

DIAGNOSTICO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA A PACIENTES
PORTADORAS DE CLASSE II DE PAPANICOLAOU.

por

LORENA MACHADO E SILVA

FLORIANÓPOLIS

1979

Esta dissertação foi julgada *a.* adequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, *a.* provada em sua forma final pelo programa de Pós-Graduação.

Nilza Teresa Rotter Pelá
Dr.^a Nilza Teresa Rotter Pelá
(Orientadora)

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Dr.^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves
(Coordenadora do Curso)

Apresentação perante a banca examinadora composta das professoras:

Nilza Teresa Rotter Pelá
Dr.^a Nilza Teresa Rotter Pelá - Presidente

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Dr.^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Examinadora

Adareluce Matta Periotto
Dr.^a Adareluce Matta Periotto - Examinadora

Este trabalho foi realizado com o patrocínio do Plano Institucional de Capacitação de Docentes da Universidade Federal de Santa Catarina (PICD-UFSC-CAPE), sob a orientação da Prof^a. Dra. Nilza Tereza Rotter Pelá, Professora do Departamento de Enfermagem geral e especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

Às pessoas que atuam na área
de prevenção e promoção da
Saúde.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Às Professoras

Enfª LIDVINA HERR

Enfª ROSITA SAUPE,

que com dinamismo, entusiasmo, persistên
cia e luta, envolvem-se, estimulam, dão
exemplo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ainda aos abaixo mencionados pela ajuda, pelo incentivo e interesse demonstrados.

- À Prof^ª. Dr^ª. Nilza Tereza Rotter Pelá
- A Valdir e Daniel Rodolfo da Silva
- A prof^ª. Maria de Lourdes de Souza
- Ao Prof^º. Dr. Ciro Ciari Júnior
- Aos Prof^ºs. Afonso e Ana Maria W. Batista da Silva
- A Enf^ª. Maria Conceição Gevaerd Silva
- Ao Clube Sorooptimista de Florianópolis, na pessoa de D^ª. Helena Moritz Pereira e Dra. Adelgunde H. de Carvalho
- Ao Dr. Octacílio Schiller Sobrinho
- À Prof^ª. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
- À Prof^ª. Dra. Mariana Fernandes de Souza
- Ao Prof^º. José Alberto Schlemberger
- A Mário Girardi
- A Nicolau Marques Júnior
- A Elba Maria Ribeiro
- Aos Colegas e Amigos

R E S U M O

Este estudo foi feito visando estabelecer o diagnóstico de assistência prestada às pacientes portadoras de classe II de Papanicolaou, no Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico do Centro de Saúde de Florianópolis, sob o aspecto profilático do câncer cérvico uterino.

Na primeira parte, expõe-se dados comparativos e argumentações genéricas acerca do câncer em outros países, no Brasil e em Santa Catarina; aborda-se, a seguir, as medidas de prevenção, estabelecendo-se a participação do médico e da equipe de enfermagem.

A segunda parte diz respeito aos objetivos do trabalho, ou seja identificar se a assistência prestada às pacientes com classe II de Papanicolaou visa a profilaxia do câncer cérvico uterino, no Serviço de Diagnóstico Precoce do Centro de Saúde de Florianópolis, já que a ocorrência de classe II, entre as mulheres em fase fértil, é a que predomina e a persistência deste quadro de atipia inflamatória, a nível de epitélio da vagina e cer-

vix, pode levar a câncer.

A terceira parte é relativa ao material e método utilizados. A partir do estabelecimento da acreditação do serviço, da avaliação qualitativa através da análise das fichas clínicas utilizadas no serviço e da observação sistemática do pessoal , procurou-se abordar o tema.

Na quarta parte, expõe-se os resultados encontrados e discute-se, até que ponto, planta física, recursos humanos e materiais, coordenação com outros serviços e preparo de pessoal ' interferem na assistência às pacientes registradas no serviço.

Através de uma exploração, cujos resultados possam servir como ponto de partida para novos estudos, obtiveram-se conclusões como:

. os recursos humanos, materiais e planta física do serviço permitem que se preste assistência às pacientes portadoras de classe II de Papanicolaou, registradas no Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico, visando a profilaxia do câncer cérvico uterino;

. presta-se uma assistência "regular" a estas pacientes;

. não é dada ênfase a preparo de pessoal, assim como é deixado de lado o desenvolvimento de uma mentalidade de profilaxia junto ao servidor.

ABSTRACT

The purpose of this study is to evaluate the treatment offered to patients with stage II Papanicolaou by the Early Diagnosis of Gynecological Cancer of the Public Health Center of Florianópolis, as a means of prophylaxis of cervical-uterine cancer.

In the first part we have shown comparative data, and put forth generic arguments about cancer in other countries, in Brasil and in Santa Catarina, we have immediately followed this up with a discussion of the means of prevention, suggesting the joint participation of physician and nursing team.

The second part deals with our working objectives that is we attempt to determine whether or not the assistance offered to patients with having Papanicolaou's smear stage II can potentially provide a prophylaxis of uterine cancer since its occurrence is predominantly among women in the phase of maximum fertility and the persistence of this atypical inflammation, characterized by epithelial cells in the vagina and cervix, can lead to cancer.

The third part has to do with the material and methods utilized we have tried to evaluate the subject from the view point of the credentials of the Diagnostic Service of the health Center through a qualitative assessment of the work of the staff, through an analysis of patients cards and from a sistematic observation of the procedures of the personnel.

The fourth part shows the results and discusses the degree of interference caused by the physical plant itself, human and natural resourses, coordination with other services, and preparation of personnel.

Through an examination of the data, whose results can serve as a point of departure for further investigation, we reached the following conclusions:

- Both human and material resourses and the physical plant itself permit adequate assistance to patients with class II Papanicolaou, registered in the Diagnostic Service of Early Ginecological Cancer, with the objetive of prophylaxis of cervical uterine cancer;

- The quality of this assistance is only fair;

- Emphasis is not given to adequate preparation of staff for a good prophylactic service, nor to developing a mentality of preventive medicine.

Í N D I C E

	Página
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	19
3. MATERIAL E MÉTODO	21
3.1. Metodologia	21
3.2. Área de trabalho	21
3.3. População alvo	24
3.4. Amostra	24
3.5. Instrumentos e critérios utilizados	27
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5. CONCLUSÕES	57
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	62
ANEXO I	
ANEXO II	
ANEXO III	

ANEXO IV

ANEXO V

ANEXO VI

ANEXO VII

ÍNDICE DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

	Página
TABELA 1 - Distribuição do preenchimento de fichas clínicas do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico do Centro de Saúde de Florianópolis, segundo aspectos e critérios. Florianópolis.1978.	47
QUADRO 1 - "Acreditação" do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico. Centro de Saúde de Florianópolis. Florianópolis. 1978.	38
QUADRO 2 - Distribuição das normas técnicas de competência do ginecologista, segundo critérios. Centro de Saúde de Florianópolis. Florianópolis. 1978	53
GRÁFICO 1 - Percentual obtido na "acreditação" do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico. Centro de Saúde de Florianópolis. Florianópolis. 1978	39

1. INTRODUÇÃO

Ao realizar a "Investigação Interamericana de Mortalidade" em nove cidades latino-americanas, a Organização Panamericana de Saúde (19) concluiu que o neoplasma maligno é responsável por quase uma quarta parte de todos os óbitos ocorridos entre mulheres de 15 a 74 anos.

A partir desta constatação, as autoridades de saúde dos países envolvidos iniciaram estudos, visando propor alternativas para enfrentar o problema. Assim, observa-se que, nos últimos anos, houve um aumento relevante do número de programas de luta contra o câncer e, em especial, contra o câncer cérvico uterino.

GIORDANO E CASANOVA (10), em 11.105 mulheres examinadas, na cidade de São Paulo, obtiveram 252 citologias positivas, dando um índice de 22,7% exames realizados. Dos 252 casos positivos houve predominância da faixa etária entre 30 e 54 anos (152 pacientes), sendo que, em pacientes até 19 anos, não encontraram nenhum caso positivo; somente 5 casos entre pacientes com 20 e 24

anos e 9 com mais de 70 anos.

JOLY⁽¹⁵⁾ encontrou taxas de exames citológicos suspeitos ou positivos que oscilaram entre 3,7‰ no Paraguai e 30,9‰ no Equador, nas coletas realizadas.

Em estudo que verificou as características da mortalidade urbana de 12 cidades das Américas, PUFFER & GRIFFITH⁽²²⁾, identificaram que o câncer do colo uterino apresenta uma grande margem de variação em seus níveis de mortalidade. A taxa mais elevada encontrada foi 43,5 por 100.000 habitantes, em Cali, seguida de 38,2 em Lima.

JOLY⁽¹⁵⁾, em relação à mortalidade por câncer na América Latina, encontrou que, "no sexo feminino, predominam os tumores de útero, mama e estômago nesta seqüência. Como primeira causa de morte por câncer, a localização no útero apresentou uma variação entre 14,6% (México) a 27,1% (Equador)".

CAPURRO et alii⁽¹⁾ encontraram que a taxa de mortalidade por carcinoma cérvico uterino para as províncias de Malleco e Cautrin, no Chile, foram de 5,3 e 3,6 por 100.000 habitantes, respectivamente.

GALLEGOS VARGAS et alii⁽⁹⁾, em estudos realizados em 1970, no México, apresentam 19,5% de lesões pré-cancerosas na população total estudada e destacam a importância de, nestes casos, fazer importante trabalho do tipo preventivo, já que, se o mesmo for feito, somente 10% poderá desenvolver um carcinoma. Insistem no tratamento das infecções cérvico vaginais já que processos inflamatórios crônicos podem produzir profundas alterações celulares que favorecem a reprodução atípica, provocando a degeneração maligna.

Em trabalho de MEDINA⁽¹⁶⁾, encontram-se citações acerca de que, "no colo do útero a cervicite crônica com hipersecreção mucosa e erosão, o ectrópio conseqüente a dilacerações "intra partum" e certas práticas terapêuticas prolongadas e repetidas insensatamente durante meses e anos, formam um ambiente para o desenvolvimento do tumor". Cashman, citado em MEDINA⁽¹⁶⁾, julga ser a cervicite crônica o mais importante fator etiológico do câncer de colo de útero. Intuitivo, portanto, dizia Moraes Barros citado em MEDINA⁽¹⁶⁾, "que a preocupação profilática tentasse desde logo tirar proveito dessa verificação. Prevenir e remover os estados irritativos crônicos seria praticar 'boa obra de preservação'".

É conhecida a estatística de HOWSON E MONTGOMERY, citados em MEDINA⁽¹⁶⁾, que analisaram 1.140 casos de câncer do colo de útero, concluindo que a responsabilidade de eclosão da moléstia cabe em 44% dos casos à doente, ao médico 14%, a ambos em 12,92%, não tendo havido retorno ao exame em 28,2%".

Os autores JEFFCOATE⁽¹⁴⁾, NOVAK⁽¹⁸⁾ e GALLEGOS VARGAS⁽⁹⁾ são unânimes em considerar que atipias inflamatórias a nível de vagina e colo necessitam ser tratadas, para que se evite o aparecimento de câncer cérvico uterino.

Estes autores indicam, para se tratar cervicite senil, a preparação estrogênica; para as cervicites, causadas por, cândida albicans o uso de nistatina; para as causadas por trichomonas vaginalis, o metronidazol ; para os processos causados por hemophilus, o uso das sulfonamidas mais ampicilina.

Paralelo ao tratamento medicamentoso, fazem-se necessárias orientações de enfermagem relativas a cuidados de higie-

ne dos genitais externos, com a roupa, relações sexuais, uso de medicamentos e tratamento do parceiro sexual.

Segundo ANDERSON, citado em GOES JR⁽¹³⁾, "o carcinoma epidermóide de cérvix é responsável por 90% dos cânceres uterinos enquanto que apenas 2% têm origem no epitélio glandular do canal cervical. Margolis e Thaut, citados em GOES JR⁽¹³⁾, afirmam que o câncer cervical é cerca de três vezes mais freqüente do que o do corpo uterino e Tweeddale encontrou mais freqüentemente o câncer corporal".

Uma das maneiras mais seguras de diagnóstico precoce destas alterações, segundo GOES JR⁽¹³⁾, "consiste no exame citológico sistemático do material obtido do fundo do saco vaginal e da cérvix, mediante a técnica de coloração de Papanicolaou, associado ao exame colposcópico e à prova de Schiller".

Este método, pela facilidade de execução, está cada vez sendo mais aplicado nos países interessados em adotar medidas preventivas de saúde para a população.

CRUZ et alii⁽⁶⁾ também ressaltam o valor da citologia exfoliativa na detecção do câncer cérvico uterino.

Em CIMBER⁽⁵⁾ encontra-se que Papanicolaou estabelece que o esfregaço apresenta características de:

- "Classe I - quando não há células atípicas;
- Classe II - quando há células atípicas dentro dos limites normais;
- Classe III - quando há células atípicas que fazem suspeitar de câncer;
- Classe IV - células caracteristicamente cancerosas".

