não tinha convênio com o Projeto Cotia e mantinha serviços de saúde na sede do município e nos sub distritos de Caucaia do Alto e Raposo Tavares, havendo assim, duplicação de serviços nestes locais.

Até 1982, a administração do Projeto era realizada pela AHC cujo corpo técnico era responsável pelas várias unidades, dando uma orientação técnica e administrativa única às mesmas. Este fato também contribuía para a realização de rodízio do pessoal de nível superior entre as unidades hospitalar e as unidades ambulatoriais, para a uniformização de condutas e para o encaminhamento informal de pacientes entre as unidades.

Cabe colocar que as unidades não tinham autonomia para elaborar de programas e para gerenciar os recursos disponíveis. Assim, utilizando a nossa definição de regionalização, podemos dizer que havia uma desconcentração e não descentralização da assistência.

Com a emancipação do Município de Vargem Grande Paulista em 1982, foi firmado convênio do referido município com a AHC, a FSP e a SESSP. O PAS de Vargem Grande Paulista incorporou o ambulatório da prefeitura e passou para a categoria de Centro de Saúde II.

Vargem Grande Paulista, município com poucos profissionais médicos, assinou o "Convênio do Município Carente", durante o governo Montoro (1983-1986). Este convênio tinha por objetivo garantir assistência médica à população, mas para poder aplicar os

recursos o município teve que desenvolver um Plano Municipal de Saúde consonante ao plano de saúde do Distrito Sanitário de Itapecerica da Serra.

Através deste convênio e outro firmado entre a AHC e Coordenadoria do Plano Metropolitano de Saúde (CPMS) da SESSP, iniciou-se a reforma e as ampliações no CSE Cotia, no CSIII de Caucaia do Alto e no Hospital Dr Odair Pedroso e a construção da nova unidade para o funcionamento do CSII de Vargem Grande Paulista.

Devido à reforma administrativa da SESSP e à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os centros de saúde e o posto de saúde passaram a ser denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, com exceção da UBS de Cotia, o Hospital Dr. Odair Pedroso e o Posto de Saúde da ASSA, foram municipalizados. A orientação técnica no tocante à assistência à saúde, entretanto, continuou sendo dada pela AHC até 1988.

O processo de municipalização dos serviços de saúde teve como conseqüências imediatas em relação aos recursos humanos, a contratação por parte das Prefeituras Municipais do pessoal de nível médio e elementar da AHC que prestavam serviços nas UBS's de Caucaia do Alto, Vargem Grande Paulista e Tijuco Preto, a retirada da equipe técnica da UBS de Caucaia do Alto e do pessoal médico contratado por aquela Associação e que periodicamente realizava atendimento aos grupos de risco da UBS de Vargem Grande Paulista.

Os serviços do Município de Vargem Grande Paulista, devido a convênios firmados anteriormente, já foram sendo providos de pessoal técnico e auxiliar quer pela SESSP quer pela Prefeitura

Municipal. Por outro lado, estes mesmos convênios garantiram a continuidade de apoio diagnóstico e de retaguarda hospitalar por parte da AHC, o que não ocorreu com a UBS de Caucaia do Alto.

Outra consequência imediata foi a autonomia adquirida pelos municípios para a elaboração de seus planos de saúde e a gerência de seus recursos humanos, materiais e financeiros.

5.2. Características

O Projeto Cotia, em 1979, visando a ampliação da cobertura e a política de coordenação e integração multi-institucional, implantou um sistema regionalizado e hierarquizado de serviços, com a divisão da área de atuação em quatro setores (Figura 1), levando em consideração as características geográficas, as unidades de assistência à saúde existentes e a acessibilidade da clientela", dando ênfase na assistência primária e secundária, integrando ações preventivas e curativas de saúde.

Tendo tomado parte do Projeto de Integração Docente Assistencial de Itapecerica da Serra (PIDA-IS) e tendo como um de seus objetivos a formação de profissionais de saúde dentro da realidade dos serviços de saúde, as unidades do Projeto Cotia faziam parte do programa de residência médica da AHC e serviam de campo de estágio para diversos profissionais a nível de graduação e pós graduação. Além disso eram o Centro de Treinamento do Distrito Sanitário de Itapecerica da Serra, recebendo pessoal de outras unidades do Distrito para treinamento.

Adaptado de: RODRIGUES, M.A. A integração docente-assistencial, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde: a experiência de Cotia - S. Paulo (Dissertação de mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP)

Paralelamente, a AHC desenvolveu até 1988 cursos para a formação de visitantes sanitários e atendentes de enfermagem. No segundo semestre de 1988 a Escola de Auxiliares de Enfermagem da AHC iniciou suas atividades, começando a capacitação de seu pessoal atendente além de outras pessoas da comunidade.

Dentro do PIDA-IS surgiram alguns núcleos formados por pessoal da Faculdade de Saúde Pública e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do próprio Distrito Docente Assistencial. Os núcleos que atuavam na área do Projeto Cotia no período de realização deste estudo eram os seguintes:

- Núcleo de Assistência ao Auto-Cuidado da Mulher (NAAM), na UBS de Vargem Grande Paulista, onde enfermeiras da Escola de Enfermagem desenvolviam consultas de enfermagem, coleta de material para exame colpocitológico e atividades de grupo, além do treinamento de enfermeiras do serviço nestas atividades e do desenvolvimento de pesquisas na área do auto-cuidado;
- Grupo de Atuação Docente em Vargem Grande Paulista, no município de mesmo nome, onde docentes da Faculdade de Saúde Pública desenvolviam atividades na área de enfermagem, educação sanitária e desenvolvimento da comunidade, de informática e de gerenciamento de serviços.

Até meados de 1988, quando ocorreu a municipalização dos serviços de Vargem Grande Paulista e de Cotia, todas as unidades, eram tecnicamente ligadas à AHC, seguindo uma programação básica semelhante, inclusive recebendo técnicos da instituição para

atendimento da clientela considerada de risco. Após a municipalização, em termos administrativos e técnicos, todas as unidades tornaram-se autônomas em relação à AHC, com exceção da UBS de Cotia e do Hospital Dr. Odair Pedroso.

As unidades de referência de todo o Projeto até o final da coleta de dados eram a UBS de Cotia e o Hospital Dr. Odair Pedroso.

5.3. Área de atuação

O Projeto Cotia, desde sua implantação mantém como área de atuação os municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista, que também integravam o Escritório Regional de Saúde (ERSA) - 12 (antigo SUDS R-12). Estes municípios estão localizados na sub-região Oeste da Região Metropolitana de São Paulo, cobrindo uma área de 385 Km², e tinham uma população estimada de 87.508 habitantes, em 1988, segundo a Fundação SEADE.

Cortada no sentido leste-oeste pela Rodovia Raposo Tavares (SP-270), a região tem características de bairro dormitório da Região Metropolitana de São Paulo e desde a década de 50 vem apresentando acelerada urbanização, chegando a uma taxa de 95,3% de urbanização, deslocando a atividade agrícola.

Pela facilidade de transporte, os núcleos urbanos desenvolveram-se ao longo da Rodovia e das Estradas de Caucaia do Alto e Morro Grande. Assim temos os seguintes núcleos urbanos:

- Granja Viana, entre os quilômetros 21 e 25 da Rodovia;
- Cotia, entre os quilômetros 29 e 35 da Rodovia e quilômetro 2 e 3,5 da Estrada de Morro Grande;

- Vargem Grande Paulista, localizada entre os quilômetros 39 e 45 da Rodovia;
- Tijuco Preto, localizado no quilômetro 13 da Estrada de Caucaia do Alto; e
- Caucaia do Alto, no quilômetro 20 da Estrada de mesmo nome.

O parque industrial desenvolveu-se ao longo da Rodovia Raposo Tavares, principalmente na região Norte do município de Cotia, sendo composto por indústrias mecânicas, têxteis, químicas e pequenas metalúrgicas.

A área rural inclui a Reserva Florestal de Caucaia do Alto, tombada pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Artístico, Arqueológico e Turístico (CONDEPHAAT), ocupando uma área aproximada de 17.000 ha. A área restante tem uma ocupação agrícola caracterizada por pequenas propriedades produtivas (horti-fruti granjeiros e floricultores), clubes e chácaras de recreio.

Tipicamente de classe média e operária, a população de Cotia e Vargem Grande Paulista é jovem, conforme demonstrado nas pirâmides etárias de 1980 e 1985 (Figura 2) e com uma razão de dependência em 1980 de 1/2,6. Além disso, a população migrante contribuiu expressivamente no crescimento vegetativo, especialmente até 1977 (Figura 3).

Em termos de indicadores de saúde, pode-se dizer que os coeficientes de mortalidade geral, infantil e de natimortalidade têm decaído desde 1970 (Tabela 1), chegando em 1987, respectivamente, a 6,88 % habitantes, 33,8 %. nascidos vivos e 7,7% nativos e natimortos para o município de Cotia e a

Figura 2

A. Pirâmide populacional por sexo e faixa etária. Município de Cotia 1980.

Fonte: Censo IBGE 1980.

B. Pirâmide populacional por sexo e faixa etária. Municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista, 1985.

Fonte: Fundação SEADE.

FIGURA 3

CRESCIMENTO VEGET. MIGRAT. E TOTAL

MUNICIPIO DE COTIA, 1975 A 1980

8,07% habitantes, 27,94% nativivos e 17,96% nativivos e natimortos para Vargem Grande Paulista segundo a Fundação SEADE. Deve-se esclarecer que com a emancipação de Vargem Grande Paulista, em dezembro de 1982 os dados referentes à mortalidade passaram a ser coletados separadamente a partir do ano seguinte.

Tabela 1: Indicadores de Saúde, Cotia 1970-1982

Indicadores	Mortalidade	Mortalidade	Mortalidade	Mortalidade	Natimortalidade	Natalidade
	Gerai	Infantil	Necnatal	Infantil Tardia	%NV -	%hab.
Ano	% hab.	% NV	% NV	% NV	NM	
1970	10,8	116,6	50,6	66,0	24,1	27,6
1975	9,9	105,0	34,5	70,5	21,6	33,5
1980	7,6	54,4	24,2	30,1	16,6	35,9
1982	6,9	45,1	22,7	22,4	10,6	36,7

Fonte: Fundação SEADE

Considerando-se que a mortalidade de menores de um ano é diretamente influenciada por condições de saneamento, nutrição, educação, habitação e assistência pré-natal e ao parto, podemos inferir pelas principais causas de mortalidade nessa faixa etária apresentadas na tabela 2, que a população local tem uma baixa qualidade de vida. Como se pode verificar, a curva de mortalidade proporcional (Figura 4) para o ano de 1980 foi do tipo III, que indica um nível regular de saúde.

Número de óbitos e coeficientes de mortalidade proporcional para Cotia em 1980.

Faixa Etária	óbitos	%
1 ano	121	25,80
1 a 4 anos	17	3,62
5 a 19 anos	25	5,33
20 a 49 anos	86	18,34
50 anos e +	220	46,91
TOTAL	469	100

Fonte: SEADE

FIGURA 4

Já para o ano de 1984, tem-se uma curva do tipo IV, em forma de J, que indica um nível de saúde elevado, com poucos óbitos nos grupos abaixo de 19 anos (Figura 5).

Tabela 2: Principais causas de mortalidade infantil nos municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista, 1970, 1976, 1980 e 1982.

Causa	1970		1976		1980		1982	
	Clas	Coef ‰NV	Clas	Coef ‰NV	Clas	Coef ‰NV	Clas	Coef ‰NV
- enterites e outras doenças diarreicas	2	21,2	1	26,54	3	8,89	3	5,30
- pneumonias	1	22,37	2	20,37	1	12,53	2	10,93
- sintomas e estados mórbidos mal definidos	4	17,66	3	9,87	6	1,34	7	1,13
- outras causas de mortalidade perinatal	3	18,84	4	8,64	4	7,61	4	4,17
- lesões ao nascer e partos distócicos	5	10,60	5	7,40	2	8,99	1	12,13
- avitaminoses	6	5,88	6	6,17	5	4,94	6	1,51
- anomalias congênitas	7	3,53	7	5,55	6	2,24	6	1,51
- demais doenças infecciosas e parasitárias	8	2,35	8	3,08	9	0,89	5	1,89
- obstrução intestinal e hérnias	--	--	9	1,23	--	--	8	0,97
- meningites	7	3,53	10	0,61	7	1,79	8	0,97

Fonte: Fundação SEADE

Ao se fazer a quantificação das curvas de mortalidade proporcional recomendada por Guedes (d), tem-se para 1982 a cifra de +6,37 e para 1984 de 23,72. Assim, podemos afirmar que a tendência para estes dois municípios era de elevação do nível de saúde.

(d) GUEDES, J. da S. Contribuição para o estudo da evolução do nível de saúde do Estado de São Paulo - Análise das regiões administrativas (1950-1970). Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Saúde Pública - USP, 1972.

Número de óbitos e coeficientes de mortalidade proporcional para Cotia e Vargem Grande Paulista - 1984.

Faixa Etária	óbitos	%
1 ano	65	7,50
1 a 4 anos	7	0,80
5 a 19 anos	22	2,54
20 a 49 anos	189	21,80
50 anos e +	584	67,36
TOTAL	867	100

Fonte: SEADE

FIGURA 5

CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL

CÓTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA 1984

5.4. Os Serviços de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde e o Ambulatório da ASSA realizavam atendimento ambulatorial e programático à sua clientela matriculada, além do pronto atendimento à mesma em caso de intercorrências, como por exemplo, gripes, crise hipertensiva, ou cefaléia, ou à população em geral, quando necessário.

A matrícula nas UBS's era feita para os residentes da área de atuação da respectiva unidade e que fossem menores de dois anos, gestantes, pessoas encaminhadas por médico do pronto atendimento de alguma unidade do Projeto Cotia ou aquelas transferidas por outra unidade do Projeto por mudança de endereço.

O atendimento era realizado por médicos generalistas e pessoal de enfermagem. Os casos ambulatoriais classificados como "de risco", segundo critérios médicos, eram atendidos por médicos especialistas (pediatra, ginecologista e clínico geral) que iam às unidades em dias específicos da semana. Estes especialistas eram lotados no Hospital Dr Odair Pedroso ou na UBS de Cotia ou de Vargem Grande Paulista.

No Quadro 1, apresentamos os principais programas e atividades que eram desenvolvidos em cada unidade do Projeto segundo a sua localização nos Municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista e setorização utilizada.

A Unidade Integrada, composta pela UBS de Cotia e o Hospital Dr. Odair Pedroso, era a referência de todo o Projeto, sendo garantida através de convênios entre a AHC, a SESSP e o Município de Vargem Grande Paulista.

QUADRO 1: Setores do Projeto Cotia, suas unidades, serviços e programas em andamento, 1987

Setor	Unidade	Serviços e Programas
C1	ASSA	Saúde da Criança Saúde da Mulher Saúde do Adulto Imunização Supervisão Cirurgia
C2	UBS de Cotia	Saúde da Criança Saúde da Mulher Saúde do Adulto Saúde Mental Saúde Bucal Vig. Epidemiológica Imunização Supervisão Cirurgia Cirurgia Ambul. Colposcopia Eletrocardiografia
	Hospital Dr Odair Pedrosa	Pronto Atendimento Clínica Médica Clínica Cirúrgica Pediatria Gineco-Obstetrícia Radiologia Laboratório Clínico Eletrocardiografia Ultrassonografia Colposcopia
C3	UBS de Caucaia do Alto	Saúde da Criança Saúde da Mulher Vig. Epidemiológica Imunização Supervisão Cirurgia Pronto Atendimento
C4	UBS de Vargem Grande Paulista	Saúde da Criança Saúde da Mulher Saúde do Adulto Vig. Epidemiológica Imunização Supervisão Cirurgia Pronto Atendimento
	UBS de Tijucas do Sul	Saúde da Criança Saúde da Mulher Saúde do Adulto Imunização

É importante colocar que, as unidades do Projeto Cotia tomavam parte do programa de residência médica e internato da AHC, além de receber estagiários de enfermagem e serviço social.