Segundo GOES JR.⁽¹²⁾, no nosso país, o problema é muito grave, pois acredita-se que ocorrem, anualmente, 200.000 a 300.000 casos novos de câncer, de acordo com dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde, cujos levantamentos levados a efeito forneceram a cifra de 2 a 3 casos de câncer por 1.000 habitantes.

CONCEIÇÃO, citado em GOES JR.⁽¹²⁾, da Divisão Nacional do Câncer, diz que, através de dados coletados em 1968, "sabe-se que, em 78% dos casos, o câncer está localizado no colo uterino, local em que se torna fácil estabelecer diagnóstico e medidas de prevenção, sendo de 100% a probabilidade de cura, desde que estabelecido tratamento em estágio precoce".

Para o diagnóstico do câncer do colo uterino, exigem-se medidas simples e econômicas, desde que o mesmo esteja em fase pré invasiva.

Do ponto de vista sócio-econômico e humano, implantar programas de diagnóstico e prevenção é altamente significativo, conforme afirma GOES JR.⁽¹²⁾, "pois cânceres, como o cérvico uterino, atingem preferencialmente mulheres ainda jovens, na faixa de 25 a 45 anos". Com a perda da mãe, numerosas crianças ficarão carentes de amparo materno, o que propiciará o desenvolvimento de desajustes e elevação da taxa de delinqüência juvenil. Por outro lado, desperdiça-se uma poderosa força de trabalho, força esta perdida na fase de sua maior potencialidade e que, sem dúvida, faz falta principalmente num país em desenvolvimento como o nosso.

Tendo por objetivo orientar a implantação destes programas, a Organização Panamericana de Saúde⁽¹⁹⁾, em 1972, publi

cou um "Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino". Um aspecto ao qual se dá ênfase no capítulo IV desta publicação é o da importância da avaliação periódica dos programas.

No Brasil, o Decreto lei nº 61.968, de 22 de dezembro de 1967⁽²¹⁾, instituiu, no Ministério da Saúde, a campanha Nacional de Combate ao Câncer.

Através dela pretende-se: "... intensificar e coordenar, em todo o território nacional, as atividades pública e privadas de prevenção, de diagnóstico precoce, de assistência médica, de formação de técnicos especializados, de pesquisa, de educação, de ação social e de recuperação, relacionados com as neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência".

Da existência do decreto até 1973, houve várias tentativas isoladas, mas, somente neste ano, foi estabelecido o "Plano do Programa Nacional de Controle do Câncer"⁽¹²⁾, cujo objetivo central foi "integrar, dentro de um esquema sistêmico, toda a problemática do câncer no Brasil".

Foi estabelecido como uma das quatro grandes metas cardiais do programa, a prevenção da ocorrência e a descoberta dos casos recuperáveis, para submetê-los a uma imediata terapia. Para alcançá-la, foram preconizadas as seguintes ações:

- . coordenação de todos os recursos existentes no setor saúde, destinados ao combate ao câncer;
- . fixação de áreas e programas prioritários de ação;
- . estabelecimento de normas técnicas administrativas para as atividades de controle;
- . formação e treinamento do pessoal médico e técnico especiali-

- zado em todos os setores da cancerologia;
- . intensificação da pesquisa;
 - . organização de um arquivo de dados estatísticos sobre o registro de acompanhamento dos tumores;
 - . estruturação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, de modo a garantir a continuidade dos trabalhos por meio de recursos orçamentários capazes de suportar a manutenção de toda a rede nacional de instituições oficiais ou privadas.

As metas foram estabelecidas, levando-se em conta que o câncer representa, para a humanidade, um grande flagelo a desafiar a ciência e que é doença que contribui significativamente para elevar o obituário de todos os países, independente dos esforços dos mesmos para combatê-la.

O estudo da mortalidade por câncer no sexo feminino, no Estado de Santa Catarina, nos anos de 1975 e 1976, mostra correspondência com os dados encontrados pelos autores citados, conforme o que se vê no Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino do Estado⁽²⁴⁾.

De acordo com o censo demográfico de 1970, a população feminina catarinense de 20 a 49 anos, considerada a mais susceptível ao câncer cérvico-uterino, é de 485.317 mulheres.

No período de 1973 até agosto de 1977, os 27 serviços atuantes do Programa de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer Uterino, realizaram 74.439 exames.

No Estado de Santa Catarina, entusiasta do assunto, MOTTA⁽¹⁷⁾, já mantinha um germe de serviço funcionando, desde 1966, junto à Fundação Médico Hospitalar de Santa Catarina.

Em 1972, MOTTA⁽¹⁷⁾, elaborou um "Programa da Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina, na prevenção do cânc -

cer ginecológico", na pretensão de ampliar o serviço, estendendo-o a todo o Estado catarinense, já que na época haviam apenas "3 ambulatórios funcionando de forma ainda incipiente".

Estas atividades foram expandidas no período de 73/74, com a assinatura de alguns convênios para atenção hospitalar e ampliação do atendimento oferecido pelos ambulatórios existentes.

Mas, somente após a orientação emanada do Ministério da Saúde, através do "Plano do Programa Nacional do Controle do Câncer"⁽¹²⁾, que estabelecia como uma das metas prioritárias o controle do câncer cérvico uterino, foi que o governo estadual elegeu entre as áreas programáticas:

- . programas especiais: saúde mental, tuberculose, hanseníase, CÂNCER GINECOLÓGICO, incluída a assistência hospitalar, extensiva à atenção ao parto.

Este programa foi oficialmente implantado em 1975, prevendo, além da adequação da estrutura hospitalar, a criação de Centros de Atenção Médica.

Estes Centros foram classificados em dois tipos:

- . somente postos de coletas;
- . ambulatório com laboratório de citopatologia; caso do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico ora estudado.

Em Santa Catarina, tem-se dado ênfase ao desenvolvimento do Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino⁽²⁴⁾ pautado nos objetivos básicos de prevenção da ocorrência e da descoberta dos casos em fase recuperável, para submetê-los a uma imediata terapia. Constituem, além dos já citados, objetivos do programa:

- . detecção e diagnóstico precoce através da colpocitologia oncô-

tica, colposcopia e biópsia. A colpocitologia oncótica constitui um método de identificação precoce da patologia, de baixo custo, de realização rápida, indolor, que pode ser utilizado em massa;

- . garantir à paciente uma cobertura terapêutica adequada e moderna utilizando-se as melhores técnicas cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia ou outras;
- . desenvolvimento de novos métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento por meio de pesquisa;
- . educação, pela divulgação de ensinamentos oncológicos aos profissionais da saúde e ao público, possibilitando preparo de especialistas e o esclarecimento da população;
- . "follow-up" de pacientes.

Do "Programa de controle do câncer cérvico-uterino para o Estado de Santa Catarina", destaca-se, na parte referente à estratégia de ação, o que ficou previsto com referência ao levantamento da população alvo e atividades.

Dá-se destaque ao que consta da "Matriz Programática" e da "Programação de atividades para prevenção do câncer cérvico-uterino - ano de 1978 - 1979", e que tem relação com a população estudada neste trabalho. Deixa-se de detalhar metas, inseridas no Programa, referentes a pacientes com câncer, por não atender ao tema em estudo.

MATRIZ PROGRAMÁTICA PARA 78/79

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO - ESTADO DE
SANTA CATARINA

PROPÓSITO	OBJETIVOS	AÇÕES	METAS	INDICADORES
Reduzir a morbida- de e mortalidade por câncer Cérvico uterino.	1. Detectar na po- pulação de alto risco casos de câncer cérvico uterino nas suas fases iniciais e lesões precursoras.	1.1. Implantar a co- lheita de material para exame citopato- lógico na rotina das Unidades Gerais e de Saúde. 1.2. Manter a colhei- ta de material para exame citopatológico na rotina das Unidades Gerais de Saúde, já implanta- das.	1.1.1. Em 35 Unida- des Sanitárias dos municípios do Esta- do de Santa Catari- na. 1.2.1. Em 25 Unida- des Sanitárias dos municípios do Esta- do de Santa Catari- na.	1.1.1.1. Nº de Uni- dades <u>implantadas</u> <u>X 100</u> Nº de unidades pro- gramadas. 1.2.1.1. Nº de Uni- dades <u>mantidas</u> <u>X</u> <u>100</u> Nº de Unidades Pro- gramadas. 1.2.1.2. Nº de Uni- dades <u>colhem mate- rial X 100</u> Nº de Unidades exis- tentes.

Da programação de atividades previstas pelo Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino, para os anos de 1978/79, pode-se destacar:

PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO - ANO 1978/79

COMPONENTES DO PROGRAMA	GRUPOS PROGRAMÁTICOS			PARÂMETROS DE PROGRAMAÇÃO ANUAIS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	
	ESPECIFICAÇÃO	Nº PROGRA MÁVEL	COBERTURA %			
<u>Descoberta de Casos</u>	2.1. Mulheres em risco inscritas	120.000	100	120.000	1,5 colheita	Nº de colheitas realizadas.
1. Fazer colheita de material cérvico-uterino					180.000	Nº de mulheres em risco.
<u>Tratamento</u>	1.1. Mulheres em risco examinadas	120.000	100	120.000	50%	Nº de tratamento clínicos realizados x 100
1. Tratamento clínico das lesões precursoras					60.000	Nº de casos diagnosticados.

SAUPE et alii⁽²³⁾, em 1978, observaram sistematicamente as atendentes de enfermagem, lotadas no Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico com relação à obediência das mesmas às normas técnicas de sua competência, preconizadas pelo Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino do Estado de Santa Catarina⁽²⁴⁾.

Segundo critérios utilizados, os resultados apresentam-se de acordo com o que demonstra o QUADRO abaixo:

Concentração da distribuição das normas técnicas de competência das atendentes de enfermagem, lotadas no Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico, segundo critérios estabelecidos. Centro de Saúde de Florianópolis. Florianópolis-SC. 1978.

CRITÉRIOS NORMAS*	EXECUTADA	NÃO EXECUTADA	NÃO SE APLICA
01	55	-	-
02	43	-	12
03	52	03	-
04	50	05	-
05	55	-	-
06	55	-	-
07	55	-	-
08	53	02	-
09	53	02	-
10	55	-	-
11	55	-	-
12	55	-	-
13	-	-	55
14	55	-	-
15	55	-	-
16	-	-	-

* As normas encontram-se discriminadas no anexo I

Levando-se em conta de que o conhecimento dos resultados desse estudo é fundamental para que se possa responder ao questionamento, feito na introdução deste trabalho, que visa detectar a assistência prestada às pacientes, inclusive do ponto de vista da enfermagem, é que se passa a apresentar com detalhes o que foi observado.

No período de observação da colheita de material cervico-uterino por parte do pessoal de enfermagem, lotado no Centro de Saúde de Florianópolis para o Programa, realizou-se 75 colheitas numa média de 15 por dia. Deste total, 55 foram realizadas por duas atendentes que atuavam no serviço, sendo uma no período matutino (45 colheitas) e outra no vespertino (10 colheitas). As 20 restantes foram efetuadas pelo médico do turno da tarde.

Constatou-se que o pessoal de enfermagem utilizou entre 5 a 18 minutos, com uma média de 11 minutos para atendimento completo de cada cliente, desde a recepção até a despedida. No programa, prevê-se 13 minutos por paciente para enfermagem, sendo 3 minutos para interrogatório e 10 minutos para a colheita, sendo que o resultado acima confirma o que é preconizado. Os valores aberrantes encontrados sugerem necessidade de maior supervisão das atividades realizadas pelo pessoal atendente de enfermagem.

Os resultados relatados referem-se à 55 colheitas efetuadas pelas atendentes de enfermagem, sendo que 42 pacientes eram de primeira consulta e 13, de retorno.

As normas técnicas estabelecidas neste Programa (24) determinam para a atendente de enfermagem, encarregada do aten-

dimento e coleta de material crvico-uterino, tanto nos postos tipo A (coleta), como tipo B, (coleta e leitura), um rol de 16 competências, discriminadas no ANEXO I. Somente 21 pacientes receberam explicações sobre a finalidade do exame, mas todas as clientes (55) foram recebidas com cortesia pela atendente de plantão. Considerando-se que as pacientes de retorno já haviam recebido orientação, têm-se 34 (61,8%) casos positivos e 21 (38,2%) negativos. Verificou-se que a qualidade da orientação prestada, em muitos casos, deixa a desejar, devendo ser incentivado o retorno ao serviço com maior freqüência.

Para as 42 novas pacientes que procuraram o serviço, foi preenchido o item "identificação". O mesmo também foi feito para mais uma de retorno, por não ter sido localizada a ficha anterior. Em relação a este item, observou-se que:

- . o preenchimento é incompleto e falho principalmente quanto  a rotina de anotar o nome da cliente, sendo que algumas fichas iniciaram pelo pr-nome e outras, pelo sobrenome. Outro dado incompleto é o endereço, pouco específico, dificultando a localização da cliente no caso de necessidade de contato pelo serviço social.
- . o fichário geral das inscritas, catalogado por número de inscrição, dificulta a localização da ficha, sempre que uma cliente esquecia o cartão de retorno. Atualmente o critério está sendo modificado para ordem alfabética, mas muitas pacientes ainda possuem ficha dupla.
- . por delegação da atendente do turno, os dados de identificação de duas destas fichas foram colhidos e anotados pela sergente do serviço.