5.5. O Processo de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

Em 1979, com o aumento da demanda da clientela adulta aos serviços, iniciou-se no Projeto Cotia o atendimento ambulatorial de mulheres com problemas ginecológicos e foi criado, a nível hospitalar, um espaço para a realização de cirurgias e para tratamento clínico de casos ginecológicos da indicação feita em ambulatório ou pronto-atendimento³.

Através de entrevistas com médicos ginecologistas das unidades do Projeto, verificou-se que, existia uma programação para a prevenção do câncer cérvico-uterino. Conforme podemos ver no fluxograma em anexo (Figura 6), o processo de controle do câncer cérvico-uterino (PCCCU) iniciava-se com o exame ginecológico, coleta de material para exame colpocitológico e realização do teste de Schiller.

O material coletado deveria então encaminhado semanalmente ao laboratório do Hospital Dr. Odair Pedroso, que por sua vez o encaminharia ao laboratório de referência designado pela SESSP. Após uma espera de aproximadamente 1 mês, o resultado deveria chegar às mãos dos médicos da AHC (exames coletados no Ambulatório da ASSA e nas UBS de Cotia e Caucaia do Alto) e da UBS de Vargem Grande Paulista (exames coletados nessa unidade e na UBS de Tijuco Preto). Estes médicos triariam os casos que necessitariam de tratamento ou exames complementares e solicitaria à enfermeira a realização de convocação dos últimos que serão encaminhados à UBS de Cotia ou de Vargem Grande Paulista para a realização de colposcopia e/ou biópsia com os médicos ginecologistas.

Figura 6 - Fluxograma da clientela no processo de controle do câncer cêrvico-uterino no Projeto Cotia, 1989.

Se o resultado destes exames apresentassem alguma alteração, a cliente seria convocada para tratamento ou para a realização de exames pré-operatórios na própria unidade em que era matriculada caso apresentassem displasias graves e carcinoma in situ. Estes casos receberiam tratamento cirúrgico na unidade hospitalar de referência do Projeto, o Hospital Dr. Odair Pedroso. Os casos que necessitassem de cirurgia ampliada, radioterapia e quimioterapia seriam encaminhados aos hospitais de nível terciário como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Hospital São Paulo e o A.C. Camargo.

Dentro da proposta de prestação de assistência integral do Projeto Cotia, todas as mulheres maiores de 15 anos matriculadas nas UBS's deveriam, independentemente da causa de matrícula no serviço, realizar um exame colpocitológico a pelo menos cada dois anos sendo que as gestantes o fariam até o sexto mês de gravidez ou dois meses após o parto. Assim, todos os médicos, com exceção dos cirurgiões e dos psiquiatras, foram capacitados para a realização do exame ginecológico, a coleta de material para exame colpocitológico e o teste de Schiller. Portanto a cliente que comparecesse ao serviço para, por exemplo, acompanhamento a nível ambulatorial do tratamento de sua hipertensão arterial não necessitaria agendar nova consulta para a realização de seu exame rotineiro de prevenção do câncer cérvico-uterino ou para o tratamento dos processos inflamatórios.

No dia Nacional de Imunização realizado em agosto de 1987, por determinação da SESSP, as UBS's deveriam realizar a coleta de

material para exame colpocitológico de todas as mulheres que o desejassem. Devido à impossibilidade de operacionalização, por falta de infra-estrutura (material, recurso humano capacitado) para o atendimento dessas mulheres, as diversas UBS's decidiram realizar a coleta posteriormente. Para tal foram abertos agendamentos específicos, em que mulheres, matriculadas ou não nos serviços passavam pelo primeiro passo do processo de controle do câncer cérvico-uterino. Para a guarda dos resultados de exames das mulheres não matriculadas nos serviços, cada unidade organizou um arquivo em separado. Havendo necessidade de seguimento do caso, a paciente era matriculada no serviço e seus exames arquivados em seu prontuário.

Este agendamento específico, que surgiu como uma medida emergencial permaneceu até o fim da realização da coleta de dados desta pesquisa. Segundo os serviços isto se deve ao fato de muitas mulheres comparecerem às unidades apenas para a realização do exame colpocitológico bi-anual, não fazendo uso de outros serviços oferecidos, e portanto, não justificando a abertura de prontuário.

Cada unidade se organizou de forma independente para a realização deste atendimento específico (organização esta que será detalhada posteriormente), reservando um período por semana e escalando profissionais exclusivamente para esta atividade.

É importante colocar que a proposta de integralidade do atendimento à clientela programática continuou. Assim, bi-anualmente, deveria-se realizar, nas consultas de rotina o exame ginecológico, a coleta de material para o exame colpocitológico e o tratamento clínico dos processos inflamatórios.

Os casos considerados de risco (que apresentem displasia, teste de Schiller positivo, etc), os casos que necessitassem de cirurgia e o seu seguimento deveriam ser atendidos por médicos ginecologistas nas unidades de referência do Projeto (UBS's de Cotia e de Vargem Grande Paulista).

5.6. Os Serviços de saúde e o processo de controle do câncer cérvico uterino

No período de 10. de dezembro de 1987 à 30 de novembro de 1988 foram cadastradas 2495 mulheres no Ambulatório da ASSA e nas UBS's de Cotia, Vargem Grande Paulista, Caucaia do Alto e Tijuco Preto.

Para melhor visualização do processo de controle do câncer cérvico-uterino em andamento em cada unidade e dos dados obtidos sobre o mesmo, optou-se por apresentá-las isoladamente. Assim, para cada unidade, serão apresentados sucessivamente a unidade, a forma como se dava o processo de controle, os dados obtidos no "cadastro" e no processo.

É necessário colocar que durante a realização da coleta de dados houveram duas mudanças de laboratório de análises designados pela SESSP para a realização dos exames colpocitológicos. Inicialmente, o material coletado era encaminhado ao Instituto Adolpho Lutz, em São Paulo, que após um prazo de aproximadamente 30 dias encaminhava os resultados à UBS de Cotia e à UBS de Vargem Grande Paulista.

No início de 1988, o material passou a ser enviado ao Oncocentro, também em São Paulo. As Unidades do Projeto receberam treinamento e novas orientações para a coleta e conservação do material. Houve mudança do impresso utilizado e a identificação da mulher nesse impresso era feito através de um número próprio para este exame, que deveria ser utilizado pela cliente sempre que realizasse exame colpocitológico. Este número de identificação era diferente daqueles das unidades (número da ficha família e/ou do registro). Criou-se um livro de controle no qual dever-se-ia anotar o número do Oncocentro, dados de identificação da cliente, data de coleta do material, data do recebimento dos resultados, o resultado do exame e a conduta tomada. Como observamos em todas as unidades, somente os dados de identificação e datas foram anotados. O número de identificação do Oncocentro, que deveria ser utilizado todas as vezes que a mulher realizasse exame colpocitológico não, foi utilizado por nenhuma das unidades quando houve novo exame.

Estas modificações de laboratório e de impresso, a nosso ver, foram responsáveis pela dilatação do prazo para recebimento do resultado de 1 mês para 2 à 3 meses.

Em fins de 1989, o material passou a ser analisado pelo Laboratório Regional do Instituto Adolpho Lutz do SUDS-R12 (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-Regional 12), em Itapequerica da Serra e o prazo para recebimento do resultado passou a ser de 15 dias à um mês.

Ainda em relação ao material coletado, observou-se que, o mesmo era encaminhado, por todas as unidades, com exceção das UBS's de Vargem Grande Paulista e Tijuco Preto, ao laboratório do

hospital de referência, que por sua vez o encaminhava ao laboratório designado pela SESSP.

O resultado dos exames eram retirados pela AHC e pelo Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista nos laboratórios e eram analisados pelos ginecologistas destes dois serviços antes de encaminhá-los às unidades do Projeto Cotia. Estes médicos realizavam uma triagem , separando os casos que necessitariam de tratamento ou de exames complementares como as as displasias e as neoplasias, por necessitarem maior agilidade no atendimento e solicitando à enfermagem, a convocação destes últimos.

5.6.1. Ambulatório da ASSA

Localizado na altura do quilômetro 24 da Rodovia Raposo Tavares, o Ambulatório da ASSA era mantido por convênio entre a Assistência Social Santo Antônio, entidade de cunho filantrópico e a AHC. Tinha por área de atuação aquela compreendida entre os quilômetros 21 e 26 da referida Rodovia, sendo servida por ônibus proveniente de São Paulo, centro de Cotia, Carapicuíba e Itapevi.

Os programas desenvolvidos por esta unidade eram: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Imunização, Supervisão de Cirurgia (cirurgias ambulatoriais e consultas pré e pós operatórias) e pronto atendimento no horário comercial.

A área física, mantida pela ASSA, contava com 3 consultórios médicos, sala de vacinação, sala de medicação e curativo, sala de pré e pós consulta, SAME e sala de espera. É interessante notar que para a esterilização do material a unidade contava apenas com uma estufa, necessitando encaminhar materiais como luvas, gases e campos cirúrgicos à AHC para serem esterilizados em autoclave.

O pessoal lotado neste posto era contratado pela AHC, com exceção de duas auxiliares de enfermagem e a servente que eram contratadas pela ASSA. O quadro de pessoal compunha-se de: 7 pessoas que desenvolviam atividades fim (consultas médicas, atendimento de enfermagem, vacinação, curativos, etc...), e duas que desenvolviam atividades meio (arquivo, estatística, etc...).

O treinamento e a supervisão do pessoal de enfermagem era feito pela enfermeira da UBS de Cotia periodicamente.

Esta unidade seguia a orientação técnica da AHC e tinha como de sua competência as seguintes atividades de controle do câncer cérvico-uterino: consulta médica, coleta de material para exame colpocitológico, tratamento medicamentoso e a eletrocauterização de lesões do colo, além do acompanhamento citológico dos casos de displasias e da convocação domiciliar para consulta e exames complementares das pacientes consideradas de risco para o desenvolvimento de neoplasias do colo uterino.

Para o desenvolvimento dessas atividades a unidade contava com o recurso humano acima citado que também realizava atendimento em todos os outros programas da unidade.

O recurso material disponível para o controle do câncer cérvico-uterino constava de espéculos grandes, médios e pequenos, 1 eletrocautério e uma estufa para esterilização do material cirúrgico. O material de consumo era fornecido pela SESSP e pela AHC e constava de luvas cirúrgicas, espátulas de Ayres, lâminas de microscópio, ácido acético (ou vinagre na falta deste), solução de lugol, carbovac (ou laquê na falta deste), algodão hidrófilo e palitos de churrasco para a confecção de zaragatoas e medicamentos como Nistatina e Metronidazol.

A coleta de material para exame colpocitológico era realizada pelos médicos nove períodos por semana nas consultas agendadas e conforme os programas em que a cliente estivesse inscrita. Em um desses períodos um dos médicos era escalado para o atendimento da clientela especificamente para a coleta desse material.

O pessoal de enfermagem era responsável pelo preparo, e esterilização do material necessário e no dia do atendimento específico, era responsável pelo preenchimento das requisições de exames, além do controle de saída do material coletado que era enviado para a AHC. Também era responsável pela convocação dos casos considerados de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino.

Coletado o material para o exame colpocitológico, as mulheres eram orientadas a comparecerem ao serviço na próxima consulta agendada ou num período de um mês após a coleta se não houvesse solicitação de retorno por parte do médico, para receber o resultado do exame.

Os resultados dos exames eram inicialmente recebidos pelos médicos ginecologistas da AHC que realizavam uma triagem inicial dos casos. Na ASSA estes resultados eram arquivados em ordem alfabética em duas pastas. Na primeira ficam os resultados de exame com "citologia normal" ou "citologia inflamatória" sem outros achados como por exemplo Trichomonas vaginalis ou teste de Schiller positivo. Na outra ficam os resultados de exames das mulheres que necessitariam de tratamento ou da realização de exames complementares.

O pessoal de enfermagem era orientado a fornecer cópia do resultado e solicitar novo retorno em 2 anos para as mulheres que procurassem o serviço e tivessem exame colpocitológico sem alteração significativa (normal ou inflamatório) e não tivessem queixa ginecológica no momento. Esta conduta, entretanto, não era

registrada nem no prontuário nem em qualquer outra forma de registro.

As mulheres que apresentassem alguma queixa e aquelas que tivessem alguma alteração no exame colpocitológico eram encaminhadas para consulta médica, no mesmo dia na medida do possível, evitando novo retorno da cliente. Os casos que necessitavam de exame colposcópico ou de biópsia eram convocados através de visita domiciliária e encaminhados à UBS de Cotia para agendamento de consulta com o ginecologista.

Após as clientes tomarem conhecimento do resultado de seus exames, estes eram arquivados nos respectivos prontuários. No caso das mulheres não matriculadas no serviço, os resultados de exames eram arquivados em ordem alfabética em uma terceira pasta.

Os casos de displasias e carcinomas eram encaminhados à UBS de Cotia, além de serem notificados à vigilância epidemiológica da mesma UBS.

5.6.1.1. Cadastro

Através da tabela 3, verifica-se que no Ambulatório da ASSA foram cadastradas 293 mulheres (11,7% do total estudado), sendo que 80,5% delas tinham entre 15 e 34 anos de idade. Em relação ao motivo de matrícula, verifica-se que 83,3% delas foram matriculadas para a realização de controle pré-natal (PN) e que destas, 95,5% têm entre 15 e 39 anos, idade esta considerada fértil. As 16,7% restantes foram inscritas no Programa de Saúde do Adulto (SA) que inclui os casos de saúde mental, clínica cirúrgica, clínica médica

e odontológica. É importante ressaltar que no Ambulatório da ASSA o atendimento no Programa de Saúde do Adulto restringia-se à clínica médica, e que os outros casos eram encaminhados para atendimento na UBS de Cotia.

Tabela 3: Distribuição do número e porcentagem das mulheres matriculadas no Ambulatório da ASSA no período de Dezembro de 1987 à novembro de 1988, segundo faixa etária e motivo de matrícula.

Faixa etária	motivo					
	Pré-natal		S. Adulto		total	
	n	%	n	%	n	%
15-19	31	12,7	1	2,0	32	10,9
20-24	97	39,6	8	12,2	105	35,2
25-29	63	25,9	6	16,3	71	24,2
30-34	26	10,7	4	8,2	30	10,2
35-39	16	6,6	4	8,2	20	6,8
40-44	7	2,9	4	8,2	11	3,8
45-49	4	1,6	6	12,2	10	3,4
50-55	-	-	6	12,2	6	2,0
55-59	-	-	1	2,2	1	0,3
60-++	-	-	9	14,2	9	3,0
TOTAL	244	83,2	49	16,7	293	100,0

OBS As porcentagens internas foram calculadas sobre totais marginais relativos à motivo de matrícula.

Através destes dados, verifica-se que as mulheres cadastradas no Ambulatório da ASSA se matricularam principalmente para a realização do controle Pré-natal, refletindo a facilidade que a mulher grávida tem em se matricular no serviço

5.6.1.2. Processo de controle do câncer cérvico-uterino

Das 293 mulheres cadastradas, 137 passaram por alguma etapa do processo de controle do câncer cérvico-uterino, isto é, 46,7% do

total, durante o período de observação. Destas 137 porém, 12 (8,8%) não realizaram a coleta de material para o exame colpocitológico.

Conforme mostra a tabela 4, do total de mulheres que passaram pelo PCCCU, 91,2% foram matriculadas para a realização do controle pré-natal, sendo que em termos de intervalo de tempo entre a matrícula e o seu primeiro atendimento no processo, a moda foi de 1 à 2 meses e a média de 3 meses. Considerando que o maior número de matrículas no pré-natal se dá entre o fim do primeiro e o início do segundo trimestres de gravidez, poder-se-ia inferir que o exame ginecológico e a coleta de material para o exame colpocitológico têm ocorrido no período gravídico em detrimento do puerperal, conforme priorizado pelo programa. Por outro lado, 6,4% o fizeram após 1 ano da matrícula, isto é, fora do período previsto.

Houve registro de 12 casos em que foi oferecida a oportunidade de realização de exame ginecológico e de coleta de material para exame colpocitológico mas que não foram realizados. Verificou-se que 83,3% delas haviam-no realizado antes da matrícula e que 16,7% se recusaram a realizá-lo.