Cincoenta ^{quinta} pacientes tiveram seu retorno aprazado, sendo o prazo menor anotado, dez (10) dias, e o maior quarenta e quatro (44). Sendo a moda trinta e dois (32); 03 clientes, pelos motivos já citados e 02 pacientes, com fluxo menstrual constatado à colheita, não receberam aprazamento.

Nos períodos de implantação deste serviço, os agendamentos para retorno obedeciam ao prazo de uma (1) semana. O que, comparativamente ao que ocorre atualmente, beneficiava sobremaneira a cliente, já que dissipava suas dúvidas com maior brevidade e resolvia, através de tratamento medicamentoso, a queixa principal e maior motivo para afluência ao serviço, a presença de fluxo vaginal.

Observa-se que as clientes são orientadas sobre a troca de roupa. No caso de pacientes que estejam, no momento da colheita, usando vestido ou saia não se está solicitando o uso do avental. Constata-se também que os aventais de fazenda, brancos, modelo convencional, não são de uso individual.

Em dez (10) lâminas, das cinquenta e cinco colhidas, fez-se a identificação somente com o sobrenome, sem as demais iniciais que indicam o nome. De todas as cinquenta e cinco (55), consta o número de matrícula no serviço; e, em nenhuma delas, identificou-se o local de origem do material cérvico uterino colhido. Acredita-se que isto se deve ao fato de que, no serviço, se faz de rotina somente colheita de material da junção escamo-colunar.

Sugere-se estudos no sentido de que se proceda, no serviço, à colheita triplíce ou ao menos de ectocérvix e fundo de saco.

Verificou-se que, à colheita, vários detalhes precisa

vam reforço, por exemplo, acerca da rotação de 360° para colher material da junção escamo-colunar, pois, das cinquenta e cinco realizadas, em dez não se fez esta rotação; da extremidade da espátula de Ayre a ser utilizada para colheita de material de fundo de saco e de ectocervix; acerca da importância da limpeza do muco em excesso antes de proceder à colheita propriamente dita.

Todas as datas de colheita foram anotadas no momento do preenchimento dos dados de identificação. Antes, portanto, da colheita propriamente dita. Sendo assim, na ficha de prevenção de duas (2) pacientes com fluxo menstrual (constatado à introdução do espécúlo), ficou marcada a realização da colheita sem ter sido o material colhido. Frente à importância do ocorrido, sugere-se atenção à frequência com que se constata situações semelhantes e reorientação às atendentes no sentido de que realmente só se date após a efetiva realização da colheita.

Em consulta aos arquivos de boletins do serviço e através de pergunta às atendentes, conclui-se da existência dos boletins mensais de atendimentos.

Na observação concernente a limpeza do material e equipamento fizeram-se várias constatações:

- . os recipientes de vidro que contém as soluções para colposcopia são completados diariamente sem que sofram qualquer processo de desinfecção;
- . inexistente a aplicação de medidas rotineiras de desinfecção corrente e terminal de equipamento e ambiente;
- . o banheiro necessita ser limpo diariamente. E várias vezes

por dia deve ser revisado para controle da limpeza e suprimento de material.

Um laudo bacteriológico acusou crescimento intenso de microorganismos, tanto no espéculo quanto no tambor usado para armazená-los. Saliendo os riscos a que a cliente do serviço estava se expondo, as atendentes foram orientadas a, a partir daquela data, embrulhar os espéculos em pacotes individuais e levá-los para esterilizar no autoclave do laboratório, o que continua sendo feito até o momento. A comprovação de que a medida foi acertada é o resultado da segunda avaliação bacteriológica, solicitada pelas pesquisadoras, cujo laudo relata "ausência de crescimento de Germes".

Além da observação das normas técnicas de competência da atendente de enfermagem do Programa, considerando-se a lavagem das mãos após o procedimento, como técnica de assepsia médica imprescindível, verificou-se que, após quarenta e três (43) colheitas, a atendente que as executou lavou as mãos e, após doze (12) colheitas, não.

Pretendendo constatar uma necessidade para estabelecer uma previsão de espátulas de Ayre, sempre em quantidade deficitária para uso no Serviço, registrou-se que, para trinta e duas (32) clientes, foram utilizadas 01 espátulas para cada, para vinte (20) clientes, duas (2) espátulas cada e para uma cliente três (3) espátulas. O que nos dá uma média de 1,4 espátula/cliente.

Neste serviço, não há enfermeira que exerça as tarefas de programação e execução de educação sanitária, supervisão das atividades executadas e que atue efetivamente como elemento

ativo da equipe de saúde. A supervisão é feita esporadicamente' pela Enfermeira Chefe do Centro de Saúde que, além deste, supervisiona inúmeros outros programas e é responsável pela coordenação administrativa, relativa à Enfermagem do Centro de Saúde.

Vê-se, face ao que foi relatado, que sua participação ativa seria valiosa, considerando-se as características do Programa, no qual as atividades de enfermagem são fatores fundamentais para o alcance dos objetivos estabelecidos.

Todos estes dados sugerem a necessidade de estudos ' mais minuciosos que verifiquem a qualidade da coleta e leitura' do material cêrvico-uterino, a quantidade e a qualificação do pessoal que presta assistência, bem como a confiabilidade dos registros.

Optou-se por estudar o que é feito às pacientes com classe II de Papanicolaou por ser a mesma, a classe que predomina nitidamente na população inscrita em serviços de prevenção ' desta natureza. De acordo com estudo de SILVEIRA⁽²⁵⁾, esta predominância chega a ser da ordem de 76,52% do total; por acreditar-se que o pessoal de enfermagem pode dar uma contribuição decisiva para diminuir a incidência do câncer, podendo servir como elemento de informação, conscientização e educação do paciente, família e comunidade; por, nesta fase, haver chance de se atuar, reduzindo sensivelmente a morbidade e mortalidade por câncer cêrvico uterino, o que virá a beneficiar a paciente e a Nação.

2 - OBJETIVOS

Acreditando-se na validade de atuação, junto a uma faixa da população susceptível a uma doença prevenível de alto alcance social, qual seja o câncer cêrvico-uterino, formula-se o seguinte objetivo para este trabalho:

Identificar se a assistência prestada às pacientes com diagnóstico de classe II de Papanicolaou, inscritas no Serviço de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico, visa a profilaxia de câncer cêrvico-uterino.

Diante do caráter exploratório deste trabalho e face' as dificuldades encontradas para fixar hipóteses de causa e efeito na área da saúde, principalmente em administração sanitária, dado o fato da multiplicidade de fatores que interferem com o processo saúde, procurou-se indagar, considerando diversas variáveis, até que ponto as mesmas interferem na profilaxia

do câncer cérvico-uterino.

Procurou-se, então, estabelecer:

- . estarão as clientes atendidas neste serviço, com diagnóstico de classe II de Papanicolaou, recebendo tratamento medicamentoso de acordo com os padrões preconizados?
- . as ações de enfermagem relacionadas à prevenção, junto às pacientes em questão, estão definidas?
- . o pessoal de enfermagem, lotado no serviço, recebeu treinamento qualitativo e quantitativo acerca das orientações a serem fornecidas às pacientes?
- . as tarefas estipuladas, como sendo de competência de atenden-tes de Enfermagem, lotadas no Serviço, segundo o Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino, prevêm a orientação de Enfermagem?
- . os médicos que atuam no Serviço são especialistas na área? Exercem as normas técnicas de sua competência?
- . a estrutura física existente favorece a execução de orienta-ção de Enfermagem?
- . os recursos materiais existentes possibilitam uma assistência quantitativa e qualitativamente adequada?
- . há padronização para medicamentos a serem utilizados no tratamento de afecções cérvico vaginais?
- . está-se formando uma mentalidade de prevenção no servidor, através de atividades profiláticas de âmbito interno, para que o mesmo, educado neste sentido, julgue importante e colabore para adotar medidas de prevenção?

3 - MATERIAL E MÉTODO

3.1. Metodologia

O presente estudo foi realizado em três etapas quais sejam:

3.1.1. "Acreditação" de serviço

3.1.2. Auditoria de fichas clínicas

3.1.3. Observação sistemática do pessoal médico.

Para auditoria de ficha clínica e "acreditação" de serviço, utilizou-se o modelo proposto por CIARI JR. (4) e (2) modificado para o uso em Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico.

A observação sistemática do pessoal médico objetivou detectar se as normas técnicas de competência deste pessoal estavam sendo seguidas e constatar se a assistência poderia estar sendo prestada e não registrada.

3.2. Área de trabalho

A área de trabalho foi o Centro de Saúde de Florianó-

polis - SC, no Serviço de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico. Optou-se pelo Centro de Saúde de Florianópolis por ser o mesmo o que recebe maior demanda em termos de diagnóstico precoce de Câncer Ginecológico e porque o setor é unidade de ensino para o curso de Graduação em Enfermagem e área de treinamento para funcionários do Departamento de Saúde Pública da Secretaria de Saúde e Promoção Social do Estado de Santa Catarina.

Descreve-se a forma pela qual se está realizando a profilaxia do câncer cérvico-uterino no Serviço, no qual se fizeram as observações, visando esclarecer a forma de desenvolvimento deste trabalho no referido Serviço.

As clientes que procuram o Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico do Centro de Saúde de Florianópolis, quer seja por iniciativa própria, por influência de campanhas ' através de meios de comunicação, motivadas por parentes e vizinhos, ou por serem encaminhadas pelo Programa do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) da Unidade Sanitária, seguem a mesma rotina de atendimento e recebem igual atenção.

Para que cheguem a se submeter à colpocitologia e colposcopia previstas, obedecem ao seguinte fluxograma:

FLUXOGRAMA FUNCIONAL

SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER GINECOLÓGICO

RUTINA ATUAL PROPOSTA

ESTUDADO POR: LURENA MACHADO E SILVA
EM JULHO/78

ATIVIDADES	0	INICIAIS	TEMPO	19
	1	EXAME GINECOLÓGICO		06
	2	INICIAIS		-
	3	SEMPAS		02
	4	ARQUIV. PROVISÓRIO		02
5	ARQUIV. PERMANENTE	-		

Nº	SÍMBOLOS	FUNÇÕES OU CARGOS	DESCRIÇÃO DOS PASSOS OU FASES
01	0 → □ D Δ V	Porteiro	Atende a cliente
02	0 → □ D Δ V	Porteiro	Orienta a cliente acerca da localização do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico (SDPCC).
03	0 → □ D Δ V	Atendente de Enf.	Recebe a cliente
04	0 → □ D Δ V	Atendente de Enf.	Preenche os dados de identificação da ficha clínica
05	0 → □ D Δ V	Atendente de Enf.	Preenche os dados de "informação" da ficha clínica
06	0 → □ D Δ V	Atendente de Enf.	Preenche os dados de identificação do cartão de retorno
07	0 → □ D Δ V	Atendente de Enf.	Orienta a cliente no sentido de que retire a roupa e vista o "avental" do serviço.
08	0 → □ D Δ V	Atendente de Enf.	Prepara a mesa ginecológica
09	0 → □ D Δ V	Atendente de Enf.	Prepara o material para proceder a colheita para colpocitologia
10	0 → □ D Δ V	Atendente de Enf.	Procede à colheita e fixação do material
11	0 → □ D Δ V	Atendente de Enf.	Orienta a cliente a vestir a roupa
12	0 → □ D Δ V	Atendente de Enf.	Marca no cartão a data de retorno da cliente para consulta médica.
13	0 → □ D Δ V	Atendente de Enf.	Encaminha a ficha e a lâmina para o laboratório de preparo e leitura de lâminas.
14	0 → □ D Δ V	Cliente	Aguarda 01 mês para a consulta médica.
15	0 → □ D Δ V	Cliente	Retorna para consulta médica
16	0 → □ D Δ V	Atendente	Recebe a cliente
17	0 → □ D Δ V	Atendente	Solicita à cliente seu cartão de retorno.
18	0 → □ D Δ V	Atendente	Localiza a ficha clínica da cliente no fichário.
19	0 → □ D Δ V	Atendente	Retira a ficha clínica do fichário
20	0 → □ D Δ V	Atendente	Coloca a ficha clínica da paciente sobre a mesa do consultório por ordem de chegada
21	0 → □ D Δ V	Atendente	Chama a paciente para consulta médica
22	0 → □ D Δ V	Atendente	Orienta a cliente a retirar a roupa e vestir o "avental"
23	0 → □ D Δ V	Atendente	Ajuda-a a posicionar-se na mesa ginecológica
24	0 → □ D Δ V	Atendente	Prepara e alcança o material para colposcopia para o médico
25	0 → □ D Δ V	Médico	Procede à colposcopia e ao exame de mamas
26	0 → □ D Δ V	Médico	Prescreve
27	0 → □ D Δ V	Médico	Encaminha a outros serviços, se necessário
28	0 → □ D Δ V	Atendente	Fornecer esclarecimentos sobre a medicação prescrita.
29	0 → □ D Δ V	Atendente	Marca o retorno para nova colheita

Este fluxograma foi elaborado a partir de esquema proposto por FARIA⁽⁸⁾ e da observação direta e sistemática da autora, realizada em cinco dias úteis, ininterruptamente das 7 às 18 horas, com a finalidade de ser incorporado a este estudo.

Tem-se a seguinte situação em relação ao pessoal que desempenha as atividades próprias do Programa:

. dois médicos com formação em oncologia clínica; um citologista; sete citotécnicos, treinados para este fim, que atuam em todo o Estado; atendentes de enfermagem que receberam treinamento, através de estágio de observação no Centro de Saúde, sendo um para cada Posto de atenção (total 27); o Programa não conta com nenhum enfermeiro especialmente treinado para prevenção do câncer cérvico-uterino, mas, em 1977, os enfermeiros, lotados nos diversos Centros Administrativos Regionais de Saúde, receberam um curso objetivando prepará-los para treinarem e supervisionarem o pessoal auxiliar.

3.3. População alvo

Constitui-se das fichas clínicas das clientes, inscritas no Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico, portadoras de classe II de Papanicolaou e pessoal médico lotado no Serviço.

3.4. Amostra

A amostra para auditoria de fichas clínicas foi obtida dentre as fichas das clientes inscritas no Serviço, no período de 01 de fevereiro de 1977 a 30 de junho de 1978, portadoras de classe II de Papanicolaou.

Com a finalidade de estabelecer o tamanho mínimo da amostra, para, posteriormente, efetuarem-se inferências sobre a população em estudo, foi necessário determinar o desvio padrão da população em relação ao tema em estudo.

No presente caso, não é conhecido o desvio padrão da população em função de quaisquer dos assuntos a serem estudados. Procedeu-se, então, do seguinte modo:

- a) Realizou-se a coleta de uma amostra piloto, de tamanho relativamente grande ($N > 30$), através dos números aleatórios.
- b) Coletaram-se sobre essa amostra os dados para estudo, com o maior cuidado possível, tendo em vista que ela poderia ser a definitiva.
- c) Calculou-se o desvio padrão corrigido dos dados (estimador de desvio padrão da população).
- d) Calculou-se o tamanho mínimo da amostra.

Através dos números aleatórios, foi feita uma "Amostra Piloto" de 76 (setenta e seis) elementos. Dever-se-iam usar os primeiros 50 (cincoenta), deixando-se o restante como reserva para o ítem d.

Para determinação do tamanho mínimo da amostra após ter sido testado o desvio padrão, partiu-se da expressão $e = Z_c G_{\bar{p}}$ que nos dá a distribuição amostral de proporções e onde:

e = Erro de estimativa permitido;

Z_c = Z crítico correspondente na curva normal ao grau de confi
ança;

$G_{\bar{p}}$ = Desvio padrão da amostra piloto, que dá a estimativa do

desvio padrão da população e que vale:

$$G\bar{p} = \frac{PQ}{N} \cdot \frac{N_p - N}{N_p - 1}$$

e deduziu-se a expressão para o tamanho mínimo da mostra:

$$N = \frac{Z_c^2 \times PQ \times N_p}{e^2 N_p + Z_c^2 \cdot PQ} \quad (\text{considerando denominador a parcela } e^2 \text{ que aparece como praticamente nula})$$

A população é de aproximadamente 4.000 (quatro mil elementos).

Poderíamos, então, considerar duas possibilidades:

- a) Erro tolerável de estimativa 0,01 (1%)
- b) Erro tolerável de estimativa 0,02 (2%)

Possibilidade (a): Erro de estimativa 0,01 (1%); $e = 0,01$

Grau de confiança 0,95 (95%); $Z_c = 1,96$

Média das proporções obtidas na amostra P_i

loto $P = 0,5183$

$$\text{Resulta: } N = \frac{1,96^2 \times 0,5183 \times 0,4817 \times 4.000}{4.000 \times 0,01 + 1,96^2 \times 0,5183 \times 0,4817}$$

N = 94 elementos

Se fosse adotado esse valor do erro, seriam necessários colher aleatoriamente mais 19 (dezoito) elementos, além dos 76 (setenta e seis) já selecionados na amostra piloto.

Possibilidade (b):

Erro de estimativa 0,02 (2%); $e = 0,02$

Grau de confiança 0,95 (95%); $Z_c = 1,96$

$$\text{Resulta: } N = \frac{3,84 \times 0,5183 \times 0,4817 \times 4.000}{4.000 \times 0,02 + 3,84 \times 0,5183 \times 0,4817}$$

$$N = \frac{4.000 \times 0,96}{80 + 0,96}$$

$N = 48 \text{ elementos}$

Conclusão: O tamanho da amostra, para o caso de $e = 2\%$, foi satisfatório para $N = 50$, conforme a amostra usada para as primeiras determinações.

Considerando-se ser o erro de estimativa de 2% bastante baixo, optou-se por adotá-lo para a amostra, aproveitando-se as fichas já selecionadas para o teste piloto.

3.5. Instrumentos e critérios utilizados

Utilizaram-se, de acordo com o que preconiza CIARI JR. (4), (2) um formulário para auditoria de fichas clínicas e outro para "acreditação" de serviços. Como o autor utiliza estes formulários para Serviços de pré-natal, procedeu-se à modificações, para que seu uso fosse possível em Serviços de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico. Para as observações sistemáticas, elaborou-se um formulário baseado nas normas técnicas de compe-

tência do pessoal médico. Os referidos instrumentos constituem-se nos anexos II, III (auditoria de fichas clínicas), IV ("acreditação" de serviço) e V (formulário para observação).

3.5.1. Para "acreditação"

Como a execução de prevenção depende de pessoal, equipamento e material e um correto procedimento administrativo, é necessário fazer-se um diagnóstico do serviço. Para tal, utilizou-se o modelo de "acreditação" proposto por CIARI JR.⁽²⁾.

O referido modelo foi desenvolvido e aplicado, visando avaliar serviços de pré-natal.

CIARI JR. e outros⁽³⁾ também utilizaram este modelo de "acreditação", alterado em suas particularidades, para "avaliação de serviços de entidades conveniadas com o P.N.C.C." (Programa Nacional de Controle do Câncer).

Esta avaliação foi feita com ênfase no setor de anatomia patológica, a qual se deixa de focar, por não atender ao objetivo neste estudo. Por isso, considera-se o uso deste modelo, alterado, inadequado para levantar dados referentes ao tema "Profilaxia do Câncer Cérvico-Uterino em pacientes com classe II de Papanicolaou".

Portanto, utiliza-se o modelo original, modificado pela autora nos seus itens de avaliação, no Serviço de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico, do Centro de Saúde de Florianópolis. (Formulário IV - Anexo IV).

O modelo de "acreditação" proposto por CIARI JR.⁽²⁾, compõe-se de sete itens referentes a:

- Planta física

- Recursos materiais
- Recursos humanos
- Funcionamento
- Programação e Coordenação com outros serviços, programas e instituições
- Preparação de pessoal
- Atividades profiláticas de âmbito interno

Cada um dos itens acima engloba os elementos que deveriam existir num SDPCG* de acordo com o Programa Nacional de Controle do Câncer⁽²⁰⁾.

Para a "acreditação", a autora deste estudo compareceu ao SDPCG* durante um dia, no período de expediente de oito horas, anunciando, previamente, sua visita e de posse do modelo de "acreditação".

Para o correto preenchimento do modelo, o acreditador:

- . verificou, pessoalmente, todos os aspectos a serem anotados , não os anotando por informação;
- . necessitando de maiores esclarecimentos, dirigiu-se ao responsável pelo setor para obtê-los;
- . na dúvida, procurou informações até o esclarecimento total da questão; todos os itens foram preenchidos.
- . não aplicou o modelo ao SDPCG* em fase de transição (mudança física, de chefia etc.).

Para qualificação dos resultados de acreditação, estabeleceu-se o valor de cada item e o valor total.

* Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico

Para estabelecer o valor do item, dividiu-se o número de sub-itens assinalados como positivos pelo "acreditador", pelo número de itens possíveis para o aspecto em foco, obedecendo-se à fórmula $\frac{x}{y - z} \cdot 100$, onde x é o número de itens assinalados como positivos, y o número de sub-itens possíveis, z os itens que não se aplicam.

O valor total atribuído ao Serviço em "acreditação", foi obtido através da média aritmética dos percentuais de cada item.

Sendo o valor total inferior a 50% há indicação de insuficiência do serviço prestado. É regular de 50 \geq 70%, bom, de 70 \geq 90% é ótimo, de 90 \geq 100%.

Os dados obtidos na "acreditação" são apresentados no GRÁFICO 1 e TABELA 1 e comparados aos obtidos através da avaliação de fichas clínicas, para o estabelecimento do nível de assistência prestada pelo Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico.

3.5.2. Para auditoria

No anexo II, encontra-se o formulário II, utilizado na Auditoria de Fichas Clínicas, para estabelecer a porcentagem de preenchimento das mesmas. Para elaborá-lo, tomou-se como base a ficha clínica, utilizada no Serviço a ser avaliado (Anexo VI). Em cada aspecto abordado para preenchimento deste formulário II (Anexo II), foram levados em conta:

3.5.2.1. Identificação:

Tomaram-se todos os dados constantes do original, sen

do que a profissão, idade e cor foram levantados, somente, para que servissem como fatores auxiliares na identificação da paciente, já que não são consideradas variáveis significativas para o tema em estudo.

- . Nome
- . Data
- . Número de matrícula
- . Profissão
- . Idade
- . Cor
- . Endereço
- . Município

3.5.2.2. Informação:

Este item não está subdividido na ficha clínica. Tomaram-se para a listagem, dados de anamnese indispensáveis à correlação com Câncer Ginecológico (queixas, antecedentes pessoais, antecedentes familiares), conforme o que se segue:

- . Data da primeira menstruação
- . Ciclos posteriores
- . Números de gestações
- . Número de partos
- . Número de abortamentos espontâneos ou provocados
- . Tipo e local de parto
- . Idade de início da atividade sexual
- . Dispareunia e/ou sangramento ao coito
- . Uso de métodos anticoncepcionais
- . Características de fluxo vaginal
- . Cirurgias ginecológicas

- . Cauterizações e/ou curetagens
- . Antecedentes familiares de câncer.

O item "informação" foi considerado preenchido, quando houve registro de 75% dos sub-itens mencionados acima.

3.5.2.3. Exame de mamas

Faz-se referência ao dado como um todo, já que o mesmo também não está subdividido na ficha clínica.

3.5.2.4. Exame Ginecológico

3.5.2.5. Colposcopia

3.5.2.6. Colpocitologia

3.5.2.7. Biópsia

3.5.2.8. Tratamento

As colunas 1, 2, 3, 4, 5 e 6 no formulário II (ANEXO ' II) apresentam os itens: possíveis, não aplicáveis, preenchidos, não preenchidos, porcentagens de preenchimento e peso.

Para as colunas 1, 2, 3 e 4, julgam-se desnecessários' maiores esclarecimentos, já que os títulos são auto-explicativos.

Na coleta de dados para "auditoria das fichas clínicas", a porcentagem de preenchimento foi obtida pela utilização da fórmula:

$$5 = \frac{3}{3 + 4} \times 100$$

sendo que 5 representa a porcentagem de preenchimento, como resultante da equa-

ção itens preenchidos (3) pelos itens preenchidos (3) mais os não preenchidos (4), multiplicado por 100.

Na coluna 6 do formulário II (ANEXO II), aplica-se o peso correspondente a cada item. Os valores dos pesos foram obtidos, comparando-se a importância de cada item. Para isso, a autora contou com a assessoria de um médico obstetra e ginecologista.

Os pesos estão assim distribuídos:

Identificação	1
Informação	2
Exame de mama	1
Exame ginecológico	3
Colposcopia	4
Colpocitologia	4
Biópsia	1
Tratamento	4

Para obtenção da nota de cada ficha, toma-se a soma dos valores da coluna 6 e divide-se por 20, que é o valor total dos pesos.

Através do formulário III referente à Auditoria de fichas clínicas - coerência dos dados, (ANEXO III), determina-se a coerência entre os itens constantes da ficha clínica. Para elaborá-lo, tomaram-se, por base, os aspectos relacionados na ficha clínica do Serviço (citados anteriormente para o formulário II) e fez-se uma lista de dados, que guardam relação entre si.

Os mesmos foram levantados, obedecendo ao critério de coerência, e escolhidos os que pudessem enfatizar a necessidade

de orientação de Enfermagem e o tratamento medicamentoso adequado.

Portanto, os aspectos, neste estudo, relacionados não se constituem por si só, num padrão, podendo ser alterados, se a ênfase for dada a outro enfoque na área de prevenção de câncer ginecológico.

A partir da ficha clínica do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico - Centro de Saúde de Florianópolis, foram formulados os seguintes itens, para se estabelecer a coerência:

- Idade de início da atividade sexual, coerente com o diagnóstico colposcópico e colpocitológico;
- Número de gestações e local dos partos, coerentes com alterações ginecológicas;
- Idade coerente com alterações celulares cérvico-uterinas;
- Presença de sangramento via vaginal coerente com o diagnóstico e conduta;
- Tratamento medicamentoso coerente com o diagnóstico;
- Uso de métodos anticoncepcionais coerentes com o diagnóstico;
- Cauterização coerente com diagnóstico;
- Antecedentes mórbido-familiares coerente com diagnóstico conduta;
- Colposcopia coerente com diagnóstico colpocitológico e conduta;
- Colpocitologia coerente com conduta;
- Biópsia coerente com diagnóstico colpocitológico, colposcopia

e conduta;

- Alterações ginecológicas coerentes com diagnóstico e conduta;
- Presença de fluxo vaginal, coerente com diagnóstico e conduta;

A nota de cada ficha analisada, preenchendo-se o formulário III, foi obtida através da fórmula:

$$C = \frac{2}{2 + 3} \times 100$$

dividindo-se o total de itens coerentes (2) pelos coerentes (2) mais os não coerentes (3) e multiplicando por 100, tem-se um resultado, que representa o percentual de coerência.