Ao se realizar uma associação entre as tabelas 3 e 4, verifica-se que 51,2% das mulheres que se matricularam para a realização do pré-natal e 24,5% das que o fizeram para o programa de saúde do adulto passaram por alguma fase do PCCCU. Esta diferença pode estar ocorrendo porque o programa de controle pré-natal prevê a realização de exame ginecológico e o período em que deverá ser coletado o material para exame colpocitológico, o que não ocorre com o programa de Saúde do Adulto.

No período de observação foram coletados 128 exames colpocitológicos das 125 mulheres restantes, sendo que os resultados obtidos foram "material inadequado" para 9 clientes; "citologia normal" para 11, sendo que uma apresentou ectrópico e teste de Schiller positivo; 105 "citologia inflamatória", dos

Tabela 4: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas no Ambulatório da ASSA conforme intervalo de tempo entre a sua matrícula e o primeiro atendimento no processo de controle do câncer cérvico-uterino e o motivo de sua matrícula. Dezembro de 1987 a novembro de 1988.

Intervalo de tempo em meses	Motivo				TOTAL	
	Pré-natal	%	S. Adulto	%	n	%
0 - 1	10	8,0	6	41,7	16	11,0
1 - 2	71	56,8	1	6,3	72	52,8
2 - 3	11	8,8	1	6,3	12	8,8
3 - 4	5	4,0	2	12,5	7	5,1
4 - 5	3	2,4	-	-	3	2,2
5 - 6	3	2,4	-	-	3	2,2
6 - 7	5	4,0	-	-	5	3,6
7 - 8	3	2,4	2	12,5	5	3,6
8 - 9	2	1,6	-	-	2	1,5
9 - 10	-	-	-	-	-	-
10 - 11	-	-	1	6,3	1	0,7
11 - 12	4	3,2	-	-	4	2,9
13 - 14	2	1,6	-	-	2	1,5
14 - 15	1	0,8	-	-	1	0,7
15 - 16	1	0,8	-	-	1	0,7
s/inf.	1	0,8	-	-	1	0,7
TOTAL	125	91,2	12	8,8	137	100,0

OBS.: As porcentagens internas foram calculadas sobre os totais marginais relativos a motivo de matrícula

quais, 48,6% apresentaram outros achados como Trichomonas vaginalis, Cândida sp, ectrópico e teste de Schiller positivo. Três dos resultados não foram entregues na unidade.

Das 137 mulheres que passaram por alguma atividade do PCCCU, 64 (46,7%) necessitariam de algum tratamento ou exame complementar. Obteve-se dados referentes à conduta tomada em 36

casos (26,3%), sendo que 9 (6,5%) repetiram o exame colpocitológico, 23 (16,8%) foram tratadas a nível da própria unidade e 4 (2,9%) foram encaminhadas à UBS de Cotia. Devido à demora para o recebimento dos resultados dos exames, os tratamentos clínicos foram prescritos, em sua maioria, no dia da coleta do esfregaço. É importante ressaltar que não houve registro sobre as dispensas realizadas pelo pessoal de enfermagem, não sendo possível obter dados referentes aos retornos bi-anuais solicitados.

Conforme verificado da UBS de Cotia, dos 4 casos encaminhados, apenas 1 compareceu à unidade, onde foi submetido à colposcopia e à biópsia de colo uterino, 20 dias após a realização de seu primeiro exame. Os resultados destes exames foram encaminhados ao Ambulatório da ASSA, mas como verificamos posteriormente, a cliente abandonou o serviço.

Em novembro de 1989, verificou-se que as 4 pacientes encaminhadas à UBS de Cotia haviam abandonado o serviço e que o mesmo não havia tomado nenhuma conduta em relação a isto.

No figura 7 são apresentados resumidamente os dados quantitativos do processo de controle do câncer cérvico-uterino no período de 1 de dezembro de 1987 à 30 de novembro de 1989 no Ambulatório da ASSA.

A municipalização dos serviços de saúde do município de Cotia não teve influência imediata no atendimento da clientela, nem na orientação técnico-administrativa da unidade, uma vez que não foi municipalizada.

Fig. 7: Número e porcentagem de mulheres cadastradas no ambulatório da ASSA e submetidas a condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino.
Cotia, dezembro de 1987 à novembro de 1989.

CADASTRO

PROCESSO DE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

LEGENDA: PCC - Processo de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

5.6.2. A Unidade Integrada: Hospital Dr Odair Pedroso e UBS de Cotia

A Unidade Integrada, localizava-se na altura do quilômetro 32 da Rodovia Raposo Tavares, próximo ao centro de Cotia. Em termos de transporte coletivo, era servida por linhas de ônibus provenientes dos bairros do Portão, Morro Grande, Caucaia do Alto e dos municípios de São Paulo, Vargem Grande Paulista, São Roque, Ibiúna, Mairinque, Itapetininga, Embú, Itapecerica da Serra, Itapevi, Carapicuíba, etc.

Tendo por área programática aquela abrangida pelos quilômetros 26 e 39 da Rodovia Raposo Tavares, a UBS de Cotia também realizava atendimento a pacientes encaminhados por municípios vizinhos como Itapevi e Embú. Esta UBS desenvolvia atividades dos programas de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Subprogramas de controle da tuberculose e da esquistossomose, Vigilância Epidemiológica, Imunização, ambulatório de clínica cirúrgica, pronto atendimento a menores de 1 ano de idade, etc. Esta unidade era também a referência ambulatorial do Projeto para os casos de hanseníase, saúde mental, fisioterapia, saúde bucal e clínica cirúrgica.

Administrativamente ligada à AHC através dos convênios já citados, a UBS de Cotia era mantida pela mesma e pela SESSP. O pessoal aí lotado era contratado por estas duas instituições e constava de prestadores de assistência direta (médicos em período integral, que faziam parte do corpo clínico da AHC e que se revezavam no atendimento hospitalar e de urgência através de

rodízio semestral com os colegas lotados no hospital, médicos redidentes, assistente social, psicólogos, cirurgiões dentistas, fisioterapeuta, pessoal de enfermagem, etc...) que desenvolviam suas atividades em todos os programas e subprogramas e por aqueles que realizavam as atividades meio (recepção, arquivo, limpeza, secretaria).

A UBS de Cotia foi reformada e ampliada no ano de 1987, passando a contar com 10 consultórios (sendo que em um havia colposcópio instalado), em que eram realizados consultas médicas, atendimentos de enfermagem e de psicologia, 1 sala de fisioterapia, um módulo odontológico, sala de vacinação, sala de vigilância epidemiológica, sala de medicação e curativo, sala do serviço social, sala de reuniões e grupos, farmácia e 2 salas de agendamento.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) era comum ao do hospital geral e se dividia nos seguintes setores: recepção e informação, arquivo e estatística. Para o atendimento ambulatorial contava com 1 chefe, 1 encarregado, 1 escriturário e 7 auxiliares de custo.

O Hospital Dr Odair Pedroso era a referência hospitalar do Projeto, oferecendo ainda os serviços de exames complementares (laboratório de análises clínicas e rádio diagnóstico) às UBS's em horário comercial. Esta unidade Devido à proximidade de outros municípios atendia a população encaminhada por Itapevi, Carapicuíba e Embú.

Contando com 54 leitos distribuídos na quatro especialidades básicas, a saber: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica,

Pediatria e Gineco-Obstetrícia, o hospital estava tendo sua capacidade ampliada para 160 leitos, incluindo a Unidade de Terapia Intensiva, para melhor atender a demanda.

O Hospital contava ainda com centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de material, serviço de pronto atendimento vinte e quatro horas por dia, com leitos de observação e serviços de apoio como lavanderia, nutrição e dietética, zeladoria, manutenção e segurança.

O pessoal lotado no Hospital era formado por prestadores de assistência direta (médicos, pessoal de enfermagem, pessoal de laboratório, pessoal de nutrição, técnicos de RX, etc...) e por pessoal que desenvolvia atividades meio (administrador hospitalar, escriturários, pessoal da limpeza, lavanderia, motoristas, vigias, etc...)

A UBS de Cotia desenvolvia as mesmas atividades de controle do câncer cérvico uterino que o Ambulatório da ASSA, acrescentando-se a colposcopia, a coleta de material de colo uterino para a realização de biópsia e a centralização da notificação de casos de displasias e neoplasias.

Para o desenvolvimento destas atividades a unidade contava com os médicos clínicos, pediatras e ginecologistas lotados na UBS além dos médicos residentes e do pessoal de enfermagem diariamente e um motorista da AHC dois períodos por semana.

O recurso material disponível para o PCCCU constava de espéculos grandes, médios e pequenos, pinças Cheron e Pozzi, material para biópsia (punch, bisturi, pinças), 1 eletrocautério e

1 colposcópio. O material de consumo era semelhante ao do Ambulatório da ASSA, sendo fornecido pela SESSP e pela AHC.

A coleta de material para exame colpocitológico era realizada 9 períodos por semana no atendimento de rotina do serviço, isto é, no atendimento programático. Em um destes períodos, ocorria também o atendimento da agenda específica, que era realizado por médico ginecologista. Neste agendamento específico eram realizadas a coleta de material através de esfregaço das mulheres não matriculadas ou que na época não estavam inscritas em programas da UBS, além da realização de biópsia e de exame colposcópico dos casos encaminhados por médicos da própria unidade e de outras unidades do projeto.

O pessoal de enfermagem era responsável pelo preparo e encaminhamento do material para esterilização, preenchimento das requisições de exames, controle da saída de material coletado para o laboratório e de chegada dos resultados de exames. Este pessoal também era responsável pelo arquivamento, em ordem alfabética, dos mesmos em pastas específicas.

Após a coleta de material para exame a cliente era orientada a retornar em 1 mês para receber o resultado caso não tivesse nova consulta médica agendada.

O pessoal de enfermagem fornecia o resultado do exame colpocitológico e solicitava novo retorno em dois anos caso o resultado do mesmo fosse "citologia normal" ou "citologia inflamatória" sem outros achados significativos e caso a cliente não apresentasse queixa ginecológica neste contato com o serviço.

Os outros casos eram encaminhados à consulta médica no mesmo dia ou tinham nova consulta agendada.

As colposcopias e biópsias eram realizadas preferencialmente no período reservado para este fim, o que às vezes obrigou as clientes a comparecerem novamente ao serviço.

Após as mulheres tomarem conhecimento do resultado de seus exames, estes eram arquivados em seus prontuários.

Os casos de displasias e carcinomas eram notificados ao setor de vigilância epidemiológica que os registrava em livro específico para acompanhamento posterior dos casos pelo médico ginecologista.

5.6.2.1. Cadastro

Na UBS de Cotia foram cadastradas 1343 mulheres, correspondendo a 53,8% do total do estudo, sendo que em 21,2% não havia informação sobre idade e/ou motivo de matrícula no serviço.

Conforme mostra a tabela 5, do total de casos em que foi possível obter informação, isto é, 1058, 56,6% fizeram matrícula no programa de controle pré-natal, sendo que destas, 95,3% têm entre 15 e 39 anos de idade. As restantes 43,4% foram matriculadas no Programa de Saúde do Adulto que engloba os programas de saúde mental, clínica cirúrgica, clínica médica, atendimento fisioterápico e os sub programas de controle da tuberculose, da hanseníase e da esquistossomose.

Semelhantemente ao Ambulatório da ASSA, a solicitação formal de matrícula por parte de médico do Projeto era exigida no caso de mulheres não grávidas.

Frente a estes dados, verifica-se que as mulheres cadastradas na UBS de Cotia se matricularam tanto para o controle pré-natal como para o programa de saúde do adulto, havendo uma

Tabela 5: Distribuição do número e porcentagem das mulheres matriculadas na UBS de Cotia no Período de dezembro de 1987 a novembro de 1988 segundo faixa etária e motivo de matrícula

Faixa etária	motivo				total	
	Pré-natal		S. Adulto			
	n	%	n	%	n	%
15-19	74	12,4	18	3,9	92	8,7
20-24	229	38,2	72	15,7	301	28,4
25-29	150	25,0	80	17,4	230	21,7
30-34	72	12,0	84	18,3	156	14,7
35-39	46	7,7	34	7,4	80	7,6
40-44	25	4,2	37	8,0	62	5,9
45-49	3	0,5	26	5,7	29	2,7
50-54	-	-	24	5,3	24	2,3
55-59	-	-	29	6,3	29	2,7
60-++	-	-	55	12,0	55	5,2
TOTAL	599	58,6	459	42,4	1058	100,0

OBS.: as % internas foram calculadas sobre os totais marginais relativos a motivo de matrícula

diferença de 13,2% a mais para o primeiro. Semelhantemente ao ambulatório da ASSA, a solicitação formal para a realização de matrícula de mulheres não grávidas era necessária. Entretanto, o fato da unidade se localizar na Unidade Integrada, isto é, junto ao hospital e ao Pronto Atendimento facilita o encaminhamento dos pacientes ali atendidos para o seguimento em programas na UBS.

5.6.2. Processo de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

Das 1343 mulheres cadastradas, 554 passaram por alguma atividade do PCCCU, isto é, 41,2% do total, durante o período de observação. Destas 554 porém, 88 (15,9%) não realizaram a coleta de material para o exame colpocitológico numa primeira consulta.

Conforme podemos ver a tabela 6, 65,2% das mulheres que passaram pelo PCCCU se matricularam para a realização de controle pré-natal, 24,2% para o programa de saúde do adulto e em 10,6% não se obteve a informação sobre o motivo da matrícula. Em termos de intervalo de tempo entre a matrícula e o primeiro atendimento no PCCCU, a moda foi de 1 a 2 meses, bem como a média.

Tabela 6: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas na UBS de Cotia conforme intervalo de tempo entre a sua matrícula e o primeiro atendimento no processo de controle do câncer cérvico-uterino e o motivo de sua matrícula. Dezembro de 1987 a novembro de 1989.

Intervalo de tempo em meses	Motivo						TOTAL	
	Pré-natal		S.Adulto		S/Inf			
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 - 1	20	6,4	22	16,5	4	6,8	46	8,6
1 - 2	222	61,5	35	26,1	16	27,1	273	49,3
2 - 3	49	13,6	21	15,7	9	15,2	79	14,3
3 - 4	18	5,0	20	11,9	7	11,9	45	8,1
4 - 5	13	3,6	7	5,2	1	1,7	21	3,8
5 - 6	6	1,6	9	6,7	8	13,6	23	4,1
6 - 7	4	1,1	4	3,0	2	3,4	10	1,8
7 - 8	7	1,9	7	5,2	1	1,7	15	2,7
8 - 9	3	0,8	4	3,0	-	-	7	1,3
9 - 10	4	1,1	-	-	-	-	4	0,7
10 - 11	5	1,4	1	0,7	2	3,4	8	1,4
11 - 12	1	0,3	-	-	1	1,7	2	0,4
12 - 18	4	1,1	2	1,5	6	10,1	12	2,2
18 - ++	1	0,3	2	1,5	2	3,4	5	0,9
s/inf	1	0,3	-	-	-	-	1	0,2
TOTAL	361	65,2	134	24,2	59	10,6	554	100,0

OBS.: As porcentagens internas foram calculadas sobre os totais marginais relativos a motivo de matrícula

Como no Ambulatório da ASSA, a coleta de material para exame colpocitológico das mulheres que se matricularam para o controle pré-natal era realizada no período gravídico em detrimento ao puerperal. Por outro lado, verifica-se que pelo menos 1,7% o fez fora do período puerperal previsto pelo programa (2 meses após o parto).

Associando-se as tabelas 5 e 6, verifica-se que 64,6% das mulheres que se matricularam para o programa de saúde do adulto e 20,7% daquelas cujo motivo de matrícula não foi registrado, passaram por alguma etapa do PCCCU.

Das mulheres que passaram por alguma etapa do PCCCU mas não realizaram exame colpocitológico (88 mulheres) numa primeira consulta, 10,2% não o fizeram por falta de material, 14,8% por falta de recurso humano, 44,3% por fatores ligados à cliente, 23,9% por terem realizado o exame anteriormente à matrícula e 6,8% por outros motivos, como por exemplo, o encaminhamento por parte de serviços de outros municípios do SUDS-R-12.