Constata-se então, que, na auditoria de fichas clínicas, para cada ficha do Serviço examinada, têm-se dois formulários de avaliação (formulário II e formulário III), sendo que a média total, a ser oferecida pela auditoria, será a média dos pontos obtidos pelos formulários II e III, que dirá da nota recebida pelo Serviço quanto à qualidade de suas fichas.

Considerou-se, para efeito de análise, os seguintes parâmetros:

- Um valor inferior a 50% evidencia falhas bastante acentuadas.
- Um percentual de $50 \geq 70\%$ - regular; $70 \geq 90\%$ - boa e $90 \geq 100\%$ ótima.

3.5.3. Para observação sistemática

Para a observação sistemática, montou-se o formulário V (Anexo V), tomando-se por base, as normas técnicas de competência do pessoal médico.

A autora procedeu à observação direta dos profissio -

nais que atuam no Serviço, em cinco dias úteis, das 7,30 às 11,00 horas e das 12,30 às 16,30 horas.

Foi explicado ao profissional do que se tratava e feito o acompanhamento da consulta, procurando-se não interferir na mesma.

Para preenchimento do instrumento, considerou-se:

- . exame médico completo, quando as clientes atendidas foram submetidas à inspeção e palpação de mamas, a toque vaginal e a colposcopia;
- . tratamento clínico: quando foi entregue à cliente e ao parceiro sexual, por escrito, o tratamento medicamentoso concernente;
- . registro dos casos: quando foram anotados aspectos referentes ao atendimento na ficha clínica da paciente e nos mapas de atendimento.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como a execução da prevenção depende de pessoal, equipamento, material e um correto procedimento administrativo, era condição primeira que se fizesse um diagnóstico da situação do Centro de Saúde quanto a este aspecto. Usou-se a acreditação e obteve-se um resultado.

Por outro lado, também era imprescindível para este estudo, a existência de registros adequados. Usou-se a auditoria para saber se as fichas são de boa qualidade.

Como as tarefas e a assistência poderiam estar sendo prestadas, mas não registradas, procedeu-se à observação sistemática do pessoal médico lotado no Serviço. A observação sistemática do pessoal de enfermagem deixou de ser feita, por existir trabalho neste sentido realizado por SAUPE e col. (23).

Os resultados do presente trabalho, fruto do uso da metodologia referida, serão apresentados e discutidos de acordo com os vários ângulos pelos quais se pretendeu verificar a existência de atividades profiláticas no Serviço de Diagnóstico Precoce

de Câncer Ginecológico do Centro de Saúde de Florianópolis.

4.1. "Acreditação" do Serviço de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico

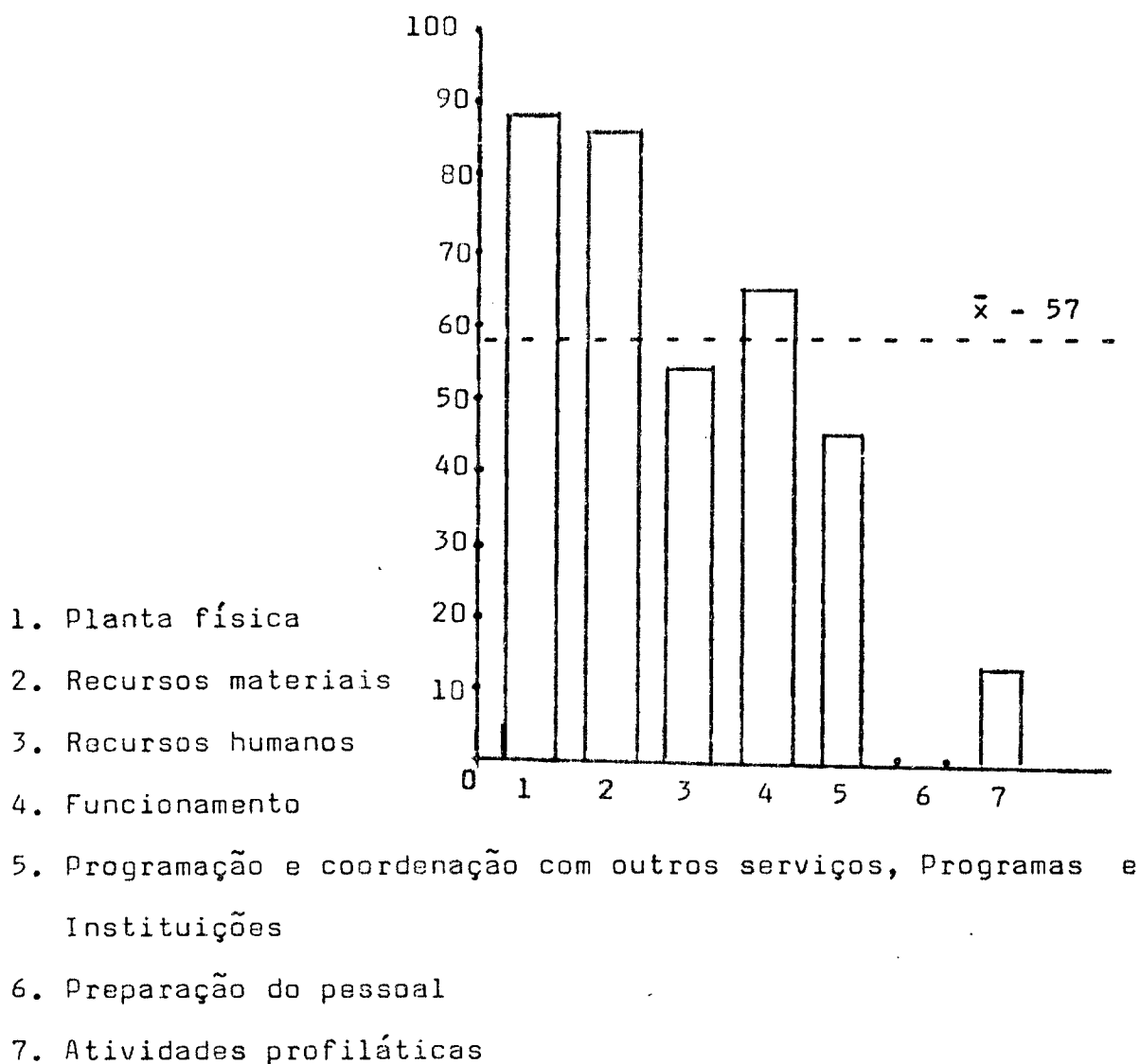
Obtiveram-se, nesta acreditação, os resultados apresentados no quadro e gráfico que seguem.

QUADRO 1 - "Acreditação" do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico. Centro de Saúde de Florianópolis. Junho de 1978.

I T E N S	PERCENTUAL OBTIDO
1. Planta física	89%
2. Recursos materiais	87%
3. Recursos humanos	55%
4. Funcionamento	66%
5. Programação e coordenação com outros serviços, programas e instituições	46%
6. Preparação de pessoal	0%
7. Atividades profiláticas de âmbito interno	14%

Média de acreditação: 57%

GRÁFICO 1 - Percentual obtido na "acreditação" do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico. Centro de Saúde de Florianópolis. Florianópolis. 1978.



Tomando por base os parâmetros já citados no item 3.5.1., passa-se a apresentar e discutir, por itens, a "acreditação" realizada.

Item 1) Planta física

Pode-se considerar a nota de acreditação, quanto à planta física "ótima".

Este item apresenta-se muito acima da média, tendo

participado com o valor mais elevado na média geral (89%), não chegando ao percentual máximo pela inexistência de salas de pré e pós consulta e de vestuário para funcionários.

Considera-se que as necessidades de orientação do tipo de cliente que procura o Serviço de Diagnóstico Precoce do Centro de Saúde de Florianópolis, devem se constituir no centro de atenções do pessoal nele lotado; sendo assim, a sala para pré e pós-consulta seria bastante utilizada, já que nela se conseguiria manter um contato que preservaria a individualidade da cliente; a mesma concentraria sua atenção no que está sendo orientado, visto que interferências do ambiente, na aprendizagem, seriam sensivelmente diminuídas.

Item 2) Recursos materiais

A nota de acreditação, quanto a recursos materiais, é "boa".

O percentual alcançado é superior ao da média de acreditação (57%), sendo que a não utilização do arquivo central, pelo serviço, e a inexistência de medicamentos, para a execução do Programa, foram as únicas deficiências encontradas no tocante a recursos materiais.

O fato de não se poder contar, na área de prevenção do câncer ginecológico, com uma linha de medicamentos para distribuição gratuita, faz com que as clientes tenham dificuldades e até deixem de fazer o tratamento. Pois, apesar de os medicamentos para o tratamento das colpites e cervicites serem facilmente encontrados, a maioria tem preço alto, comparado com o da renda média das clientes que acorrem ao serviço.

Inferre-se, então, que a distribuição gratuita de medi

camentos desta linha viria a baixar sensivelmente a recidiva de infecções cérvico-vaginais.

Item 3) Recursos humanos

Os resultados, quanto a recursos humanos, indicam uma nota de acreditação "regular".

Neste item, obteve-se um percentual abaixo da média geral de acreditação, de 57%, creditado à inexistência de médicos com experiência e titulação na área de ginecologia, inexistência de Enfermeira de Saúde Pública no Programa e por não ser, o chefe do Centro de Saúde, sanitarista.

Pode-se observar que os recursos humanos estão em número suficiente para o atendimento da demanda, mas estudos tem demonstrado que há muito pouca relação entre pessoal em número suficiente e a qualidade dos cuidados ao cliente.

Dos estudos feitos a este respeito, depreende-se bastar um número mínimo de pessoas devidamente preparadas e dirigidas, atuando dentro de um serviço organizado, para prestar uma assistência de excelente qualidade.

Por sua vez, a experiência tem demonstrado que um pessoal numeroso, de diversas categorias, mal preparado e dirigido dentro de um conjunto mal organizado, proporciona uma assistên-cia deficiente.

Como cita PAETZNICK⁽²⁰⁾, "o bom êxito de qualquer serviço depende mais da competência e atitude do pessoal que de qualquer outro fator". Esta competência e atitude depende, em grande parte, da qualidade de orientação e supervisão.

Portanto, uma enfermeira de Saúde Pública no Programa

teria vasto campo de atuação, no que se refere a orientação de clientes e pessoal lotado no serviço, supervisão do pessoal lo lotado, planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas no Programa, dentre outras tarefas.

Item 4) Funcionamento

O índice de acreditação é "regular", quanto ao funcio namento.

Os percentuais obtidos para planta física, recursos hu manos e funcionamento são os três únicos a se situarem acima da média. Registre-se, nesta área de funcionamento, a inexistência de supervisão das atividades por enfermeira de saúde pública, a inexistência da distribuição por escrito às atendentes de suas tarefas, a inexistência de realização de palestras e reuniões com as clientes e a inexistência de cadastro social para conta to.

Acredita-se que a realização de palestras e reuniões com as clientes, por serem um grupo, favoreceria a interação das mesmas com a "troca de experiências", incrementaria a divulga - ção das atividades do serviço, aumentaria a conscientização das clientes acerca dos riscos que correm e das medidas de preven - ção a serem adotadas.

A enfermeira atuaria como "fonte de informação", in - fluenciando as clientes, família e comunidade, tentando modifi - car suas atitudes e conduta, visando motivá-las para medidas de prevenção e tratamento. Registram-se, como ponto alto do Servi - ço, com referência a este item, a existência e o cuidado no pre enchimento das estatísticas de atendimento.

Item 5) Programação e coordenação com outros Serviços,
Programas e Instituições

O grau de acreditação é "regular" quanto ao item Programação e coordenação com outros Serviços, Programas e Instituições.

Interfere para baixar este índice a 46%, o fato de que não é feita supervisão pelo distrito sanitário do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico (SDPCG), do médico, da enfermeira, da assistente social, e pela inexistência de coordenação do SDPCG com as atividades de educação sanitária, desenvolvidas no Centro de Saúde de Florianópolis.

Item 6) Preparação de pessoal

Acreditação abaixo do critério "insuficiente" quanto à preparação do pessoal.

Para os treze sub-itens possíveis, não obteve, o serviço, nenhum ponto, tendo apresentado o percentual de 0% quanto a preparo de pessoal.

Isto porque o pessoal, que desenvolve atividades junto à cliente, desconhece o Programa de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico, não há reuniões mensais dos mesmos para discutir sobre atividades desenvolvidas, a fim de aprimorar o serviço, inexistem programas para atualização profissional e inexistem programas para capacitação profissional.

GODOY⁽¹¹⁾ refere, com muita propriedade, que: "todos os participantes do Programa deverão receber treinamento e cursos específicos, para se ajustarem às peculiaridades da região, da instituição, às prioridades estabelecidas e aos recursos disponíveis

no Programa a ser implantado".

Verifica-se que, na prática, a inexistência deste trei
namento, das atualizações periódicas do pessoal, de reuniões pa
ra discussão de casos e ocorrências, leva à acomodação, incoorde
nação de ação, despreparo, desinteresse e até rebelião por parte
do pessoal.

Item 7) Atividades profiláticas de âmbito interno

Acreditação abaixo do critério "insuficiente", quanto
a atividades profiláticas de âmbito interno.

O percentual obtido de 14%, o terceiro abaixo da média,
em ordem decrescente, corresponde às condições que se apresentam
face à acreditação realizada quanto a aspectos de periodicidade'
nos exames, realização de cadastro pulmonar de todo o pessoal lo
tado na Unidade Sanitária, investigação epidemiológica, a cada
falta de funcionários, por motivos de doença, e exame colpocito-
lógico periódico de todo o pessoal lotado no Serviço.

A ênfase que é dada, pela Instituição, ao desenvolvi -
mento de atividades profiláticas de âmbito interno, tende a modi
ficar o comportamento dos funcionários fazendo com que os mesmos
incorporem hábitos e atitudes que os tornarão aptos a influenciar
pessoas a adotarem medidas de prevenção das doenças.

* * *

A nota de "acreditação" global, quanto aos itens exami
nados no Quadro 2, nos dará o seguinte resultado:

Dentro dos critérios estabelecidos, a hipótese de acre
ditação "regular" para os vários itens do Quadro 2 (vistos glo
balmente) é aceita.

Pesaram negativamente, para manterem esta média de acreditação, os itens relativos à preparação de pessoal (0%), atividades profiláticas de âmbito interno (14%), programação e coordenação com outros serviços (46%) e recursos humanos (55%).

No período em que se procedeu a acreditação do Serviço de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico, desenvolviam-se, no serviço, atividades de rotina. Observando, consultando, indo aos fichários, falando com a chefe do Serviço de Enfermagem do Centro de Saúde e funcionários do Serviço, realizou-se a referida "acreditação" em, aproximadamente, 2 horas e 30 minutos.

Após o tratamento dos dados, observou-se a ocorrência de valores aberrantes que sugerem necessidade urgente da avaliação, preconizada por CUNHA⁽⁷⁾, como resultado do Iº Encontro Nacional das Comissões Regionais de oncologia, quando diz: "o processo de avaliação será contínuo, a fim de que se possa acompanhar o desenvolvimento do programa" e propor reformulações.

Observe-se que os aspectos referentes a recursos humanos (55%), programação e coordenação com outros serviços (46%), atividades profiláticas de âmbito interno (14%) e preparação de pessoal (0%) são os que obtiveram escores inferiores à média de 57%. No entanto, não se lhes pode negar a importância e o papel relevante que desempenham no nível de prestação de assistência.

Investindo nestes aspectos, tornando as pessoas habilitadas a exercer as atividades para as quais foram designadas, a assistência provavelmente tornar-se-á eficiente e eficaz, trazendo benefícios tanto para a clientela, quanto para os profissionais envolvidos, e elevando o prestígio do serviço na comuni

dade.

Tanto GOES JR.⁽¹³⁾, quanto o Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino de Santa Catarina⁽²⁴⁾ partilham da filosofia de que não se pode esquecer a parte de educação dos profissionais e do público, a fim de possibilitar uma melhor adequação dos técnicos em todo o país e favorecer o esclarecimento da população.

Havendo interesse neste investimento, como demonstra a filosofia dos setores envolvidos, e recursos econômicos, resta, parece-nos, haver a detecção das falhas e implementar mecanismos para saná-las.

4.2. Auditoria de fichas clínicas

Na TABELA 1 pode-se verificar o percentual de preenchimento, encontrado nas fichas clínicas do serviço, cujos aspectos passarão a ser vistos, individualmente, da mesma forma como se procedeu com os dados do QUADRO 1. Deixou-se de apresentar TABELA relativa ao índice de coerência dos dados das fichas do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico, por tornar-se impossível estabelecer coerência, entre as cinquenta fichas selecionadas, face a ausência de registros nelas.

Das cinquenta fichas, apenas uma tinha registros que permitem responder aos treze itens propostos para coerência.

TABELA 1 - Distribuição do preenchimento de fichas clínicas do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico do Centro de Saúde de Florianópolis, segundo aspectos e critérios. Florianópolis. Junho 1978.

ASPECTOS	CRITÉRIOS		ITENS NÃO APLICÁVEIS	ITENS PREENCHIDOS		ITENS NÃO PREENCHIDOS	
	ITENS POSSÍVEIS			ABS.	POND.	ABS.	POND.
	ABS.	POND.		ABS.	POND.	ABS.	POND.
1. Identificação	50	50	-	50	50	-	-
2. Informação	50	100	-	21	42	29	58
3. Ex. mama	50	50	-	21	24	29	29
4. Ex. Ginecológico	50	150	-	17	51	33	99
5. Colposcopia	50	200	-	27	108	23	92
6. Colpocitologia	50	200	-	50	200	-	-
7. Biópsia	03	3	47	02	2	1	1
8. Tratamento	50	200	-	25	100	25	100
T O T A L	353	953	47	213	574	140	379

$\bar{x} = 60,19\%$

ABS. - absoluto

POND. - ponderado

Foram, para esta TABELA, analisados os vários aspectos segundo os critérios de itens preenchidos e não preenchidos. A técnica foi a mesma do QUADRO 1.

TABELA 1a - Percentual de distribuição do preenchimento de fichas clínicas do Serviço de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico do Centro de Saúde de Florianópolis. Florianópolis. Junho 1978.

CRITÉRIOS ASPECTOS	ITENS POSSÍ VEIS	ITENS PREEN- CHIDOS	ITENS NÃO PRE- ENCHIDOS	RELAT. POR ITEM	PONDERADO
1. Identificação	5,24	5,24	-	100,0	1
2. Informação	10,49	4,40	6,08	41,9	2
3. Ex. mama	5,24	2,20	3,04	41,9	1
4. Ex. Ginecol.	15,78	5,35	10,38	33,9	3
5. Colposcopia	20,98	11,33	19,65	54,0	4
6. Colpocitologia	20,98	20,98	-	100,0	4
7. Biópsia	0,32	0,20	0,10	62,5	1
8. Tratamento	20,98	10,49	10,49	50,0	4
T O T A L	100,0	60,19	39,74	60,19	20

Da TABELA 1a infere-se que 39,74% (valor ponderado) das fichas clínicas do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico, não foram preenchidas, obtendo-se um índice de preenchimento de 60,19%.

Os itens 1 e 6, com pesos respectivos de 1 e 4, foram integralizados, com resíduo zero; o item 5, com peso 4 obteve 54 %; os itens 2 e 3, apresentaram valores abaixo da média, com 41,9% e pesos respectivos de 2 e 1; os itens 7 e 8, com os respectivos pesos de 1 e 4 obtiveram valor percentual de 62,5% e 50% respectivamente. Recaiu sobre o item 4, com peso 3 o menor valor, ou seja, 33,9%.

Nos valores absolutos, independente de ponderação, o preenchimento apresenta o valor percentílico de 60,34%, sendo que este diminui para 60,19% com o uso dos valores ponderados.

Passa-se a apresentar cada aspecto da TABELA 1, separadamente, de acordo com os parâmetros estabelecidos na metodologia.

Aspecto 1 - Identificação

Em face dos dados, e independente dos cálculos obteve-se resultado "ótimo" quanto ao preenchimento do item identificação, pelo percentual obtido de 100%.

Aspecto 2 - Informação

Resultado "insuficiente" quanto ao aspecto informação. Verifica-se que em apenas 41,9% dos casos, foi atendido ao critério de preenchimento de 75% dos sub-itens, para que se pudesse contar ponto para o item.

Aspecto 3 - Exame de mama

Resultado "insuficiente" quanto ao aspecto exame de mama, já que em somente 41,9% dos casos ele foi realizado, repetindo-se o que se deu com o aspecto informação. (Aspecto 2)

Aspecto 4 - Exame Ginecológico

Resultado "insuficiente" quanto ao aspecto exame ginecológico. Este foi o que dentre os oito aspectos, obteve o percentual mais baixo de realização (33,9%).

Aspecto 5 - Colposcopia

Resultado "regular" quanto ao aspecto colposcopia, que obteve um percentual de 54,0%, abaixo do da média de preenchimento dos itens da ficha que foi de

60,19%.

Aspecto 6 - Colpocitologia

Resultado "ótimo" quanto ao aspecto colpocitologia , já que atingiu o percentual de 100% por ser a colpocitologia pré requisito para a consulta.

Aspecto 7 - Biópsia

Resultado "regular" quanto ao aspecto biópsia. A conclusão deve ser utilizada com cuidado, tendo em vista o pequeno número de casos.

Aspecto 8 - Tratamento

O resultado é "regular" quanto ao aspecto tratamento, já que ele foi realizado em 50% dos casos.

De uma maneira global, quanto ao preenchimento das fichas clínicas, pode-se chegar à conclusão de que é "regular", isto é, estatisticamente maior que 50%.

Observando separadamente as anotações nas cinquenta fichas da amostra, observa-se detalhes que merecem ser revelados, pelo que podem sugerir acerca dos pontos mais falhos do preenchimento. Com relação a "preenchimento do aspecto informação" verifica-se que além das 21 fichas computadas como tendo este aspecto preenchido (por conter 75% do total dos sub-itens preconizados), 13 contém alguma informação. Seis informações do total de 21 foram preenchidas por aluno e uma pela atendente lotada no setor. Estas sete foram identificadas por conterem assinatura; as demais (catorze) não possuem identificação.

Encontra-se também incoerência entre os dados registrados na informação e entre os achados colposcópicos e colpocitoló

gicos; pois está registrado que duas pacientes informaram não apresentar fluxo vaginal e ao exame foi constatado a presença deste e atipia inflamatória.

Já que a presença de leucorréia e atipias prejudicam a colposcopia e que em 46% das pacientes esta não foi focalizada, poder-se-ia supor que a causa tenha sido a prescrição de tratamento visando reduzir o quadro infeccioso para posteriormente examinar. Mas, como para 50% das pacientes (vinte e cinco) não foi indicado nenhum tratamento, pelo menos para quatro por cento das pacientes acima não foi este o motivo.

Das cinquenta lâminas examinadas somente cinco tem de finidos os agentes causais da cervicite, através do uso de microscópio. Nos demais casos os medicamentos foram prescritos baseados nos aspectos da secreção e do epitélio, à colposcopia. Tendo constado das vinte e cinco fichas, somente o nome do medicamento, sem discriminação de dose e tempo de uso.

Para três pacientes em menopausa, quando pode suspeitar-se de colpíte senil, não há prescrição de estrógeno para uso tópico ou sistêmico.

Em uma ficha atesta-se a existência de um polipo endocervical, mas não foi escrito o procedimento adotado frente ao achado.

Para duas pacientes na amostra, com antecedentes de câncer na família, procedeu-se à exame de mama e ginecológico, mas não foi tratada a atipia inflamatória. Para outra, também com antecedentes de câncer, na família, grande multípara, não foram realizados exames de mama e ginecológico.

Encontrou-se, em uma ficha clínica, a anotação de que

a medicação foi repetida porque a paciente não tomou da primeira vez. Mereceria um estudo o fato destas ocorrências serem cada vez mais frequentes.

Isto acontece por problemas econômicos? Por falta de confiança nos efeitos dos medicamentos prescritos? Pela pouca ênfase dada à necessidade de fazer o tratamento?

Em dois casos observou-se que a paciente foi vista neste consultório só como cliente de precoce de câncer e não como alguém que está eventualmente se submetendo a controle mas que necessita de aconselhamento.

É o caso de uma paciente de trinta e um anos, que iniciou atividade sexual aos vinte e três anos, nega uso de método anticoncepcional e nunca engravidou. Acredita-se que este caso mereceria encaminhamento a um especialista em esterilidade conjugal.

4.3. Observação sistemática da obediência às normas técnicas de sua competência, pelo ginecologista.

Para expressar a observação sistemática, realizada com relação a este aspecto, podem-se apreciar os dados coletados, através do QUADRO 2, que passam a ser detalhados:

QUADRO 2 - Distribuição das normas técnicas de competência do ginecologista, segundo critérios. Centro de Saúde de Florianópolis. Julho 1978.

NORMAS*	CRITÉRIOS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1		-	-	37(100%)
2		24(65%)	13(35%)	-
3		8(21%)	28(77%)	1(2%)
4		31(85%)	5(13%)	1(2%)
		63(58%)	46(43%)	

* as normas encontram-se no texto e no Anexo VII.

** para efeito de análise foram considerados somente os critérios sim e não.

Passa-se a relatar a classificação das normas de acordo com os critérios de avaliação, expostos na metodologia e, após, a tecer considerações gerais sobre o que foi observado.

Norma 1 - Esta norma, que preconiza a realização de exame médico completo em todas as pacientes encaminhadas ao ambulatório pelos centros de atenção tipo A, não se aplica a 100 % das pacientes que foram consultadas pelos ginecologistas.