Foram coletados 533 exames colpocitológicos das 466 mulheres restantes. Os resultados destes exames se distribuíram da seguinte forma: 18,2% não foram entregues na UBS; 9,6% "material inadequado"; 7,1% "citologia normal" 64,2% "citologia inflamatória", dos quais 27,2% (93 casos) apresentaram "outros achados" como Trichomonas vaginalis, Cândida sp., ectrópio, teste de Schiller positivo, metaplasia intensa, condiloma e anisocoriose; 0,5% "displasia leve"; 0,2% "displasia moderada" e teste de Schiller positivo; e 0,2% "carcinoma epidermóide invasivo" e teste de Schiller positivo.

As condutas tomadas pela UBS foram as que se seguem.

Em relação às mulheres que não realizaram a coleta de material numa primeira consulta, verificou-se que 11,4% realizaram o exame posteriormente, 5,7% receberam tratamento a nível da própria UBS, 1,1% realizou colposcopia e biópsia no serviço, 1,1% realizou tratamento a nível da UBS após a realização de colposcopia e 2,3% realizaram colposcopia e biópsia na UBS seguida de cirurgia no Hospital Dr. Odair Pedroso, a primeira por ter apresentado "displasia grave" na biópsia e a segunda por ter apresentado câncer de colo uterino.

A UBS deveria ter repetido o exame de 148 mulheres, 27,2% do total que passou pelo PCCCU, devido ao extravio do resultado do exame ou por ter tido "material inadequado" como resultado. Conforme verificamos, esta conduta foi tomada em 3,4% dos casos. Foram tomadas outras condutas em 16,2% das mulheres deste grupo. Assim, em 80,4% destes casos a UBS não tomou nenhuma conduta.

A unidade ainda deveria ter tomado alguma conduta em termos de tratamento, ou realização de exames, ou visita domiciliária, em 347 casos, 62,6% do total. Deste sub total, obteve-se registro de conduta em 19,9% dos casos, sendo que houveram duas altas, uma por transferência e outra por óbito por causa externa.

Os casos considerados de risco para o surgimento de neoplasias foram submetidos a outros exames num intervalo que variou de zero a trinta dias. Sete casos necessitaram de cirurgia, por apresentarem "carcinoma in situ", displasia moderada, displasia grave, metrorragia ou prolapso uterino de II grau. As cirurgias devido as três primeiras causas foram realizadas no Hospital Dr.

Odair Pedroso num intervalo de duas à cinco semanas após a realização de colposcopia e biópsia. O caso de "carcinoma epidermóide invasivo" foi encaminhado ao Hospital da Clínicas da FMUSP no mesmo dia em que realizou a coleta de material para exame colpocitológico.

É importante colocar que os casos operados no Hospital Dr. Odair Pedroso realizaram exames de controle posteriormente. Duas das mulheres que apresentavam lesões consideradas de risco para o surgimento de neoplasia abandonaram o serviço após a realização dos exames complementares.

Na UBS de Cotia, como no Ambulatório da ASSA, as dispensas realizadas pela enfermagem não foram registradas em prontuário, dificultando a obtenção de dados reais sobre as condutas tomadas.

Na figura 8 são apresentados os dados quantitativos do processo de controle do câncer cérvico uterino na UBS de Cotia período de dezembro de 1987 a novembro de 1989, detalhando-se as condutas tomadas.

A UBS de Cotia, por estar diretamente ligada à AHC, não foi municipalizada e continuou a seguir a orientação técnico-administrativa desta instituição. Assim, a municipalização não teve influência imediata no atendimento da clientela cadastrada neste estudo.

Fig 8: Número e porcentagem de mulheres cadastradas na UBS de Cotia e submetidas a condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino
Cotia, dezembro de 1987 à novembro de 1989.

CADASTRO

PROCESSO DE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

LEGENDA: PCC - Processo de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

5.6.3. UBS de Caucaia do Alto

A UBS de Caucaia do Alto localizava-se no centro do Sub-distrito de Caucaia do Alto no município de Cotia. Tinha por área programática todo o Sub-distrito. A unidade teve suas instalações reformadas e ampliadas em 1987 pela SESSP, passando a contar com instalações apropriadas para o pronto atendimento nas 24 horas do dia e para a instalação de leitos de observação (1 consultório médico, 1 sala para atendimento da urgências, 2 salas de observação, 1 sala de repouso médico, sala de esterilização de material, 1 sala de higienização e 1 sala de medicação), separando os mesmos da área de atendimento da clientela programática que conta com 3 consultórios médicos, 1 consultório odontológico (fora de funcionamento por falta de equipo odontológico até 1989), 1 consultório de enfermagem, sala de vacinação, sala de pré e pós consulta e farmácia. O SAME era comum ao PA e ao ambulatório.

Em termos de transporte este sub distrito era servido por ônibus com destino a Cotia, Bairro da Capelinha e São Paulo e por táxis.

Em junho de 1988, esta unidade foi municipalizada e em agosto do mesmo ano incorporou o Ambulatório Municipal existente nas proximidades. A partir de então, o serviço de Pronto Atendimento passou a ser realizado nas 24 horas do dia, contando com serviço de ambulância.

É interessante colocar que anteriormente à municipalização dos serviços de saúde, a direção desta unidade estava a cargo de um médico sanitarista ligado à AHC, e que os convênios existentes para

o funcionamento desta unidade foram firmados entre a AHC e a SESSP, sem a participação da Prefeitura.

Sendo 1988 ano de eleições municipais, até o seu final a UBS seguiu a orientação técnica da AHC. Em janeiro de 1989, com a posse do novo prefeito o município optou por priorizar o pronto atendimento. Os programas que estavam consolidados a nível do serviço foram interrompidas durante o primeiro semestre de 1989, ficando restritos aos atendimentos de enfermagem à criança e à gestante, à vacinação, ao controle dos casos de tuberculose e esquistossomose desenvolvidos pelo pessoal que já trabalhava nesta unidade e à coleta de material para exame colpocitológico por parte da enfermeira da LBA, um período por semana. Os casos em que era detectada a necessidade de acompanhamento médico foram encaminhados ao Pronto Atendimento anexo à UBS, onde o médico plantonista prescrevia o tratamento.

Com a municipalização, os funcionários da AHC lotados nesta unidade foram contratados pela Prefeitura Municipal de Cotia e o pessoal contratado pela SESSP foi colocado à disposição da mesma, conforme determinado na Resolução da Comissão Inter-institucional de Saúde SP-34/87.

Sendo o ano de 1988 um ano de eleições municipais, até outubro a unidade não sofreu grandes transformações. O pessoal lotado no Ambulatório Municipal desenvolvia o atendimento no PA e o pessoal anteriormente lotado na UBS, com exceção dos médicos, permaneceu nas suas funções e auxiliava no PA.

Por dificuldades no processo de municipalização e na formalização de convênio entre a Prefeitura de Cotia e a AHC que

era responsável pela antiga unidade, esta UBS ficou o primeiro semestre de 1989 sem atendimento médico ambulatorial programático, contando apenas com 1 médico plantonista por período. É interessante ressaltar que esta unidade foi equipada com um colposcópio que por estar ocioso foi transferido para outro serviço da região do SUDS R-12.

O pessoal lotado nesta unidade após a municipalização era de 22 prestadores de assistência direta (médicos plantonistas, cirurgiões dentistas, psicólogo, visitador sanitário, auxiliares médicos, auxiliar "A", atendentes "A") e 18 de pessoal que desenvolvia atividades meio.

Observa-se aqui um grande número de categorias na enfermagem. Isto se deu devido às diferenças salariais existentes anteriormente à municipalização entre os funcionários da AHC e da Prefeitura de Cotia e a promessa da segunda de não rebaixar os proventos dos ex-funcionários da primeira. É importante colocar que, com exceção da visitadora sanitária, o pessoal auxiliar médico, Auxiliar "A" e atendente "A" exercem praticamente as mesmas funções e que nos causou estranheza o fato da unidade não contar com enfermeiro que treine e supervisione este pessoal desde 1987.

A UBS de Caucaia do Alto previa o desenvolvimento das mesmas atividades para o processo de controle do câncer cérvico-uterino que o Ambulatório da ASSA, para as quais contava com dois médicos, dez períodos por semana, um médico nove períodos por semana, uma auxiliar de enfermagem e uma atendente de enfermagem. A unidade também contava com uma enfermeira do Centro Materno-Infantil da Legião Brasileira de Assistência (LBA) um período por

semana, no qual era realizada a coleta de material para exame colpocitológico.

O recurso material era semelhante ao da ASSA acrescido de uma autoclave horizontal para a esterilização de material e de um colposcópio que em 1989 foi transferido para outra unidade do SUDS-R-12 devido à sua pouca utilização.

Conforme colocado anteriormente, durante o primeiro semestre de 1989 a UBS ficou sem atendimento programático. Após este período a prefeitura municipal de Cotia optou por retomar o atendimento programático e firmou convênio com a AHC. Assim, um médico ginecologista desta última passou a atender na UBS os casos de ginecologia e obstetrícia considerados de risco, um dia por semana.

É importante colocar que, diferentemente das outras unidades do Projeto, devido à baixa demanda, todas as mulheres que procuraram o serviço para a realização de exame colpocitológico foram matriculadas, não havendo a exigência de solicitação formal do médico para tal.

Coletado o material para o exame colpocitológico, a mulher era orientada a comparecer ao serviço após um mês caso não tivesse consulta médica agendada. Como nas outras unidades, os ginecologistas da AHC triavam os resultados de exames, separando os casos que necessitavam de tratamento e de exames complementares.

5.6.3.1. Cadastro

Na UBS de Caucaia do Alto foram cadastradas 286 mulheres (11,5% do total). Em relação à idade, conforme se observa na tabela 7, 70,2% das mulheres cadastradas têm entre 15 e 34 anos. Em relação ao motivo da matrícula, 63,5% a fizeram para a realização de controle pré-natal, sendo que 96,1% destas têm entre 15 e 39 anos de idade.

Nesta unidade, verificamos que apesar de não ser exigida solicitação formal de médico para a realização de matrícula da mulher não grávida, a porcentagem de mulheres que se matricularam para a realização de controle pré natal é maior que na UBS de Cotia.

Tabela 7: Distribuição do número e porcentagem das mulheres matriculadas na UBS de Caucaia do Alto no período de dezembro de 1987 a novembro de 1988 segundo faixa etária e motivo de matrícula

Faixa etária	motivo				Total	
	Pré-natal		S. Adulto			
	n	%	n	%	n	%
15-19	24	13,4	6	5,9	30	10,6
20-24	73	40,8	11	10,7	84	29,8
25-29	37	20,7	9	8,7	46	16,3
30-34	24	13,4	14	13,6	38	13,5
35-39	14	7,8	9	8,7	23	8,2
40-44	7	3,9	9	8,7	16	5,7
45-49	-	-	7	6,8	7	2,5
50-54	-	-	13	12,6	13	4,6
55-59	-	-	9	8,7	8	3,2
60-++	-	-	16	15,6	16	5,7
TOTAL	179	62,5	107	36,5	286	100,0

OBS: Casos sem informação: 4 porcentagem do total (286): 1,4%

As % internas foram calculadas sobre os totais marginais relativos a motivo de matrícula

5.6.3.2. Processo de controle do câncer cérvico-uterino

Cento e dezessete mulheres passaram por atividades do PCCCU, correspondendo à 40,9% do total das mulheres cadastradas. Destas 117, entretanto, 20 não realizaram exame colpocitológico por motivos que serão apresentados posteriormente.

Conforme mostra a tabela 8, 69,2% das mulheres que passaram pelo PCCCU fizeram matrícula para a realização de controle pré-natal e 30,8% para o programa de Saúde do Adulto. Em termos de intervalo de tempo entre a matrícula e o primeiro atendimento no PCCCU, verifica-se que aquelas que realizaram matrícula no pré-natal, a moda e a média foi de 2 a 3 meses incompletos. Para aquelas que se matricularam no programa de Saúde do Adulto, a média e a moda foram de 1 à 2 meses incompletos.

Tabela 8: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas na UBS de Caucaia do Alto conforme intervalo de tempo entre a sua matrícula e o primeiro atendimento no processo de controle do câncer cérvico-uterino e o motivo de sua matrícula. Dezembro de 1987 a novembro de 1989.

Intervalo de tempo em meses	Motivo				TOTAL	
	Pré-natal		S.Adulto			
	n	%	n	%	n	%
0 - 1	12	14,9	9	25,0	21	17,5
1 - 2	15	18,8	19	52,9	34	29,0
2 - 3	38	46,9	3	8,3	41	35,0
3 - 4	9	11,1	1	2,8	10	8,5
4 - 5	4	5,0	2	5,5	6	5,1
5 - 6	2	2,5	-	-	2	1,7
6 - 9	1	1,2	-	-	1	0,9
9 - 10	-	-	1	2,8	1	0,9
s/informação	-	-	1	2,8	1	0,9
TOTAL	81	69,2	36	30,8	117	100,0

OBS: As porcentagens internas foram calculadas sobre os totais marginais relativos a motivo de matrícula.

A associação entre as tabelas 8 e 9 mostra que 45,3% das mulheres que se matricularam para a realização do controle pré-natal e 35% das que o fizeram para o programa de Saúde do Adulto passaram por alguma fase do PCCCU durante o período de observação.

Como foi citado anteriormente, 20 mulheres não realizaram a coleta de material para exame colpocitológico e tiveram registrados em seus prontuários os seguintes motivos: falta de recurso material (5%), falta de recurso humano (5%), causas ligadas à cliente (50%) e realizou a matrícula posteriormente ao exame (40%).

Das 97 mulheres restantes, foram realizados 121 exames cujos resultados se distribuíram da seguinte maneira: 14,9% não foram entregues à UBS; 5,8% "material inadequado"; 4,1% "citologia normal"; 71,9% "citologia inflamatória", dos quais, 27,6% apresentaram outros achados; e 0,8% "displasia moderada".

Diante dos resultados dos exames, a UBS deveria ter tomado alguma conduta em 50 casos, 51,5% das mulheres que passaram pelo PCCCU. Foram registradas em prontuário as condutas tomadas em sete casos: tratamento clínico de 5 casos e encaminhamento à UBS de Cotia de 1 caso de "citologia inflamatória" e de 1 caso de "displasia moderada".

Dos dois casos encaminhados à UBS de Cotia, um foi posteriormente encaminhado do Hospital da Clínicas da FMUSP onde fazia tratamento até o final da coleta dos dados. O outro foi encaminhado também ao Hospital das Clínicas, mas preferiu realizar a colposcopia e o tratamento subsequente no Hospital Escola de Sorocaba, conforme informação obtida de funcionária da UBS, vizinha

da cliente. A título de controle da UBS de Caucaia do Alto, a primeira tem retorno anual agendado.

Acreditamos que a falta de atendimento programático no primeiro semestre de 1989 foi responsável pelo pequeno número de atendimentos no controle do câncer cérvico-uterino e pela falta de registro de algumas condutas tomadas nos prontuários da clientela que acabou sendo atendida no Pronto Atendimento, além, é claro, das dispensas e orientações feitas pela enfermagem que também não foram anotadas nos prontuários.

Após ter sido municipalizada, a UBS de Caucaia do Alto passou por uma ruptura na sua programação devido a divergências entre as prioridades dadas na área da saúde pela Prefeitura Municipal de Cotia e a Associação Hospital de Cotia. A primeira priorizava as consultas médicas no Pronto Atendimento e a segunda a programação em saúde nas áreas de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Vigilância Epidemiológica e Imunização, que incluíam o pronto atendimento.

Após este período, a AHC a Secretaria de Estado da Saúde e a Prefeitura Municipal de Cotia procuraram encontrar uma alternativa para a situação criada. Assim, a unidade passou a desenvolver atividades programáticas em 1989. Entretanto, a integralidade da assistência não mais existia - a mulher que fazia tratamento de diabetes com o médico clínico, por exemplo, deveria retornar em outra consulta médica com o ginecologista para a realização de exame colpocitológico. Teoricamente, isto possibilitaria a queda na cobertura.

Na Figura 9 são apresentados resumidamente os dados quantitativos do processo de controle do câncer cérvico-uterino na UBS de Caucaia do Alto, detalhando as condutas tomadas

Fig. 9: Número e porcentagem de mulheres cadastradas na UBS de Caucaia do Alto e submetidas a condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino.
Cotia, dezembro de 1987 à novembro de 1989.