Norma 2 - Considera-se, como "regular", o comportamento quanto a esta norma, que indica tratamento clínico para todos os casos Papanicolaou classe II, por haver atingido o percentual de execução de 65%.

Norma 3 - O percentual obtido indica que esta norma, que prevê exame médico completo, em todas as pacientes encaminhadas pelo laboratório de colpocitologia, é insuficiente

mente cumprida pelos ginecologistas, já que, somente em 22% dos casos observados, isto foi feito.

Norma 4 - Considera-se bom o atendimento a esta norma, atendida em 86% dos casos, que prevê sejam registrados todos os casos atendidos, especificando o diagnóstico e tratamento realizados ou encaminhamento dado.

No período de uma semana, em que se observou a realização de atendimento à cliente por parte dos ginecologistas lotados no Serviço, podem-se registrar 37 atendimentos.

O que dá uma média de 7,4 atendimentos/dia. Dividindo este número médio de atendimento/dia pelos três médicos atuantes no serviço, na época, temos 2,1 atendimentos/médico/dia.

A afluência ao Serviço, no entanto, é grande. No período acima, para a cliente que viesse colher material para colpo-citologia no 1º dia, marcar-se-ia consulta só para dali a um mês, pois, para cada médico, marcam-se cinco clientes por consulta, por dia.

Muitas clientes, por não poderem esperar este tempo para consultar, colhem o material para colpocitologia e, dali a dez dias, vão buscar o resultado e levam ao médico particular para o tratamento necessário ao caso.

Com relação ao tratamento clínico, faz-se certa restrição pelo fato de que não se registra, no resultado da colpo-citologia, o germe causador, a não ser que ele apareça em abundância na lâmina e, através da colposcopia, somente se pode inferir e não afirmar, com certeza, o tipo de germe.

Por não haver leitura de lâminas a fresco e ser o tratamento feito por inferência, tornam-se maiores as chances de o mesmo se

tornar ineficaz.

Verifica-se que, com relação a este aspecto, 50% das clientes com Papanicolaou classe II, o que aponta atípicas inflamatórias, com fluxo vaginal de leve e acentuada quantidade, não tem tratamento medicamentoso registrado na ficha clínica. Estará este fato relacionado à própria cliente, ao médico e/ou ao pessoal de enfermagem?

Tornando-se mais claro, observa-se os seguintes fatos:

Cliente veio ao Serviço por prováveis problemas ginecológicos, faz a colpocitologia, marca consulta, e não há registros em sua ficha.

Fica-se a pensar: não veio consultar? Ou veio e nada foi anotado? Se veio e não recebeu prescrição, voltará a frequentar o Serviço para controle?

- . Se não voltou, foi por medo? Vergonha? Por inadequada comunicação no atendimento médico e de enfermagem? Por traumatismo físico? Por informações negativas de outras clientes?
- . Se voltou e nada foi feito: deixou-se de fazer por considerar desnecessário? Por a paciente não estar preparada física ou psicologicamente para submeter-se ao exame?
- . Voltou e nada foi registrado: os profissionais conhecem as normas técnicas? Sabem que o registro é uma tarefa que lhes é peculiar? Que, se as normas não são obedecidas, fugiu-se ao que preconiza o Programa Nacional de Controle do Câncer? Sabem o que deve ser registrado?

Para se ter uma idéia do preparo dos profissionais mé

dicos que atuavam no Serviço, um é gastroenterologista, outro tem experiência de 1 ano como residente em ginecologia e o terceiro fez estágio de 1 mês em um Serviço de prevenção de câncer.

Pensa-se que a orientação, o treinamento, a especialização e as reuniões periódicas são fundamentais, para que sejam corrigidas distorções no atendimento.

5 - CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos e análise realizada, segundo à metodologia descrita, pode-se depreender deste estudo o seguinte:

5.1. A "acreditação" realizada no Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico do Centro de Saúde de Flo - rianópolis, revela que:

- . a planta física permite que se desenvolva a assistência pretendida;
- . os recursos humanos não são submetidos a um processo de adaptação e aprimoramento para melhorar o desempenho;
- . os recursos materiais estão em número suficiente, permitindo a prestação de uma boa assistência profilática;
- . a mentalidade de profilaxia não tem seu desenvolvimento incrementado, pela instituição, junto ao servidor;
- . as ações de enfermagem no programa, relativas à prevenção, não estão definidas;

- . a preparação de pessoal é o ponto crítico da acreditação, tendo alcançado um percentual de 0%;
- . as normas técnicas não prevêm, como função da atendente de enfermagem, a orientação ao paciente;
- . os médicos não são especialistas na área;
- . não há supervisão das atividades exercidas pelos médicos e pelo pessoal de enfermagem, para esclarecimento dos mesmos e para que se incrementem os registros;
- . o número de pessoal de enfermagem, lotado no serviço, permite que se faça orientação de Enfermagem às pacientes.

5.2. A avaliação qualitativa, através da auditoria de fichas clínicas, demonstra que:

- . a comunicação escrita, por parte dos profissionais que atuam junto ao paciente, é tão reduzida que não houve possibilidade de estabelecer a coerência entre os dados contidos em suas fichas clínicas;
- . o índice de preenchimento geral foi considerado "regular";
- . não há uma padronização de medicamentos a serem utilizados para o programa;
- . o registro de dados de identificação e resultado de colpocitologia obtiveram um percentual de 100%; o de biópsia um percentual de 66%; o de colposcopia 54% e os demais, percentuais iguais ou inferiores a 50%.

5.3. Na observação sistemática, viu-se que:

- . os médicos exercem, em 58% dos casos, as normas técnicas de sua competência.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAPURRO, I. et alii. Utilizacion de la encomienda postal en un el Hospital Regional de Temuco. Rev. Chil.Obstet.Ginecol., 40(6): 360-8, 1975.
2. CIARI JR., C. et alii. "Acreditação" de serviços de pré-natal Rev. Saúde Pública. S.Paulo, 8:187-202, 1974.
3. CIARI JR., C. et alii. Avaliação de serviços de entidades 'conveniadas com o P.N.C.C. 41 fls mimeografadas.
4. CIARI JR., C. et alii. Avaliação qualitativa dos serviços de pré-natal: auditoria de fichas clínicas. Rev. Saúde Pública, S.Paulo, 8:203-12, 1974.
5. CIMBER, H.S. "Preliminary report on a new method of mass screening by colposcopy for early detection of cancer on the cervix in a New York city family planning center. J. Reprod. Med., 7:31-2 jul., 1971.
6. CRUZ, M.A. et. alii. Resultados del programa deteccion oportuna de cancer cervicouterino, durante año de 1973. Ginecol. Obst. Mex., 38(226):139-44, 1975.

7. CUNHA, MERCES P. Programa de Prevenção. Revista Brasileira de Cancerologia, 47:57, julho/agosto, 1976.
8. FARIA, A.N. de. Fluxograma. In: Organização de Empresas. Livros Técnicos e Científicos. Rio de Janeiro, 1974, p. 98-130.
9. GALLEGOS VARGAS, G. y GUILLEN ABASOLO, D. Programa de diagnóstico oportuno del cancer cervicouterino en el I.M.S.S. Prensa Med.Mex., 35:93-8, março/abril, 1970.
10. GIORDANO, C. & CASANOVA, R. Aspectos epidemiológicos do carcinoma do colo uterino. Rev. Bras. de Canc., 25(7):13-28. nov./dez., 1975.
11. GODOY, I.L. A participação da enfermeira em um programa de prevenção de câncer cérvico uterino. Rev. Bras. de Enf., DF, 29:85-95, 1976.
12. GOES JÚNIOR, J.S. Plano do Programa Nacional de Controle do Câncer - Síntese - 1973. mimeografado.
13. GOES JÚNIOR, J.S. et alii. Prevenção de Câncer Ginecológico em gestantes e não gestantes. Ginecologia e Obstetrícia, 18:30, fev. 1970.
14. JEFF COATE, N. Princípios de Ginecologia. Manole Ltda. São Paulo, 1979. p. 378-391.
15. JOLY, D.J. Recursos para a luta contra o câncer em América latina: encuesta preliminar. Bol. de la of. San. Pan., 83(4):330-45, out., 1977.
16. MEDINA, J. A luta contra o câncer Ginecológico em São Paulo. Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia, 132:83-89, 1975.

17. MOTTA, M.P. Programa da Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina, na prevenção do câncer ginecológico. 1972. Mimeografado.
18. NOVAK, E. Tratado de Ginecologia. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 1979. p. 207-241.
19. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de Normas e procedimentos para el controle del cancer del cuello uterino. Washington, D.C., 1972.
20. PAETZNICK, N. Organização do pessoal de enfermagem nos Hospitais. Associação dos Hospitais de Minas Gerais. M.G. , 1971. 122 p.
21. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 61.968 de 22 de dezembro de 1967. Institui no Ministério da Saúde, a Campanha Nacional de controle ao Câncer e dá outras providências . Projeto da Campanha Nacional de Combate ao Câncer. M.S. Divisão Nacional do Câncer. 1971.
22. PUFFER, R.R. & GRIFFITH, G.W. Características de la mortalidad urbana. Organizacion Panamericana de la Salud, 1968.
23. SAUPE, R. et alii. Contribuição para avaliação do Programa de controle do câncer cérvico-uterino - Estado de Santa Catarina. U.F.S.C. Florianópolis, 1978. Mimeografado.
24. SECRETARIA DA SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL; Unidade de integração dos Serviços de Saúde. Unidade de Projetos Especiais. Programa de controle do câncer cérvico uterino do Estado de Santa Catarina. Florianópolis. 1977.
25. SILVEIRA, J. G. e Col. Prevenção e controle do câncer de cérvice. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 83(5):213-216 , 1977.

7 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. AUDY, S. et alii. Mass controlled examinations of women for detection of gynecological cancer in Medvescak - Zagreb . Minerva Gynec. 23(1):20-22, 1971.
2. BECHSTEDT, Eliane Beatris e Col. "Prevenção e controle do Câncer de cervix. J. Bras. Gynec., 83(5):213-216, 1977.
3. BICCA, M.L.O. Levantamento citopatológico em pacientes meretrizes. Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia, 131:72-77, 1974.
4. BOINVIN, Y. "Programme de dépistage du cancer di col uterin de la province de Québec. "Laval Med." 42:850-5. Nov, 1971.
5. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Ante-Projeto de lei do Exercício Profissional da Enfermagem. 1977, mimeografado.
6. COPPLESON, L.W. e BROWN, B. "The prevection of carcinoma of the cervix". Amer. J. Obstet.Gynec. 125(2):153-59, 1976.
7. CANDSAS, M. XXII Congresso Mundial de Câncer em Buenos Aires. O Estado. 11 de out. 1978.

8. GREENWALD, P. et alii. "Epidemiologic basic of regional cancer detection programs. CANCER. 33:1732-6, JUN, 1974.
9. HAKAMA, M. et alii. Effect of a mass screening program on the risk of cervical cancer. Amer. J. Epide., 103(5):512-17, 1976.
10. LUCA, L.A. et alii. Detecção dos estádios iniciais (pré invasivo e incipiente) do câncer do colo uterino. J. Bras. Ginecologia. 82(2):345-351, 1976.
11. MALTEZ, W. Relatório do Centro Preventivo do Serviço de Ginecologia na associação Maternidade de São Paulo. Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia, 130:45-46, 1973.
12. NEUMANN, H. G. "Organisation vom Mass-screening untersuchugen zur Erfossmg der Vor und Frhstadien des Zervix Karzinoms. Geburtsh M. Frauenheilk, 35(12):900-4, 1975.
13. NOTTER, L. E. Essentials of Nursing research. New York, Springer publishing Company, 1974. p. 53-61.
14. PEEL, J. "The health of women, Butish Medical Journal. 3:267-271, 1971.
15. PIETROIUSTI, M. & ALASIO, L. Problemi organizzativi e sociali dei servizi di citologia. Minerva Ginecol. 27(6):483, Jun. 1975.
16. SELLTIZ, C. e Col. Métodos de pesquisas nas relações sociais. EPU, São Paulo, 1975. 687 p.

A N E X O S

ANEXO II - AUDITORIA DE FICHAS CLÍNICAS

PREENCHIMENTO DA FICHA DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER GINECOLÓGICO.

FICHA Nº

PREEN- CHIMEN- TO	ITENS POSSÍVEIS 1	ITENS NÃO APLICÁVEIS 2	ITENS PRE- ENCHIDOS 3	ITENS NÃO PREENCHIDOS 4	PORCENTAGEM DE PREENCHI- MENTO 5	X PESO 6
ASPECTOS						
.IDENTIFICAÇÃO						
.INFORMAÇÃO						
.EXAME DE MAMAS						
.EXAME GINECOLÓGICO						
.COLPOSCOPIA						
.COLPOCITOLOGIA						
.BIÓPSIA						
.TRATAMENTO						

SOMA:

DATA:

SOMA * PESO =

AUDITOR:

Nota

AUDITORIA DE FICHA CLÍNICA

ANEXO III - COERÊNCIA DOS DADOS DA FICHA DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER GINECOLÓGICO

FICHA Nº

ITEM	NÃO SE APLICA 1	COERENTE 2	NÃO COERENTE 3
TOTAL			

DATA:

AUDITOR:

Porcentagem de Coerência:

$$\frac{\text{Total (2)} \times 100}{\text{Total (2) + (3)}} = \boxed{} \text{ nota}$$

ANEXO IV - MODELO PARA "ACREDITAÇÃO"*

SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER GINECOLÓGICO

Sub-itens possíveis

Sub-itens obtidos:

Nota:

1. Planta física:

Sub-itens possíveis:

Sub-itens obtidos:

Nota:

1.1. Tipo de construção:

Específica para Unidade Sanitária: S () N ()

1.2. Distribuição dos consultórios

1.2.1. O consultório de SDPCG** é de uso exclusivo***?

S () N ()

1.2.2. Os consultórios de SDPCG** são individuais ou boxes ****?

S () N ()

1.2.3. O SDPCG** possui pré e pós consulta?

S (); N ()

* "Acreditação - termo usado no sentido de "atribuir crédito à".

** Serviço de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico.

*** "A designação "exclusivo" refere-se a que só essa atividade é executada no local, permanentemente".⁽⁸⁾

**** "Quando for box, assinalar em observações, para orientação no sentido de transformar em individual".⁽⁸⁾

1.3. Distribuição de salas da Unidade Sanitária utilizadas pe
lo SDPCG**

1.3.1. Tem local para recepção e fichamento?

S () N ()

1.3.2. Tem sala de espera?

S () N ()

Tem a proporção de lm^2 por média de consulta diá
ria?

S () N ()

1.3.3. Tem sala para preparo de material, exclusiva e es
pecífica para esta atividade?

S () N ()

1.3.4. Tem sala para serviço social, exclusiva e especi
fica?

S () N ()

1.3.5. Tem sala para reuniões e palestras?

S () N ()

1.3.6. Tem sala para chefia médica?

S () N ()

1.3.7. Tem sala para laboratório?

S () N ()

1.4. Higiene, Segurança e conforto:

1.4.1. Tem vestiário com sanitário para paciente?

S () N ()

1.4.2. Tem copa?

S () N ()

1.4.3. Tem sanitários exclusivos para funcionários e pa
ra cada sexo?

S () N ()

1.4.4. Tem vestuário para funcionário?

S () N ()

1.4.5. Tem piso e paredes até 1,50m de material lavável?

S () N ()

1.4.6. Tem pia nos consultórios?

S () N ()

Tem pia na sala de pré e pós consulta?

S () N ()

1.4.7. Durante o dia o consultório do SDPCG* não necessita de luz artificial?

S () N ()

2. Recursos Materiais:

Sub-itens possíveis:

Sub-itens obtidos:

Nota:

2.1. No consultório de SDPCG* existe: colposcópio?

S () N ()

Mesa para exame ginecológico?

S () N ()

Mesas auxiliares?

S () N ()

Foco de luz?

S () N ()

Espéculos auto estáticos de vários tamanhos?

S () N ()

Pinças de Cherron, Pozzi, Menken?

S () N ()

Histerômetros?

S ()

* Serviço de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico.

Recipientes de vidro para bolinha de algodão e gase?

S () N ()

Espátulas de Ayre?

S () N ()

Lâminas de vidro?

S () N ()

2.2. Em cada sala de pré e pós consulta existe:

Mesa escrivaninha?

S () N ()

02 cadeiras?

S () N ()

01 termômetro?

S () N ()

01 esfigmomanômetro?

S () N ()

01 balança antropométrica?

S () N ()

01 livro de registro de consultas?

S () N ()

01 aplicador de óvulos?

S () N ()

01 aplicador de pomadas?

S () N ()

2.3. O SDPCG* utiliza arquivo central?

S () N ()

2.4. O SDPCG* dispõe do uso de laboratório?

S () N ()

* Serviço Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico.

2.5. O SDPCG* dispõe de viatura de uso comum** para visita domiciliar e/ou remoção de cliente?

S () N ()

2.6. A Unidade Sanitária dispõe de material sanitário de consumo em quantidade suficiente e regular?

S () N ()

3. Recursos humanos:

Sub-itens possíveis:

Sub-itens obtidos:

Nota:

3.1. Relativos ao médico chefe do Centro de Saúde:

É Sanitarista?

S () N ()

3.2. Relativos aos médicos consultantes em SDPCG*

3.2.1. Tem experiência na área de ginecologia?

S () N ()

3.2.2. Tem titulação na área de Oncologia?

S () N ()

3.3. Relativo ao Serviço de Enfermagem

3.3.1. Conta com Serviço de Enfermeira da Saúde Pública?

S () N ()

3.3.2. Tem uma atendente por turno exclusivo para SDPCG*?

S () N ()

* Serviço de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico

**A designação "uso comum" significa que no período de funcionamento do SDPCG outros serviços podem se utilizar do veículo. (2)

3.4. Relativo à limpeza:

O SDPCG* tem uma servente própria?

S () N ()

3.5. Relativo às atividades auxiliares que atendem também ao SDPCG*

3.5.1. Conta com Assistente Social?

S () N ()

3.5.2. Conta com Educadora Sanitária?

S () N ()

3.5.3. Conta com visitadora Domiciliar?

S () N ()

4. Funcionamento:

Sub-itens possíveis:

Sub-itens obtidos:

Nota:

4.1. Relativo ao médico

4.1.1. O atendimento em SDPCG* se faz em:

1 turno diário?

S () N ()

2 turnos diários (marcar também o anterior)?

S () N ()

3 turnos diários (marcar também os dois anteriores)

S () N ()

4.1.2. Existem normas técnicas escritas para a consulta de diagnóstico precoce de câncer ginecológico?

S () N ()

* Serviço de Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico.

4.1.3. O número de consultas que o médico deve dar por hora está situado entre 4 e 6?

S () N ()

4.1.4. Existe ficha clínica para cada cliente?

S () N ()

4.1.4.1. Esta ficha é padrão da Secretaria de Saúde?
de? S () N ()

4.2. Relativos ao Serviço de Enfermagem:

4.2.1. Existem normas técnicas escritas para atendimento à cliente de SDPCG*?

S () N ()

4.2.2. É feito registro das atividades desenvolvidas pela enfermeira?

S () N ()

4.3. Relativo às atendentes:

4.3.1. Existe distribuição por escrito das tarefas das atendentes do SDPCG*?

S () N ()

4.3.2. Existe supervisão das atividades por enfermeira de saúde pública?

S () N ()

4.4. Relativo à educação em saúde:

Realiza-se palestras ou reuniões com as clientes?

S () N ()

4.5. Relativos ao Serviço social:

É feito cadastro social para contato?

S () N ()

* Serviço Diagnóstico Precoce de Câncer Ginecológico.

4.6. Relativos à escriturária/recepcionista:

4.6.1. Existem normas técnicas escritas para recepção e fichamento das clientes do SDPCG*?

S () N ()

4.6.2. São feitas estatísticas de atendimento:

Anual? S () N ()

Mensal (marcar também a anterior) S () N ()

Semanal (marcar também os dois anteriores)

S () N ()

4.6.3. Existem normas técnicas escritas para a confecção destas estatísticas?

S () N ()

5. Programação e coordenação com outros Serviços, Programas e Instituições:

Sub-itens possíveis:

Sub-itens obtidos:

Nota:

5.1. O distrito Sanitário a que pertence esta Unidade Sanitária tem programa escrito sobre DPCC*?

S () N ()

5.2. Esta Unidade Sanitária tem programa escrito sobre DPCC*?

S () N ()

5.3. Existe coordenação entre o SDPCG**, e Serviço de Laboratório e especialidades clínicas?

S () N ()

* Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico.

** Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico.

5.4. Existe coordenação do SDPCG** com as atividades de:
Educação Sanitária?

S () N ()

Serviço Social?

S () N ()

Visitação Domiciliar?

S () N ()

5.5. Relativos à Integração com a Unidade Hospitalar:

5.5.1. Existe integração do programa de DPCG* com a Unidade Hospitalar?

S () N ()

5.5.2. Tem relação com Unidade Hospitalar sem integração de programa?

S () N ()

5.6. Existe supervisão pelo distrito sanitário:

5.6.1. do SDPCG*?

S () N ()

5.6.2. do médico?

S () N ()

5.6.3. da enfermeira?

S () N ()

5.6.4. da assistente social ?

S () N ()

* Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico.

** Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico.

5.7. O SDPCG* é avaliado:

Anualmente?

S () N ()

Semestralmente (marcar também o anterior)?

S () N ()

Mensalmente (marcar também os dois anteriores)?

S () N ()

6. Preparação do Pessoal:

Sub-itens possíveis:

Sub-itens obtidos:

Nota:

6.1. O pessoal que desenvolve atividades junto às clientes co
nhece o programa de DPCG*?

S () N ()

6.2. O pessoal do SDPCG** reúne-se mensalmente para discutir'
sobre as atividades desenvolvidas, a fim de aprimorar o
Serviço?

S () N ()

6.3. Existem programas de atualização profissional para:

Médico?

S () N ()

Enfermeiros?

S () N ()

Assistente Sociais?

S () N ()

A atualização é feita através de bolsa ou comissionamen-
to?

S () N ()

* Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico.

** Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer Ginecológico.

A atualização é feita:

Eventualmente?

S () N ()

Periodicamente (marcar também o anterior)?

S () N ()

6.4. Existem programas de capacitação profissional para:

Atendentes?

S () N ()

Escriturários?

S () N ()

Para tanto, estes funcionários são dispensados das atividades de rotina?

S () N ()

A capacitação profissional é eventual?

S () N ()

A capacitação profissional é periódica? (marcar também a anterior)

S () N ()

7. Atividades Profiláticas de âmbito interno:

Sub-itens possíveis:

Sub-itens obtidos:

Nota:

7.1. É feito exame periódico de todo o pessoal que trabalha nesta Unidade Sanitária

Anual?

S () N ()

Semestral (marcar também o anterior)

S () N ()

7.2. É feito cadastro pulmonar com revisão anual de todo o pessoal que trabalha nesta Unidade Sanitária?

S () N ()

7.3. É feita a investigação epidemiológica a cada falta de funcionários, por motivo de doença:

No funcionário?

S () N ()

Na família (marcar também o anterior)?

S () N ()

7.4. Na admissão o pessoal é submetido à exame médico?

S () N ()

7.5. É feito exame colpocitológico periódico do pessoal lotado no Serviço?

S () N ()

JUSTIFICATIVAS: _____

OBSERVAÇÕES: _____

ANEXO V - FICHA DE OBSERVAÇÃO

OBSERVADOR:
GINECOLOGISTA:

CRITÉRIOS: S - SIM
N - NÃO
NSA - NÃO SE APLICA

DATA OBSERVAÇÃO	S		NSA		N		NSA		N		NSA		N		NSA		N		
	S	N	NSA	S	NSA	N	S	NSA	N	S	NSA	N	S	NSA	N	S	NSA	N	
FORMAS TÉCNICAS DE COMPETÊNCIA DO GINECOLOGISTA	CRITÉRIOS																		
1. Realizar exame médico completo em todas as pacientes encaminhadas ao ambulatório pelos Centros de atenção médica I e II.																			
2. Tratamento clínico de todos os casos parciais e completos.																			
3. Exame médico completo em todos os pacientes encaminhados pelo laboratório de colpocitologia.																			
4. Registro dos casos atendidos, especificando o diagnóstico e tratamento realizado ou encaminhamento dado.																			

bs. 1 Só considerar e anotar sim para exame médico completo, se for feito inspeção e palpação de mamas, toque vaginal e colposcopia.
2 Tratamento clínico - deve ser considerado o tratamento medicamentoso pertinente ao caso, e entre à paciente por escrito.

ANEXO VI - Ficha clínica do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer
Ginecológico.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL
DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO
CÂNCER GINECOLÓGICO

NOME	DATA	MATRICULA Nº
PROFISSÃO	IDADE	COR
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	
INFORMAÇÃO		
EXAME DE MAMAS		
EXAME GINECOLÓGICO		

ANEXO VI a - Ficha clínica do Serviço de Diagnóstico Precoce do Câncer
 Ginecológico - verso.

COLPOSCOPIA		J.E.C.	AB.	ANT.
				POST.
			FECH.	ANT.
				POST.
COLPOCITOLOGIA				
BIÓPSIA				
TRATAMENTO				

ANEXO VII

QUADRO 4 - Distribuição das normas técnicas de competência do ginecologista segundo critérios. Centro de Saúde de Florianópolis. Florianópolis - SC. Junho 1978.

NORMAS TÉCNICAS DE COMPETÊNCIA DO GINECOLOGISTA	S	N	NSA
<p style="text-align: center;">CRITÉRIOS</p>			
<p>1. Realizar exame médico completo em todas as pacientes encaminhadas ao ambulatório pelos Centros de Atenção Médica Tipo A.</p>	-	-	37
<p>2. Tratamento clínico de todos os casos Pa- panicolau classe II.</p>	24	13	-
<p>3. Exame médico completo em todos os pacientes encaminhados pelo laboratório de colpocitologia.</p>	8	28	1
<p>4. Registro dos casos atendidos, especificando o diagnóstico e tratamento realizado ou encaminhamento dado.</p>	31	5	1