CADASTRO

PROCESSO DE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

LEGENDA: PCC - Processo de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

5.6.4. UBS de Vargem Grande Paulista

Localizada na altura do quilômetro 44 da Rodovia Raposo Tavares, na região do centro, a UBS de Vargem Grande Paulista, tinha por área programática o Município de Vargem Grande Paulista, excluía a área do bairro do Tijuco Preto. Entretanto, devido à facilidade de acesso geográfico, a programação em andamento e a falta de serviços em bairros de municípios vizinhos como Itapevi, São Roque, Ibiúna e Cotia, o Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista decidiu ampliar sua área de atuação para estes bairros.

Até maio de 1989, a unidade tinha seus serviços instalados em vários prédios, localizados próximos à rodovia, o que obrigava a clientela, funcionários e documentos, como prontuários médicos e exames, a transitar pela rua e inclusive a atravessar a Rodovia.

Este serviço era servido por ônibus provenientes de São Paulo, Cotia, Ibiúna, Itapetininga e São Roque.

A partir de maio de 1989, unidade passou a contar com área física própria para o Pronto Atendimento (2 consultórios médicos, sala de medicação, sala de parto de urgência, instalações para leitos de observação, repouso médico e repouso de motoristas) e para atendimento programático (1 módulo odontológico simplificado, 5 consultórios médicos - sendo que um conta com colposcópio e criocauterizador, 1 consultório de enfermagem, 1 consultório para atendimento psicológico, 1 sala de vigilância epidemiológica e 1 sala de agendamento). O SAME era comum ao PA e o ambulatório como ocorria na UBS de Caucaia do Alto.

Esta unidade localizava-se um pouco distante do centro de Vargem Grande Paulista e durante a realização deste trabalho era

servida por linha de ônibus proveniente de Tijuco Preto. Os moradores de outros bairros eram obrigados a caminhar ou então servir-se de automóvel ou táxi para chegar ao serviço.

Tendo firmado convênios com a AHC e a SESSP, vinha realizando pronto atendimento nas 24 horas do dia desde 1984. Era mantida pelo Município e a SESSP. Contava com pessoal especialista para o atendimento da clientela classificada pela equipe médica como sendo "de risco" em dias específicos da semana.

O convênio de Município Carente, firmado pelo município com a SESSP, possibilitou obtenção de recursos para o desenvolvimento da programação de saúde e a contratação de pessoal para os serviços de saúde do município.

O pessoal lotado nesta unidade era contratado pela Prefeitura Municipal e pela SESSP (via convênio AIS e através de concursos públicos). É interessante colocar que o Departamento de Saúde do município tinha sua "sede" nesta UBS, assim o pessoal administrativo era computado nesta unidade. Este serviço contava com 51 prestadores de assistência direta (16 médicos, incluindo plantonistas, psicólogos, pessoal de enfermagem, cirurgiões dentistas, assistente social) e 28 servidores que desenvolviam atividades meio, incluindo aqui o diretor técnico que acumulava a diretoria do Departamento de Saúde.

Na UBS de Vargem Grande Paulista, até meados de 1989, eram desenvolvidas as seguintes atividades para o controle do câncer cérvico-uterino: realização de exame ginecológico, coleta de material para exame colpocitológico, tratamento clínico,

cauterização de lesões e grupo de mulheres. A partir do segundo semestre de 1989, a unidade passou a realizar exame colposcópico e coleta de material para biópsia. Tornando-se a referência para a realização desses exames para a UBS de Tijuco Preto.

Para a realização dessas atividades, a UBS contava com 6 médicos, 4 enfermeiras do Núcleo de Assistência ao Auto Cuidado da Mulher (NAAM), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e duas atendentes de enfermagem.

Os médicos realizavam atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino previstas nos programas de pré-natal e saúde do adulto nove períodos por semana e o NAAM, realizava consultas de enfermagem às mulheres matriculadas ou não, que desejassem fazer o exame colpocitológico, além de realizar grupos de mulheres com o objetivo de fornecer os resultados dos exames e suscitar discussões sobre o auto cuidado.

O recurso material disponível para a realização das atividades previstas era semelhante ao da UBS de Cotia, acrescido de autoclave horizontal e estufa para a esterilização de material e material educativo (manequim feminino) para a realização de grupos.

Coletado o material, a mulher era orientada a comparecer após um mês, caso não tivesse retorno agendado, para obtenção de seu resultado de exame e participação no grupo. Visando ampliar a clientela atendida nos grupos o NAAM passou a centralizar o arquivo de resultados de exames. Assim, ao participar dos grupos, cada mulher era informada quanto ao resultado de seu exame e caso apresentasse alguma queixa ginecológica ou alguma alteração em seu exame, a mulher era encaminhada ao Pronto Atendimento onde um

médico generalista prescrevia o tratamento clínico ou solicitava o acompanhamento ambulatorial. É interessante colocar que casos de infecções por Trichomonas vaginalis ou Cândida sp tinham seus tratamentos prescritos pelo próprio NAAM sob orientação prévia do corpo clínico do serviço. As condutas tomadas quer no Pronto Atendimento, quer pelo NAAM não eram registradas em prontuário, sendo colocado apenas um "visto" no próprio resulatado do exame que permanecia nos arquivos do NAAM.

Posteriormente os resultados dos exames da clientela matriculada passaram a ser arquivados em seus respectivos prontuários pelo SAME após o seu comparecimento às atividades de grupo, entretanto, as condutas tomadas continuaram a não ser registradas em prontuário.

Em fins de 1989, atividades do PCCCU, como a coleta de material para exame, o tratamento clínico e o encaminhamento, eram registrados no prontuário e os exames eram aí arquivados após a cliente tomar conhecimento de seus resultados.

Os fatos citados aliados à falta de anotação das consultas realizadas no Pronto Atendimento e das dispensas realizadas pelo NAAM nos prontuários levaram à perda de informações sobre o PCCCU que não poderão ser recuperadas a não ser que se realize um inquérito com todas as mulheres cadastradas.

Os dados obtidos nos prontuários são apresentados a seguir.

5.6.4.1. Cadastro

Na UBS de Vargem Grande Paulista foram cadastradas 452 mulheres (18,1% do total). Em relação à idade e/ou motivo da matrícula não se obteve dados em 4,4% dos casos. Conforme mostra a tabela 9, 77,4% das mulheres têm entre 15 e 39 anos de idade. Diferentemente das outras unidades, há um equilíbrio na distribuição das mulheres quanto ao motivo da matrícula, 49,8% se matricularam para o controle pré-natal e 50,2% para o programa de saúde do adulto. Deste último grupo, 72,3% têm entre 20 e 49 anos de idade. Esta diferença pode ser creditada ao fato da unidade ter um Pronto Atendimento em funcionamento 24 horas por dia que tria e encaminha os casos para acompanhamento, facilitando portanto, o acesso da clientela não gestante ao serviço ambulatorial.

Tabela 9: Distribuição do número e porcentagem das mulheres matriculadas na UBS de Vargem Grande Paulista no Período de dezembro de 1987 a novembro de 1988 segundo faixa etária e motivo de matrícula

Faixa etária	motivo				Total	
	Pré-natal		S. Adulto			
	n	%	n	%	n	%
15 - 19	25	11,6	9	4,1	34	7,9
20 - 24	74	34,4	35	16,1	109	22,2
25 - 29	65	30,2	26	12,0	91	21,1
30 - 34	33	15,3	30	13,8	63	14,6
35 - 39	10	4,7	27	12,4	37	8,6
40 - 44	5	2,3	19	8,8	24	5,6
45 - 49	3	1,4	20	9,2	23	5,3
50 - 54	-	-	10	4,6	10	2,3
55 - 59	-	-	16	7,4	16	3,7
60 - ++	-	-	25	11,5	25	5,9
TOTAL	215	49,8	217	50,2	432	100,0

OBS: Casos sem informação 20 Porcentagem do total 4,4%

As porcentagens internas foram calculadas sobre os totais marginais relativos a motivo de matrícula.

Através destes dados, verifica-se que na UBS de Vargem Grande Paulista as mulheres se matricularam tanto para o controle pré-natal como para o programa de saúde do adulto. Diferentemente das outras unidades.

5.6.4.2. Processo de controle do câncer cérvico-uterino

Das mulheres cadastradas, 139 (30,7%) passaram por alguma atividade prevista na prevenção do câncer cérvico-uterino durante os dois anos em que ocorreu a coleta de dados.

Destas 139 mulheres, conforme demonstra a tabela 10, 55,4% fizeram matrícula para a realização de controle pré-natal e 44,6% no Programa de Saúde do Adulto. Quanto ao intervalo entre a matrícula e o seu primeiro atendimento no PCCCU, verifica-se que para todos os casos a moda foi de 1 à 2 meses e a média de 2 à 3 meses.

Nesta unidade as ações de prevenção do câncer cérvico-uterino ocorreram num intervalo de tempo inferior à 1 ano conforme preconizado pelo programa de saúde do adulto e à exemplo das outras unidades, estas mesmas ações ocorreram principalmente no período gravídico em detrimento ao puerperal para aquelas que se matricularam para o controle pré-natal.

Ao se realizar uma associação entre as tabelas 9 e 10, verifica-se que 35,8% das mulheres que fizeram matrícula para o controle pré-natal e 28,6% das que a fizeram para o programa de saúde do adulto passaram por atividades do PCCCU.

Tabela 10: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas na UBS de Vargem Grande Paulista conforme intervalo de tempo entre a sua matrícula e o primeiro atendimento no processo de controle do câncer cérvico-uterino e o motivo de sua matrícula. Dezembro de 1987 a novembro de 1989.

tempo em meses	n	Pré-natal		S. Adulto		TOTAL
		%	n	%	n	%
0 - 1	18	10,4	10	21,0	21	15,1
1 - 2	39	50,6	28	41,9	65	46,8
2 - 3	12	15,6	8	9,7	18	12,0
3 - 4	7	9,1	5	12,9	15	10,6
4 - 5	1	1,3	0	1,3	1	0,7
5 - 6	-	-	1	1,3	1	0,7
6 - 7	2	2,6	1	1,6	3	2,2
7 - 8	2	2,6	-	-	2	1,4
8 - 9	4	5,2	2	3,2	6	4,3
9 - 10	2	2,6	-	-	2	1,4
s inf.	-	-	2	3,2	2	1,4
TOTAL	77	55,4	62	44,6	139	100,0

OBS: As porcentagens internas foram calculadas sobre os totais marginais relativos a motivo de matrícula.

Das 139 mulheres que passaram por atividades de controle do câncer cérvico-uterino, 30 casos, isto é, 21,6% não realizaram exame colpocitológico. Destas trinta, 13,3% não o fizeram por falta de recurso material, 6,7% por falta de recurso humano, 23,3% por causas ligadas à cliente e 63,3% por o terem realizado anteriormente à matrícula, inclusive em outro município (São Paulo)

As 109 mulheres restantes fizeram 129 exame colpocitológico cujos resultados se distribuíram da seguinte forma: 15,5% o resultado não chegou a ser entregue no serviço; 1,5% "material inadequado"; 1,5% "citologia normal"; 3,1% "citologia normal"; 76,7% "citologia inflamatória", dos quais, 44,4% apresentaram outros achados; 0,8% "displasia leve" e papiloma virus; 0,8% "displasia leve" e teste de Schiller positivo; 0,8% "displasia leve", presença de hemácias e Haemophilus vaginalis; e 0,8%

"atípias nucleares incomuns", presença de hemácias e quadro atrófico.

A UBS deveria ter tomado alguma conduta em pelo menos 69 casos (63,3%). Deste total, obtivemos dados referentes a conduta em 31,9% dos casos. As condutas tomadas foram tratamento clínico, cauterização de condiloma, encaminhamentos à UBS de Cotia para a realização de exames complementares e encaminhamento ao Hospital Dr. Odair Pedroso para a realização de curetagem.

Dos 4 casos encaminhados às unidades de referência do Projeto, duas compareceram à UBS de Cotia até dois meses após a realização do exame colpocitológico e uma foi submetida à curetagem uterina um mês após a realização da matrícula.

Na figura 10 são apresentados os dados quantitativos do PCCCU na UBS de Vargem Grande Paulista no período de dezembro de 1987 a novembro de 1989

Esta unidade passou por um processo de municipalização diferente da UBS de Caucaia do Alto pois, como relatamos anteriormente, em 1984, através de convênios, a mesma passou a ser administrada pela Prefeitura Municipal de Vargem Grande Paulista em conjunto com a AHC e a SESSP. Isto possibilitou a passagem gradual do "poder" da AHC e da SESSP para a municipalidade, diminuindo os choques de interesses técnicos e político-partidários.

O atendimento programático continuou na sua rotina e ainda houve a oportunidade da elaboração de um "Plano de Saúde para Vargem Grande Paulista" no início de 1989, que possibilitou a contratação de mais técnicos e a compra de materiais e equipamentos.

Fig. 10: Número e porcentagem de mulheres cadastradas na UBS de Vargem Grande Paulista e submetidas a condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino.
Vargem Grande Paulista, dezembro de 1987 à novembro de 1989.

CADASTRO

PROCESSO DE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

LEGENDA: PCC - Processo de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

5.6.5. UBS de Tijuco Preto

A UBS de Tijuco Preto era subordinada técnica e administrativamente ao Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista. Localizada na altura do quilômetro 13 da Estrada de Caucaia do Alto, esta unidade foi construída em regime de mutirão pela comunidade do Bairro do Tijuco Preto e pela Prefeitura Municipal em 1985. Sua área programática era o Bairro do Tijuco Preto que tinha uma população estimada de 4.000 habitantes.

Esta unidade era servida por ônibus proveniente de Caucaia do Alto, São Paulo, Cotia e Vargem Grande Paulista e contava com serviço de ambulância para o transporte de pacientes às unidades de referência do Projeto e a outros serviços.

Sendo uma unidade pequena, conta com 2 médicos de família que se deslocam periodicamente à UBS de Vargem Grande Paulista para a realização de plantões no Pronto Atendimento, um auxiliar de enfermagem e duas visitadoras sanitárias. Estes últimos realizam atendimento de enfermagem sob supervisão periódica da enfermeira da UBS de Vargem Grande Paulista. Futuramente espera-se contratar uma enfermeira especificamente para esta unidade. Em caso de necessidade o paciente era encaminhado à UBS de Vargem Grande Paulista ou ao Hospital Dr Odair Pedroso, suas unidades de referência.

A unidade contava com 2 consultórios médicos, 1 sala para atendimento de enfermagem, esterilização de material e arquivo de prontuários e 1 sala para vacinação, curativo, preparo de material e guarda de medicamentos.

Na UBS de Tijuco Preto eram desenvolvidas as seguintes atividades para o controle do câncer cérvico-uterino: exame ginecológico, coleta de material para exame colpocitológico, tratamento clínico, cauterização de lesões, convocações e encaminhamentos a outros serviços.

Para o desenvolvimento dessas atividades a unidade contava com os seguintes recursos: 1 médico generalista, 1 médico de família, 1 auxiliar de enfermagem e 1 visitador sanitário, sendo que os dois últimos também eram responsáveis pelo desenvolvimento das atividades meio (arquivo, estatística, secretaria) e um motorista. O recurso material disponível era semelhante ao da ASSA.

As atividades programáticas eram desenvolvidas em 7 períodos semanais, sendo que quinzenalmente um destes períodos era reservado para o atendimento específico de prevenção do câncer cérvico-uterino por um dos médicos.

O material coletado para o exame colpocitológico era encaminhado ao laboratório semanalmente e a mulher era orientada a retornar em um mês e meio para o recebimento do resultado de seu exame caso não tivesse consulta agendada.

Os resultados dos exames, primeiramente eram encaminhados à UBS de Vargem Grande Paulista, onde a médica ginecologista triava os casos que necessitariam de convocação, de tratamento ou que deveriam retornar em 2 anos para novo exame. Após esta triagem, os resultados eram enviados à UBS de Tijuco Preto, onde o pessoal de enfermagem se encarrega das convocações, das dispensas e dos encaminhamentos às consultas médicas dos casos que necessitavam de tratamento, quando do comparecimento das mulheres ao serviço. Estas

dispensas e as convocações, entretanto, não eram registradas em prontuário.

5.6.5.1. Cadastro

Na UBS de Tijuco Preto foram cadastradas 121 mulheres (4,9% do total), das quais se obteve dados referentes à idade e motivo de matrícula em 95,9% dos casos. Conforme podemos ver na tabela 11, estas se distribuíram da seguinte forma: 69,0% se matricularam para a realização de controle pré-natal e as restantes 31,0% se matricularam no programa de saúde do adulto.

Tabela 11: Distribuição do número e porcentagem das mulheres matriculadas na UBS de Tijuco Preto no Período de dezembro de 1987 a novembro de 1989 segundo faixa etária e motivo de matrícula

Faixa etária	motivo				Total	
	Pré-natal		S. Adulto			
	n	%	n	%	n	%
15 - 19	10	12,5	2	5,5	12	10,1
20 - 24	31	38,7	6	16,7	37	32,3
25 - 29	19	23,8	2	5,5	21	18,1
30 - 34	9	11,3	10	27,8	19	16,4
35 - 39	8	11,3	8	22,2	17	14,6
40 - 44	1	1,2	1	2,8	2	1,7
45 - 49	1	1,2	1	2,8	1	0,9
50 - 54	-	-	1	2,8	1	0,9
55 - 59	-	-	1	2,8	1	0,9
60 - ++	-	-	1	2,8	1	0,9
TOTAL	80	69,0	36	31,0	116	100,0

OBS.: As porcentagens internas foram calculadas sobre os totais marginais relativos a motivo de matrícula

Verifica-se através destes dados que as mulheres maiores de 15 anos de idade que se matricularam na UBS de Tijuco Preto estão em sua grande maioria (91,3) em idade fértil, que o motivo de sua matrícula era em 69% dos casos o controle pré-natal.

5.6.5.2. Processo de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

Das 121 mulheres cadastradas, 65 (53,7%) passaram por alguma das atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino durante o período de coleta de dados. Destas, conforme podemos ver na tabela 12, 75,4% haviam realizado matrícula para o controle pré-natal e as 24,6% restantes para o Programa de Saúde do Adulto.

Em relação ao intervalo entre a matrícula e o primeiro atendimento no programa de prevenção do câncer cérvico-uterino, verifica-se que para as que realizaram matrícula para o controle pré-natal, a moda foi de 1 à 2 meses e a média foi de 3 à 4 meses após a matrícula e que para as que realizaram matrícula para o programa de saúde do adulto a moda foi de 1 à 2 meses e a média de 2 à 3 meses.

Ao se associar as tabelas 11 e 12, verifica-se que 61,2% das mulheres que se matricularam para a realização de controle pré-natal e 25,8% das que a fizeram para o programa de saúde do adulto passaram por atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino.

Das 65 mulheres que passaram pelo PCCCU, 10 (15,4%) não realizaram coleta de material para exame colpocitológico por falta de material (1 caso), recusa da cliente (1 caso) e por ter realizado o exame anteriormente à matrícula (8 casos).

As 55 mulheres restantes realizaram 58 exames colpocitológicos cujos resultados se distribuíram da seguinte forma: 6,9% o resultado não foi entregue na unidade; 1,7% "material inadequado"; 17,3% "citologia normal"; 76,4% "citologia

Tabela 12: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas na UBS de Tijuco Preto conforme intervalo de tempo entre a sua matrícula e o primeiro atendimento no processo de controle do câncer cérvico-uterino e o motivo de sua matrícula. Dezembro de 1987 a novembro de 1989.

Intervalo de tempo em meses	Motivo		S. Adulto		TOTAL	
	Pré-natal					
	n	%	n	%	n	%
0 - 1	4	8,2	4	25,0	8	12,2
1 - 2	15	30,6	7	40,8	22	33,3
2 - 3	14	28,6	1	6,2	15	22,1
3 - 4	2	4,1	1	6,2	3	4,6
4 - 5	1	2,0	1	6,2	2	3,1
5 - 6	2	4,1	-	-	2	3,1
6 - 7	2	4,1	-	-	2	3,1
7 - 8	2	4,1	-	-	2	3,1
8 - 9	1	2,0	-	-	1	1,5
9 - 10	2	4,1	-	-	2	3,1
10 - 11	-	-	1	6,2	1	1,5
11 - 12	1	2,0	-	-	1	1,5
12 - 15	2	4,1	1	6,2	3	4,6
15 - ++	1	2,0	-	-	1	1,5
TOTAL	49	75,4	16	24,6	65	100,0

OBS: As porcentagens internas foram calculadas sobre os totais marginais relativos a motivo de matrícula.

inflamatória", dos quais, 59,5 apresentaram outros achados; e 1,7% "displasia leve".

As condutas tomadas foram as seguintes: tratamento clínico de 27,3% dos casos. Foram encaminhados à UBS de Cotia para a realização de colposcopia e biópsia de 3,6% dos casos, 1 caso de citologia normal que ao exame colposcópico apresentou teste de Schiller positivo e realizou novo exame para controle na UBS de Tijuco Preto no ano seguinte; e 1 caso de "citologia inflamatória" e metaplasia, que conforme verificou-se em novembro de 1989, havia abandonado o serviço.

Foram encaminhados 5,4% (4 casos) dos casos à UBS de Cotia, após o tratamento clínico, para a realização de colposcopia e

biópsia, 1 caso de "citologia inflamatória", presença de hemácias e metaplasia que, conforme verificou-se em novembro de 1989 também havia abandonado o serviço; 1 caso de "citologia inflamatória", presença de hemácias e teste de Schiller positivo. A colposcopia, realizada cinco dias após o exame colpocitológico apresentou colo epiteliado sem imagem atípica. A paciente foi orientada a realizar novo exame colpocitológico após dois anos e 1 caso de "citologia inflamatória" e teste de Schiller positivo. O resultado da colposcopia, realizado no dia seguinte à coleta de material para exame colpocitológico foi "ectrópico extenso, ZTT, epitélio expessado às 11 horas, OEFT e Schiller positivo", e da biópsia, "fragmento brancacento, cervicite crônica, metaplasia escamosa com extensão glandular". A paciente foi contra-referida ao serviço com a seguinte orientação: "Não há necessidade de colposcopia nem de cauterização."

Resumidamente na figura 11 são apresentados os dados quantitativos do processo de controle do câncer cérvico-uterino na UBS de Tijuco Preto no período de estudo.

Fig.11 : Número e porcentagem de mulheres cadastradas na UBS de Tijuco Preto e submetidas a condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino.

Vargem Grande Paulista, dezembro de 1987 à novembro de 1989.

CADASTRO

PROCESSO DE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

LEGENDA : PCC – Processo de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

6. DISCUSSÃO

A estratégia de regionalização dos serviços de saúde, conforme bibliografia consultada ^{19,21,22}, propõe uma organização dos serviços de saúde que prevê o estabelecimento de níveis de assistência, desde o primário, em que "centros primários de saúde" prestariam assistência primária à população de uma área restrita, até o nível terciário, onde encontramos os serviços médicos de referência, altamente especializados.

O Projeto Cotia, no período deste estudo configurava um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde que, em sua organização, levou em conta, basicamente, princípios tecnológicos e organizacionais, configurando um distrito sanitário, na concepção definida por Mendes e col.²³, como, "topográfico-burocrático".

O Projeto era formado por unidades básicas de saúde em que uma equipe constituída predominantemente por médicos sanitaristas, generalistas e das especialidades básicas e pessoal de enfermagem, prestavam assistência primária à população de uma área delimitada. Havia uma unidade ambulatorial de referência para a realização de colposcopia e biópsia, a UBS de Cotia, que também prestava assistência primária. O Hospital Dr. Odair Pedroso era a unidade hospitalar de referência de nível secundário. Em caso de necessidade de assistência de nível terciário, a clientela era encaminhada a serviços localizados em São Paulo, principalmente o Hospital das Clínicas da FMUSP.

O estudo sobre a aplicação prática da estratégia de regionalização da assistência à saúde no Projeto Cotia indicou que ao implantarmos um sistema regionalizado de saúde devemos estar atentos a alguns pontos, a saber: delimitação de área de atuação,

hierarquização, integração e unidade programática, acessibilidade e distribuição de recursos.

Em relação à delimitação de área de atuação, verificamos que o critério de divisão político-administrativa, que respeita os limites municipais, é difícil de ser respeitado. No Projeto Cotia, a população de outros municípios que não faziam parte do Projeto era atendida e muitas vezes era matriculada nos programas desenvolvidos pelos serviços. A UBS de Vargem Grande Paulista assumia bairros dos municípios de Itapevi e São Roque como integrantes de sua área de atuação. Isto se deveu principalmente à proximidade de residência dessa população; à facilidade de meios de transportes; ao fluxo da população (Cotia e Vargem Grande Paulista eram os centros bancário e comercial de alguns bairros de Itapevi e São Roque); e à falta de serviços equipados que desenvolvessem programas específicos de saúde.

Com a municipalização dos serviços de saúde, os municípios receberam da SESSP os equipamentos ali instalados e o recurso humano que estava lotado nesses equipamentos, além de obter orientação técnica e o repasse de recursos financeiros para a elaboração de planos e programas de saúde de acordo com a realidade local.

Com a "invasão" por parte de habitantes de outros municípios, como os citados anteriormente, à procura de assistência à saúde, temos um aumento de necessidades sem o devido aumento de recursos para cobrí-los. O município "invadido" necessita investir mais em seus serviços, equipando-os e contratando mais

profissionais. Assim, a realização de consórcios de municípios é altamente indicada.

Em relação à hierarquização, verificamos que embora houvesse uma definição clara da hierarquia dos serviços, baseada na complexidade de atendimento e na direção do fluxo populacional seguindo a Rodovia Raposo Tavares e as principais vias de acesso (bairro-centro, Vargem Grande Paulista-Cotia e Cotia-São Paulo), a vontade da clientela às vezes não seguiu esta lógica definida pelo Projeto. Um exemplo claro foi a realização de tratamento em outro serviço que não o definido pelo Projeto (Sorocaba).

Quanto à descentralização de recursos, verificamos que os recursos foram distribuídos de acordo com os níveis de assistência. Equipamentos como o colposcópio, o eletrocardiógrafo, o aparelho de raio X e o recurso humano especializado, como médicos cirurgiões e ortopedistas eram locados na UBS de Cotia e no Hospital Dr. Odair Pedroso.

Em relação à estrutura de autoridade e responsabilidade, é interessante notar que os serviços de saúde do município de Vargem Grande Paulista eram administrativamente autônomos em relação à direção do Projeto. As demais unidades eram diretamente ligadas à AHC, que desconcentrou atividades e funções administrativas.

No Projeto Cotia havia integração e unidade programática. O Projeto envolvia serviços municipais (UBS de Vargem Grande Paulista e UBS de Tijuco Preto), da SESSP (UBS de Caucaia do Alto) e privados filantrópicos (AHC e ASSA), sob coordenação da AHC que dava a orientação técnica a todas as unidades. É interessante notar que, o rodízio feito pelos médicos da AHC nas unidades básicas e na

unidade de internação e Pronto Atendimento do Hospital Dr. Odair Pedroso, ajudava a garantir a unidade programática, além de evitar a valorização do trabalho em um ou outro serviço. Conforme observamos, até meados de 1988, quando ocorreu a municipalização dos serviços de saúde de Cotia e Vargem Grande Paulista, os programas básicos desenvolvidos eram os mesmos e as unidades contavam com a supervisão da AHC.

A acessibilidade, implica a prestação contínua e organizada da assistência e a facilidade de acesso geográfico, financeiro, cultural e funcional⁴⁴⁻⁴⁶. No Projeto Cotia a acessibilidade geográfica era comprometida pelo transporte. Por exemplo, a população dos bairros da Capelinha e da Cachoeira, no sub distrito de Caucaia do Alto era servida de transporte coletivo até a "sede" do sub distrito apenas três vezes ao dia.

Em relação à acessibilidade funcional, verificamos que, para garantir a "disponibilidade contínua de serviços a quem deles necessitar, proporcionados pela equipe de saúde indicada para a sua adequada prestação"⁴⁷, uma atividade como o processo de controle do câncer cérvico-uterino que engloba atividades de assistência primária, secundária e terciária, não pode ser desenvolvida em toda a sua extensão a nível de um município pequeno como Vargem Grande Paulista e nem mesmo a nível de um município de médio porte como Cotia.

Procurando garantir a assistência secundária e apoio diagnóstico à população dos municípios abrangidos pelo Projeto,

foram firmados convênios entre a AHC, a SESSP e a prefeitura municipal de Vargem Grande Paulista.

A assistência de nível terciário era prestada pelo Hospital das Clínicas da FMUSP, mas não havia convênios firmados que garantissem essa assistência. Assim podemos afirmar que apesar do Projeto Cotia ter o Hospital das Clínicas como unidade de referência de nível terciário para o processo de controle do câncer cérvico-uterino, isto não implicou a existência de um sistema de referência e contra-referência. Os casos que foram encaminhados ao Hospital das Clínicas não foram contra-referidos às unidades básicas nem ao Hospital Dr. Odair Pedroso, onde compareciam quando apresentavam intercorrências no tratamento.

Em relação ao processo de controle do câncer cérvico-uterino, foram cadastradas 2495 mulheres maiores de 15 anos nas unidades ambulatoriais do Projeto Cotia no período de dezembro de 1987 a novembro de 1988.

Devemos esclarecer que a mulheres que foram atendidas no agendamento "especial", surgido a partir da determinação da SESSP, para que se realizasse coleta de material para exame colpocitológico no Dia Nacional de Vacinação em 1987, ou já eram matriculadas anteriormente nos serviços ou não foram matriculadas porque não apresentaram alterações em seus exames (displasias ou carcinoma) e portanto não foram cadastradas.

A falta de prontuário dessas últimas, a nosso ver, dificultará o seu acompanhamento bi-anual, no processo de controle

do câncer cérvico-uterino, previsto pelo Projeto Cotia, além de possibilitar o extravio dos resultados de exame.

Como podemos ver na tabela 13, 52,8% das mulheres se matricularam para a realização do controle pré natal e 34,6% para o programa de saúde do adulto. Estes dados refletem bem a forma como era feita a captação da clientela: as gestantes que demandam os serviços e que residem na área de atuação dos mesmos são matriculadas sem restrição, enquanto que as não gestantes, somente eram matriculadas mediante solicitação formal do médico consultante do Pronto Atendimento de qualquer unidade do Projeto.

Ao compararmos as unidades, verifica-se que na UBS de Cotia e, principalmente na UBS de Vargem Grande Paulista, houve um certo equilíbrio na proporção entre estes dois grupos. Isto deveu-se ao fato destas unidades contarem com o serviço de Pronto Atendimento funcionando nas 24 horas do dia, o que facilitava os encaminhamentos, e ao fato de serem unidades localizadas no centro dos respectivos municípios.

Tabela 13: Distribuição do número e porcentagem da mulheres matriculadas nas unidades do Projeto Cotia no período de dezembro de 1987 à novembro de 1988, segundo unidade e motivo de matrícula.

Motivo	Pré natal		Saúde do Adulto		S/ Inf.		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Unidade								
Ambulatório da Assa	244	30,3	49	16,7	-	-	293	11,5
UBS de Cotia	593	44,2	452	37,2	295	21,2	1340	50,9
UBS de Caucaia do Alto	173	62,6	100	36,6	4	1,4	277	11,5
UBS de Vargem Grande Paulista	215	47,48	217	48,0	20	0,4	452	18,1
UBS de Tijucas Preto	80	66,1	36	29,8	-	-	116	4,9
TOTAL	1317	52,8	864	34,6	314	12,6	2495	100,0

OBS: As porcentagens internas foram calculadas sobre os totais marginais referentes à unidade.

Conforme mostra a tabela 14, 59,4% dos prontuários não continham informações sobre a realização ou não do exame colpocitológico ou de um dos outros exames usuais no processo de controle do câncer cérvico-uterino. É interessante notar que ao se realizar uma análise conforme unidades, verifica-se que em todas elas, com exceção da UBS de Tijucu Preto, não tinham esta informação mais de 50% dos prontuários, destacando-se a UBS de Vargem Grande Paulista onde se chegou à 69,3% de prontuários sem esta informação.

Tabela 14: Distribuição do número e porcentagem das mulheres cadastradas no Projeto Cotia segundo unidade e informação de realização de exame colpocitológico para prevenção do câncer cérvico-uterino registrado em prontuário. Projeto Cotia, dezembro de 1987 à novembro de 1989.

Unidade	Fez exame colpocitológico							
	Sim		Não		S/ Inf.		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ambulatório da Assa	125	42,7	12	4,1	152	50,2	289	11,7
UBS de Cotia	466	34,7	89	6,5	789	58,8	1343	53,8
UBS de Caucaia do Alto	97	33,9	20	7,0	162	59,1	280	11,5
UBS de Vargem Grande Paulista	109	24,1	30	6,7	313	69,2	452	18,1
UBS de Tijucas Preto	55	45,4	10	8,3	52	46,3	121	4,9
TOTAL	862	34,2	160	6,4	1480	59,4	2497	100,0

OBS: As porcentagens internas foram calculadas sobre os totais marginais referentes à unidade.

Conforme mostra o quadro 2, as atividades do processo de controle do câncer cérvico-uterino tiveram maior cobertura no grupo de mulheres que se matricularam para a realização de controle pré natal, sendo maior na UBS de Cotia, seguida da UBS de Tijucu Preto e do Ambulatório da ASSA.

Quadro 2: Cobertura das atividades do processo de controle do câncer cérvico-uterino conforme unidade e motivo de matrícula das mulheres cadastradas no Projeto Cotia no período de dezembro de 1987 a novembro de 1988.

Unidade	Motivo	Cobertura %	
		Pré natal	Saúde do Adulto
ASSA		51.2	24.3
UBS de Cotia		64.6	20.7
UBS de Caucaia do Alto		45.3	35.3
UBS Vargem Grande Paulista		35.3	23.3
UBS de Tijuco Preto		61.1	25.3

Para as mulheres que se matricularam para o programa de saúde do adulto, a cobertura foi em média de 26,9% .A UBS de Caucaia do Alto foi a que teve maior cobertura neste sub grupo. Devemos lembrar que, diferentemente das outras unidades, a UBS de Caucaia do Alto matriculou todas as mulheres que demandaram ao serviço, inclusive aquelas que compareceram somente para a realização de exame colpocitológico, o que contribuiu para esta diferença de cobertura.

A diferença de cobertura entre os sub grupos que se matricularam para o controle pré natal e o programa de saúde do adulto também reflete a rotina de cada programa. No primeiro, existia um período determinado para a realização do exame colpocitológico, além, é claro, do fato de que o controle pré natal predispõe a mulher para a realização de exame ginecológico e conseqüentemente para o exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino.

As causas de não realização de atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino, registrados em prontuários foram: falta de recurso material (15 casos - 9,4%), falta de recurso humano (16 casos - 10,0%), fatores ligados à cliente (59 casos - 36,9%), por

não haver necessidade de realizá-lo, pois a cliente já o havia feito anteriormente à matrícula (65 casos - 40,6%) e por outros motivos (6 casos - 3,8%), como por exemplo, o encaminhamento por parte de serviços externos ao Projeto Cotia.

Do total de mulheres cadastradas, 852 (34,2%) realizaram 969 exames colpocitológicos.

Como mostra a tabela 15, 14,7% dos resultados destes exames não foram encontrados nas unidades, havendo uma variação de 2,4 à 18,2% entre as cinco unidades. Conforme enfatizado anteriormente, a mudança de laboratório de referência designado pela SESSP, a mudança de rotina de coleta de material e na identificação da clientela exigida por um dos laboratórios e o caminho percorrido pelo material a ser analisado e pelo resultado do exame, foram, a nosso ver, os grandes responsáveis por este problema.

O resultado "material inadequado" corresponde a 7,2% do total, sendo que a unidade em que a porcentagem deste resultado foi menor foi a UBS de Tijuco Preto (1,7%) e maior foi a UBS de Cotia (9,6%). Cabe observar que este resultado indica falha na coleta de material, na feitura do esfregaço, na fixação do material coletado ou no seu transporte. É interessante notar, também, que alguns fatores ligados ao recurso humano refletiram diretamente sobre este dado: a rotatividade do pessoal de nível universitário, que segundo Ibañez¹⁴ foi de 39 e 42% nos anos de 1987 e 1988 na AHC, e o recebimento de estagiários e médicos residentes, principalmente na UBS de Cotia. O menor índice encontrado nas unidades do município de Vargem Grande Paulista poderia ser computado à contratação de pessoal qualificado e à melhor remuneração.

Tabela 15: Distribuição do número e porcentagem dos resultados de exames colpocitológicos realizados pelas mulheres cadastradas no Projeto Cotia segundo unidade. Projeto Cotia, dezembro de 1987 a novembro de 1989.

Resultado	Amb. ASSA		UBS Cotia		UBS Caucaia do Alto		UBS VGP		Unidade UBS Tijuco Preto		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem resultado	1	2,4	97	18,2	18	14,9	20	15,5	4	6,9	142	14,7
Material inadequado	3	7,0	51	9,6	7	5,8	2	1,6	1	1,7	70	7,2
Citologia normal	11	8,6	38	7,1	5	4,1	4	3,1	10	17,3	68	7,0
Citologia inflamatória	105	82,0	342	64,2	90	71,4	99	78,7	42	71,4	678	70,0
Displasia leve	-	-	3	0,5	-	-	1	0,8	1	1,7	5	0,5
Displasia moderada	-	-	1	0,2	1	0,8	-	-	-	-	2	0,2
Carcinoma epidermóide invasivo	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-	1	0,1
Atipias Nucleares incomuns	-	-	-	-	-	-	1	0,8	-	-	1	0,1
Total	129	100,0	531	100,0	121	100,0	129	100,0	57	100,0	928	100,0

OBS: As porcentagens internas foram calculadas sobre os totais marginais relativos às unidades.

VGP = Vargem Grande Paulista

O resultado "citologia normal" foi de 7,0% para o Projeto Cotia como um todo, variando de 3,1% na UBS de Vargem Grande Paulista à 17,3% na UBS de Tijuco Preto.

O resultado "citologia inflamatória" correspondeu a 70,0% do total geral, sendo que na UBS de Cotia correspondeu à 64,2% dos exames ali realizados e no Ambulatório da ASSA a 82,0%. A "displasia leve" ocorreu em três das cinco unidades, correspondendo à 0,7% do total geral, a "displasia moderada" à 0,2% e o "carcinoma epidermóide invasivo" e as "atipias nucleares incomuns" à 0,1% cada uma.

Obteve-se dados sobre a conduta tomada em um total de 224 casos, correspondendo a 22,1% do total de casos que passaram por alguma etapa do processo de controle do câncer cérvico-uterino. Devemos lembrar que as condutas tomadas pelos médicos dos pronto

atendimentos das UBS de Caucaia do Alto e de Vargem Grande Paulista e as tomadas pela enfermagem em todas as unidades não foram registradas nos prontuários. Por outro lado, o abandono de tratamento por algumas mulheres não pode ser descartado.

Em relação às mulheres que não realizaram exame colpocitológico em um primeiro momento (160 casos), obteve-se dados referentes a 6,9% dos casos (11 casos). As condutas tomadas foram as seguintes: tratamento clínico de 6 casos; colposcopia de 1 caso; tratamento e colposcopia de 1 caso; colposcopia, biópsia e encaminhamento de 2 casos para cirurgia no Hospital Dr. Odair Pedroso; e encaminhamento de 1 caso para cirurgia no Hospital Dr. Odair Pedroso.

Frente aos resultados dos exames colpocitológicos realizados pelas 852 mulheres restantes, obteve-se dados referentes às condutas em 197 (23,0%) dos casos, a saber: repetiu exames de 30 dos casos (15,2%); realizou tratamento clínico de 115 casos (58,4%); encaminhou 9 (4,6%) casos à UBS de Cotia para a realização de colposcopia e/ou biópsia, sendo que destes, 6 compareceram à unidade de referência para a realização dos exames; colposcopia e/ou biópsia de 24 casos (12,2%), excluídos os anteriores; tratamento clínico e colposcopia de 8 casos (4,1%); tratamento clínico, colposcopia e novo exame colpocitológico de 5 casos (2,5%); tratamento clínico, colposcopia e cirurgia no Hospital Dr. Odair Pedroso de 2 casos (1,0%); encaminhamento ao Hospital das Clínicas de 2 casos (1,0%), 1 alta por transferência e 1 alta por óbito por causa externa, correspondendo a 0,5% cada.

Na figura 12 apresentamos, esquematicamente as condutas a que foram submetidas as mulheres cadastradas no Projeto como um todo, no processo de controle do câncer cérvico-uterino.

Conforme esta figura, verificamos que do total de mulheres cadastradas, 40,6% passaram por alguma etapa do processo de controle do câncer cérvico-uterino. Destas, obteve-se informação sobre conduta, registrada em prontuário, em 224 (22,2%) dos casos, sendo que 202 (20,0%) correspondem àquelas que receberam alguma conduta a nível da própria unidade; 21 (2,1%) foram encaminhadas a unidades de referência do próprio Projeto, sendo que destas, duas foram encaminhadas posteriormente a hospital de nível terciário; e uma (0,1%) foi encaminhada diretamente da unidade básica ao hospital de nível terciário.

Embora o Projeto Cotia definisse claramente a hierarquização de seus serviços, o sistema de referência e contra-referência se dava informalmente, e as informações, tanto para a referência como para contra-referência eram levadas através de cartas que eram entregues às clientes, às vezes acompanhadas por informações orais dadas pelos médicos aos colegas das unidades do Projeto.

Conforme verificamos nos prontuários, dentro do próprio Projeto, mais de 40% das clientes referidas pelas unidades periféricas à UBS de Cotia não compareceram para a realização de exames complementares e abandonaram o serviço. Em contra partida, 100% das encaminhadas para cirurgia no Hospital Dr. Odair Pedroso foram atendidas, mas nem todas foram contra-referidas.

Os casos referidos ao nível terciário, isto é, ao Hospital das Clínicas, não foram contra-referidos às unidades do Projeto

Fig.12: Número e porcentagem de mulheres cadastradas no Projeto Cotia e submetidas a condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino.

Cotia e Vargem Grande Paulista, dezembro de 1987 à novembro de 1989.

CADASTRO

PROCESSO DE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

LEGENDA: PCC - Processo de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

*Encaminhada a hospital de nível terciário

Cotia - as informações recebidas sobre estas pacientes foram obtidas pelos serviços através das clientes quando compareciam para o tratamento de intercorrências como vômitos devido à quimioterapia, ou para a realização de curativos, ou ainda, através de conversas informais com as funcionárias dos serviços, que residiam no mesmo bairro e mantinham laços de vizinhança.

É interessante observar que não havia normas estabelecidas para o encaminhamento de pacientes, nem registros de pacientes referidos ou contra-referidos inter-institucionalmente e nem mecanismos de seguimento dos pacientes encaminhados.

O sistema regionalizado de saúde deve ter um sistema de informação estruturado, que descreva detalhadamente os procedimentos a serem tomados, que determine quais as informações que devem ser enviadas de uma unidade para outra, quais as formas de comunicação a serem utilizadas, qual o seu fluxo e como se realiza o controle e a avaliação desse sistema.

Uma atividade como, por exemplo, o processo de controle do câncer cérvico-uterino num sistema regionalizado de saúde, que envolva a prestação de assistência em vários níveis e atividades de vigilância epidemiológica, necessita da implantação de um sistema de informação a nível municipal, estadual e nacional.

Ao falarmos de informação, devemos ressaltar alguns pontos sobre a questão do registro médico. A não realização de matrícula das mulheres que demandaram aos serviços apenas para a realização de coleta de material para exame colpocitológico; a não anotação das condutas médicas tomadas nos Pronto Atendimento da UBS de Caucaia do Alto da UBS de Vargem Grande Paulista; e das condutas

tomadas pelo pessoal de enfermagem em todas as unidades têm, a nosso ver, conseqüências em três níveis. A nível individual, dificulta a continuidade da assistência; a nível de serviço, inviabiliza a realização de avaliação do programa específico e da unidade como um todo; e a nível da comunidade, impossibilita o planejamento global de saúde.

Durante a realização deste estudo, mais especificamente, em meados de 1988, ocorreu a municipalização dos serviços de saúde de Cotia e Vargem Grande Paulista. A UBS de Caucaia do Alto, que era administrada pela AHC passou para a administração municipal, desencadeando resistência por parte da Associação, a esse processo¹⁴. Sendo aquele um ano de eleições municipais, as prefeituras desses municípios optaram por manter a programação e a rotina de atendimento de seus serviços de saúde.

Em 1989, com a posse dos novos prefeitos, o município de Cotia priorizou o atendimento da demanda no Pronto Atendimento interrompendo a integração com o Projeto Cotia e o atendimento programático. A UBS de Caucaia do Alto passou a ser administrada pelo município, ficando diretamente subordinada ao Secretário Municipal de Saúde. Os técnicos da AHC que prestavam serviço nessa unidade e aqueles que prestavam assistência à clientela classificada como de "risco" na UBS de Vargem Grande Paulista voltaram a trabalhar na UBS de Cotia ou no Hospital Dr. Odair Pedroso.

A UBS de Cotia e o Ambulatório da ASSA, localizados em Cotia, não foram municipalizados, e continuaram a seguir a orientação técnica da AHC.

É interessante frizar que o fato do Município de Vargem Grande Paulista ter realizado convênios com a SESSP e a AHC, e ter contratado técnicos que já trabalhavam na UBS de Cotia e no Hospital Dr. Odair Pedroso anteriormente à municipalização, fez com que a orientação técnica no tocante à integralidade de assistência, fosse semelhante à da AHC.

Com a municipalização, este município elaborou o "Programa de Saúde para Vargem Grande Paulista", que enfatizava a figura da equipe mínima composta por um médico, uma enfermeira e 1 auxiliar de enfermagem, reponsável por uma população a ela adstrita, visando garantir a integralidade da assistência à saúde da família e posteriormente, com a construção de novas unidades, a facilidade de acesso geográfico da clientela.

A SESSP, por estar de acordo com este programa, destinou verbas para a contratação de recursos humanos, para a construção de três unidades pequenas e a reforma das instalações da UBS de Tijuco Preto. Além de dar uma certa liberdade ao município na compra de materiais e equipamentos.

Conforme observamos, a passagem da administração da UBS de Caucaia do Alto da AHC para a prefeitura municipal de Cotia foi feita abruptamente, interrompendo o atendimento programático. Os funcionários da SESSP foram colocados à disposição do município e o pessoal de nível médio e elementar da AHC lotado nesta unidade foi

contratado pela prefeitura, formando um quadro de pessoal de enfermagem com várias categorias.

O Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista, diferentemente da Secretaria Municipal de Saúde de Cotia, instituiu a isonomia salarial, complementando os proventos dos servidores estaduais.

Em relação ao atendimento da clientela, observamos que o processo de municipalização dos serviços não alterou de forma significativa o número de matrículas nas unidades municipalizadas, uma vez que o cadastro encerrou-se no segundo semestre de 1988.

Em relação ao processo de controle do câncer cérvico-uterino, ao tomarmos as figuras 7 a 11, verificamos que a UBS de Caucaia do Alto não tomou condutas no processo de controle do câncer cérvico-uterino em 94% dos casos e tomou condutas a nível da própria unidade em apenas 3,4%, em contraste com as demais unidades. Podemos atribuir este dado à descontinuidade no atendimento programático ocorrida após a municipalização.

O referencial teórico a respeito da regionalização da assistência definiu características que devem ser efetivadas para que haja um real aumento de cobertura da assistência.

Esta pesquisa possibilitou a obtenção de dados concretos sobre o processo de controle do câncer cérvico uterino num sistema regionalizado e hierarquizado de saúde já implantado.

Os objetivos propostos foram alcançados. Neste estudo verificamos que as unidades do Projeto Cotia desenvolviam as atividades previstas pela SESSP no processo de controle do câncer cérvico-uterino a nível de assistência primária e de nível secundário (exames para complementação diagnóstica, cauterizações, cirurgias como a curetagem, a conização ou a amputação do colo uterino). O pessoal diretamente envolvido nessas atividades, a exemplo de grande parte da rede de assistência à saúde, seguia a polarização médico e pessoal de enfermagem, mormente o de nível médio e elementar.

Verificamos que no período de 1987-1989, a cobertura do processo de controle do câncer cérvico-uterino nas unidades do Projeto Cotia foi relativamente baixa se tomarmos por base apenas as mulheres que se matricularam nesses serviços naquele período.

Devemos esclarecer que os dados quantitativos foram obtidos através das anotações que constavam nos prontuários médicos. Conforme observamos, devido à forma como as unidades se organizaram para a realização dessa atividade, foram muitos os casos que passaram pelo processo de controle do câncer cérvico-uterino em

cujos prontuários não encontramos anotações referentes ao atendimento, principalmente às condutas tomadas.

Mesmo assim, a proporção de casos de câncer cérvico-uterino encontrada foi de 4 casos para 1012 mulheres que passaram pelo processo de controle do câncer cérvico-uterino, isto é, 395,26 casos por cem mil mulheres atendidas. Um pouco abaixo do encontrado em 1985 (424,69 casos por cem mil mulheres atendidas). Embora tenha havido uma diminuição, que não conseguimos encontrar explicação, o número continua elevado.

Se tomássemos as anotações referentes ao processo de controle do câncer cérvico-uterino como fiéis à realidade, constatar-se-ia um grande número de abandonos. Estes abandonos poderiam ser computados como sendo por parte da clientela, ou por parte dos serviços. No último caso, podemos dizer que a falta de recursos humanos, tanto médico como de enfermagem, falta de material adequado ao atendimento de toda a clientela (por exemplo, espéculo de virgem), o extravio de resultados de exames, e o atraso, que chegou a ser de três meses, no recebimento dos mesmos podem ser indicados como causas de "abandono da clientela por parte do serviço".

O atraso e o não recebimento dos resultados podem ser computados às duas mudanças de laboratório de referência. Na primeira mudança houve alteração na rotina de fixação de material, no impresso utilizado, e na forma de identificação da cliente: o laboratório queria que fosse utilizado um número de identificação para cada cliente, diferente do utilizado nos serviços. É interessante notar que este novo número não tinha nenhum reflexo

sobre o seguimento da clientela, servindo, talvez, apenas para algum controle interno do laboratório.

Mudanças como esta, ou mesmo episódios como a determinação da SESSP para que se realizasse coleta de material durante a campanha de vacinação, ocorrida em 1987, devem ser repensadas pois ignoram a realidade das unidades em que são operacionalizadas. Como observamos, as unidades acabaram fazendo outro uso do número do laboratório e a coleta de material para o exame colpocitológico foi realizado em outros dias, através de agendamento, contrariando o objetivo da SESSP de atender um grande número de mulheres naquele dia.

No período em que se deu esta pesquisa, várias mudanças estruturais ocorreram, entre as quais se destaca a reforma administrativa do setor saúde no Estado de São Paulo, a municipalização dos serviços de saúde (UBS de Caucaia do Alto, UBS de Vargem Grande Paulista e UBS de Tijuco Preto) que tiveram consequências diversas no atendimento prestado em cada unidade, inclusive a descaracterização do sistema regionalizado e hierarquizado do Projeto Cotia durante o primeiro semestre de 1989.

Considerando que com a municipalização dos serviços de saúde, os municípios adquiriram autonomia para a elaboração de seus planos de saúde, uma questão se impõe: uma atividade como o processo de controle do câncer cérvico-uterino, que prevê a

utilização de serviços especializados de nível secundário ou terciário, que não existem no município, pode ser municipalizada?

A nosso ver, isto é possível. O município tem autonomia para elaborar seu plano de saúde dentro de suas limitações e firmar convênios e consórcios, sendo estas as soluções encontradas para que municípios carentes de serviços como hospitais e laboratórios, possam oferecê-los à sua população. Por exemplo, Vargem Grande Paulista poderia definir o processo de controle do câncer cérvico-uterino como uma de suas prioridades dentro de seu plano de saúde, mas sabendo que os recursos disponíveis, tanto públicos como particulares, teriam capacidade apenas para realizar o diagnóstico do câncer, realizaria convênio com a AHC ou um consórcio com municípios vizinhos, visando a construção de um hospital regional, para garantir assistência de nível secundário à sua população.

Continuando com a questão da municipalização do processo de controle do câncer cérvico-uterino, além da realização de convênios e consórcios, outra solução para garantir a assistência em outros níveis seria passar ao Estado e/ou à União a reponsabilidade pela complementação da assistência. A Constituição Federal define como competência comum da União, dos Estados e dos municípios o "cuidar da saúde" (Art 23)¹⁵, e a LOS determina que cabe ao Estado "... executar supletivamente ações e serviços de saúde" (Art 17)¹⁶.

Outra forma de solucionar este problema, mas que não consideramos vantajoso para a autonomia dos municípios seria o Estado ou a União assumir o programa de controle do câncer cérvico-uterino, ficando com a incumbência de planejar, executar, controlar e avaliar o programa. As atividades poderiam ser delegadas aos

municípios. Alguns poderiam assumir todo o programa e outros uma parte, mas a responsabilidade pelo desenvolvimento do programa e pela continuidade da assistência seria do Estado ou da União.

Em relação à primeira solução apresentada, devemos deixar claro que ao formalizar convênios ou consórcios, as prefeituras não seguem apenas critérios técnicos, mas também os políticos, uma vez que ao firmar convênios ou consórcios estão realizando alianças políticas. Por outro lado, a mudança periódica do executivo local pode levar à constantes mudanças nos planos de saúde. Como podemos concluir, o fator político passa então a ter peso considerável.

Para se evitar que a cada mudança de governo se elabore um novo plano municipal de saúde e garantir que haja continuidade no planejamento é necessário que a Câmara Municipal aprove o plano de saúde e que o Prefeito o sancione. Assim, formaliza-se a responsabilidade do município. Esse processo também, dificulta a rápida alteração da política de saúde, dando mais oportunidade de participação popular.

A população exerce maior pressão sobre o poder local. Assim, a efetiva participação da população no planejamento, na gestão, no controle e na avaliação da assistência à saúde deve ser garantida.

Para que a população participe é necessário informá-la sobre esse seu direito, quais são as instâncias formais de participação e como fazer para participar delas. E para que a participação seja efetiva, é necessário facilitar o acesso a informações sobre políticas sociais e de saúde, recursos

disponíveis, organização dos serviços, quadro epidemiológico, etc...

Cabe aos profissionais da área de saúde fornecer estas informações e estimular a participação da população nas questões referentes à saúde.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRASCO A experiência SUDS e os desafios atuais da reforma sanitária. ABRASCO, Rio de Janeiro, 1989.
2. AQUINO, E. Avaliação da situação das ações de controle. Rev. Bras. Cancerol. 31 (3): 185 - 188, 1985.
3. BAFILE, P.N. A saúde da mulher na assistência primária: relato da experiência de Cotia. Rev. Paul. Hosp. 35 (7, 8, 9): 107 - 110, 1987.
4. BARBOSA, R.P. et alii Câncer cérvico-uterino - um problema de saúde pública. J. Bras. Ginec. 90 (7): 307 - 308, 1988.
5. BARUFFI, I & FREITAS, M.M.S. Displasias e fases pré-clínicas do carcinoma do colo uterino. Medicina HC FMED-USP e GARI. 17 (3): 81 - 89, 1981.
6. BASTOS, A.C. Carcinoma do colo do útero. In: _____. Noções de ginecologia. 5 ed, Atheneu, São Paulo, 1978.
7. BENEDICT, J.L. & MURPHY, K.J. Cervical cancer screening. Who needs a Pap test? How often? Post grad. Med. 78(8): 69-79, 1985.
8. BRAVO, A.L. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. Bol. Of. Sanit. Panam. 77(3): 231-246, 1974.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Assistência Social. Ministério do Interior. Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Programa Nacional

de Serviços Básicos de Saúde - Prev Saúde. Textos de Saúde Pública. São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública, 1981. (Mimeografado).

10. ____ Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Brasília, Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, 1982.
11. ____ Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução no. CIPLAN 6. Brasília, 1984.
12. ____ Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde e as ações integradas de saúde. Brasília, agosto de 1985. (Mimeografado).
13. ____ Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de Mortalidade - Brasil, 1980. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
14. ____ Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República. 1986-1989.
15. ____ Constituição da República Federativa do Brasil : promulgada em 5 de outubro de 1988. 6 ed. São Paulo, Saraiva, 1992.
16. ____, Ministério da Saúde. Lei orgânica da saúde. Brasília, Assessoria de Comunicação Social, 1990. 32p.

17. BROWN, F.B. Función de los niveles de atención médica. Salud pub. Mexico. 24(5): 485-487, 1982.
18. BUSTAMANTE ALVARES, R. Remission de pacientes en una unidad regional de salud. Colombia. Bol. Of. Sanit. Panam. 99(1): 10-24, 1985.
19. CASTELLANOS ROBAYO, J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Bol. Of. Sanit. Panam. 82(6): 478-491, 1977.
20. ____ Enfoques estratégicos regionales para la extension de la cobertura de los servicios de salud. Bol. Of. Sanit. Panam. 90(8): 245-257, 1981.
21. CHAVES, E. Epidemiologia do câncer do colo de útero. J. bras. Ginec. 93(1): 33-37, 1983.
22. ____ Prevenção em massa do câncer do colo uterino: uma meta atingível. CSV Centro Cien Saúde. 7(4): 39-42, 1985.
23. ____ Prevenção do câncer do colo do útero: uma avaliação perspectiva. Rev Bras. Anal. Clín. 18(2): 56-62, 1986.
24. CONFERÊNCIA Internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma Ata, URSS, 1978. UNICEF. Brasília, 1979. p. 48-49.
25. CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 5ª, Brasília, 1975. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1975.

26. CUNHA, M.M.P.L. Controle do câncer do colo uterino: rastreamento em saúde pública. Rev. bras. Cancerol. 32(3): 263-269, 1986.
27. DALLARI, S.G. Municipalização dos serviços de saúde. Brasiliense, São Paulo, 1985.
28. _____ O direito à saúde. Rev. saúde públ., São Paulo, 22(1): 57-63, 1988.
29. DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. OPS, Publicação científica 93, Washington, DC 1964.
30. EDDY, D.M. Secondary prevention of cancer: an overview. Bul. Wrld Health Org. 64(3): 421-429, 1986.
31. FAERSTEIN, E. Aspectos epidemiológicos no Brasil. Rev. bras. Cancerol. 31(2): 193-197, 1986.
32. FOCCHI, J. et alii Displasia cervical. J. bras. Ginec. 97(9): 449-454, 1987.
33. GUADENZI, T.F. Proposta de regionalização dos serviços de saúde no estado da Bahia. Rev. Baiana S. Públ. 6 (1/4): 7-40, 1979.
34. IBÁÑEZ, N Sistema local de saúde de Cotia - Estudo de caso. São Paulo, 1989. (Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP)

35. LIMA, M. de A. e Notas sobre a questão saúde e a regionalização de atividades. 1º Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, Brasília, outubro de 1979. (Mimeografado).
36. LORDELLO de MELLO, D. Descentralização, papel dos governos locais no processo de desenvolvimento nacional e recursos financeiros necessários para que os governos locais possam cumprir o seu papel. Rev. Adm. públ. 25(4): 199-217, out/dez. 1991.
37. MACEDO, C.G. de Extensão das ações de saúde através de serviços básicos. In: CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 7ª, Brasília, 1980. Anais. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 19-29.
38. MENDES, E.V. Integração dos serviços de saúde no Brasil. (Apresentado no seminário realizado na Reunião de Instituições Formadoras de Profissionais em Administração e Planejamento de Saúde. OPAS, Brasília, 1983 - Mimeografado).
39. _____. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. Anais. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
40. MENDES, E.V. et alii Implantação e desenvolvimento de distritos sanitários: conceitos -chave. (mimeografado)

41. MIRRA, A.P. & FRANCO, E.L. Incidência de câncer no Município de São Paulo. Brasil - 1969, 1973 e 1978. Registro de Câncer de São Paulo e Instituto Ludwig de Pesquisa Sobre o Câncer.
42. ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde Glossário de términos empleados en la serie "Salud para todos" nºs 1-8. Ginebra, 1984.
43. PASSOS, L. S. Contribuição ao desenvolvimento do Sistema de regionalização em serviços de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Serviço de Supervisão e Avaliação. 1982 (Mimeografado).
44. RELATÓRIO final. In: Seminário Nacional sobre o Controle do câncer cérvico-uterino e de mama. Rev. bras. Cancerol. 31(3): 237-239, 1985.
45. RELATÓRIO final. In: CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
46. RODRIGUES, M.A. A integração docente assistencial, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde: a experiência de Cotia - São Paulo. São Paulo, 1986. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
47. SÃO PAULO (Estado), Secretaria de Estado da Saúde. Grupo de Saúde da Mulher - DTN Sub programa de saúde da mulher. Assistência Ginecológica. São Paulo, 1986. v.4

48. SÃO PAULO (Estado), Secretaria de Estado da Saúde. Extrato de termo de compromisso (fixando diretrizes e bases da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de São Paulo). Diário Oficial do Estado. Seq. I 97(109): 7, 11 de jun. de 1987.
49. WORLD Health Organization Cytological screening in the control of cervical cancer: technical guidelines. England, WHO, 1988.
50. ZEFERINO, L.C. Programação e avaliação das atividades de controle: a experiência de Campinas. Rev. bras. Cancerol. 31(3): 205-210, 1985.

9. ANEXOS

UNIDADE: _____

CADASTRO

[illegible]

Conduatas tomadas frente aos resultados dos exames colpocitológicos

[illegible]

Instruções para preenchimento:

1. Preencher a data da consulta de retorno da cliente.
2. Anotar o número da ficha família e registro da cliente e unidade de origem se necessário.
3. Marcar com um X a conduta tomada e/ou preencher o encaminhamento feito no item encaminhamento, anotar o serviço para o qual a cliente foi encaminhada, o motivo do encaminhamento e a forma como o mesmo ocorreu

LOCAIS

AHC - Hospital de Co'ia
HC - Hospital das Clínicas da FMUSP
IAVC - Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho (Sta. Casa)
ACC - A. C. Camargo (Hosp. do Câncer)
IBCC - Instituto Brasileiro de Controle do Câncer
ASSA - Assistência Social Santo Antônio
VGP - CS II de Varcem Grande Paulista

Cauc - CS III de Caucaia do Alto
TP - PAS do Tijuco Preto

FORMAS

GE - Guia de encaminhamento T - Telefonema
C - Carta Outras

Anexo 6

Roteiro de entrevista aos diretores das unidades básicas

1. Qual a área programática desta unidade?
2. Qual os programas e atividades desenvolvidos nesta unidade?
3. Como se dá a entrada da clientela nesta unidade?
4. Quais os recursos físicos, humanos e materiais disponíveis na unidade? Qual a qualificação do recurso humano?
5. No desenvolvimento do processo de controle do câncer cérvico-uterino, quais as competências desta unidade? Qual as atribuições de cada profissional? Quais são as unidades de referência?
6. Qual a rotina de atendimento da clientela no processo de controle do câncer cérvico-uterino?

Anexo 7

Roteiro de entrevista aos médicos ginecologistas do Projeto Cotia

1. Existe um programa formal de prevenção do câncer cérvico-uterino para o Projeto Cotia ? Qual a rotina de atendimento prevista?
2. Espera-se que cada unidade do Projeto Cotia desenvolva quais atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino?
3. Quais são as unidades de referência para a prevenção do câncer cérvico-uterino?

Anexo 8

Roteiro de entrevista aos diretores das UBS's de Caucaia do Alto e de Vargem Grande Paulista e do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista após a municipalização dos serviços de saúde

1. Quais, na sua opinião, foram os fatores que contribuíram ou dificultaram o processo de municipalização de sua unidade?
2. Quais as conseqüências imediatas da municipalização dos serviços de saúde no atendimento da clientela, e na dinâmica da unidade?
3. Quais as prioridades do plano de saúde do seu município?