

III. Análise das redes de serviços de saúde no Brasil
Capítulo 11. Desempenho das redes de serviços de saúde em relação à coordenação, ao acesso e à qualidade da atenção ao câncer de mama e diabetes mellitus do tipo 2

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão-Filho
Maria Rejane Ferreira da Silva
Isabel Cristina Areia Lopes Pereira
Ederline S. Vanini de Brito
Pierre De Paepe

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GUSMÃO-FILHO, F. A. R., SILVA, M. R. F., PEREIRA, I. C. A. L., BRITO, E. S. V., and PAEPE, P. Desempenho das redes de serviços de saúde em relação à coordenação, ao acesso e à qualidade da atenção ao câncer de mama e diabetes mellitus do tipo 2. In: VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P., eds. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 249-258. Textos de Medicina y Ciencias de la Salud Collection. ISBN: 978-958-738-812-1. Available from:
<https://books.scielo.org/id/xbqty/pdf/vazquez-9789587388121-20.pdf>.
<https://doi.org/10.12804/tm9789587388121>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo 11

Desempenho das redes de serviços de saúde em relação à coordenação, ao acesso e à qualidade da atenção ao câncer de mama e diabetes *mellitus* do tipo 2

FERNANDO ANTÔNIO RIBEIRO DE GUSMÃO-FILHO, MARIA REJANE FERREIRA DA SILVA, ISABEL CRISTINA AREIA LOPES PEREIRA, EDERLINE S. VANINI DE BRITO E PIERRE DE PAEPE

O objetivo deste capítulo é analisar o desempenho das redes de serviço de saúde em relação à coordenação, acesso e qualidade da atenção aos pacientes com câncer de mama e diabetes *mellitus* do tipo 2.

A análise de desempenho foi feita mediante o cálculo de um conjunto de indicadores que contemplam dimensões de qualidade, coordenação e acesso, mediante indicadores de processo e de resultado.

O cálculo dos indicadores foi feito a partir da revisão dos prontuários clínicos. No caso de câncer de mama, a amostra foi de 60 pacientes, e para diabetes, 50 pacientes, todos residentes no Recife, na microrregião 3.3 do Distrito Sanitário 3.

Resultados do desempenho das redes de serviços de saúde na atenção ao câncer de mama

Foram incluídas um total de 60 pacientes portadoras de câncer de mama, acompanhadas nos serviços especializados entre os anos de 2005 à

2009. Vinte e duas pacientes foram tratadas no Hospital Barão de Lucena (36,7%), 8 (13,3%) no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, 15 (25,0%) no Hospital do Câncer de Pernambuco, e outras 15 (25,0%) no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

Qualidade da atenção ao paciente com câncer de mama

A proporção de pacientes que tiveram mais de 50% das consultas com o mesmo especialista (mínimo de 3 consultas) foi pesquisada, e foram obtidos os seguintes resultados: em 9 prontuários não havia identificação dos médicos mastologistas por carimbo, impossibilitando a determinação deste indicador. Dentre as 51 pacientes restantes, 18 (35,3%) foram acompanhadas pelo mesmo mastologista, com pelo menos 3 consultas no último ano.

Em relação aos oncologistas, foi possível a determinação do indicador em 45 casos. Destas, 28 (62,2%) das pacientes foram acompanhadas pelo mesmo médico, com pelo menos 3 consultas no último ano.

Foi possível localizar a folha de referência de apenas 10 (16,6%) dos casos estudados, dos quais somente 5 tinham relato da história clínica da paciente. As folhas de referência das outras 5 foram preenchidas parcialmente, com informações insuficientes para o médico do nível superior de complexidade. Não se encontrou nenhum instrumento de contrarreferência, mecanismo indispensável para o seguimento adequado da paciente após o tratamento no nível especializado.

Analisando a frequência de mamografias no último ano, nos 60 prontuários encontrou-se um total de 48 mamografias realizadas, o que corresponde a uma média de 0,8 mamografias para cada paciente nos últimos 12 meses de acompanhamento.

Das 60 pacientes, 47 (78,4%) delas realizaram um exame de mamografia e 1 (1,7%) realizou dois. O motivo descrito em prontuário para repetição desse exame foi para esclarecimento diagnóstico, ou seja, não foi uma duplicação inútil por falta de coordenação.

No que se refere à frequência de ecografia mamárias no último ano, resulta que das 60 pacientes, 49 realizaram ecografias mamárias, uma média de 0,82 exames para cada paciente nos últimos 12 meses pesquisados. Das 60 pacientes, 41 (68,3%) delas realizaram um exame e 4 (6,7%) realizaram dois. Neste último caso, entre as 4 pacientes, 3 tinham em

seus prontuários registrado, como motivo para a repetição do exame, a necessidade de esclarecimento diagnóstico, e em um dos casos não se justificou a razão da repetição.

Acesso aos níveis de atenção

Revisou-se o estadiamento do câncer de mama atribuído a cada mulher no momento do diagnóstico: das 60 mulheres incluídas no estudo, em menos da metade da amostra (33 ou 45,0%) havia o registro do estadiamento inicial no prontuário. A maioria apresentou-se no estágio II (17 ou 63,0%) e os estádios III e IV representaram 22,2% (6 pacientes). A soma dos estádios II, III e IV representou 85,2% dos casos (23 pacientes) (Figura 11-1).

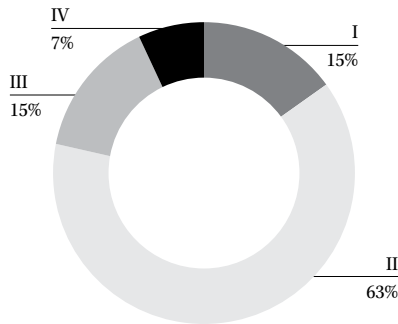


Figura 11-1. Estadiamento inicial das pacientes com câncer de mama. Recife, 2012

A Tabela 11-1 resume os períodos de tempo das principais etapas percorridas pelas pacientes a partir da primeira consulta na atenção básica (AB), até o fim da primeira etapa de tratamento. Entende-se primeira etapa de tratamento como radioterapia, quimioterapia ou cirurgia, dependendo do caso. Chama a atenção que, após a entrada da mulher no serviço de referência (SR), o tempo médio para a solicitação da biópsia foi de mais de 35 dias. Em contrapartida, o tempo médio para realização deste exame após a sua solicitação foi em torno de 20 dias. Contudo, o tempo médio observado, desde a primeira consulta no serviço de referência até o início de tratamento, foi de quase 6 meses.

Tabela 11-1 - Etapas percorridas pelas pacientes com câncer de mama, desde a primeira consulta na atenção básica até o fim da primeira etapa do tratamento. Recife, 2012

Indicador	n	%	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP	EP
Da consulta na AB à primeira consulta no SR	4*	-	-	-	-	-	-	-
Da consulta no SR à solicitação de biópsia	35	58	0	406	36,5	0	95,2	16,1
Da solicitação à realização da biópsia	21	35	0	78	20,3	11	22,6	4,9
Da realização da biópsia ao registro em prontuário	26	43	3	372	28,6	12,5	70,8	13,9
Da liberação do resultado da biópsia ao registro em prontuário	40	67	0	368	31,5	12	64,3	10,2
Do registro do resultado da biópsia em prontuário ao início do tratamento	35	58	0	338	57,6	31	77,3	13,1
Da primeira consulta no SR ao início do tratamento	34	57	8	1184	174	143	211,2	36,2

n= Número encontrado nos prontuários; DP=Desvio Padrão; EP= Erro Padrão; SR = Serviço de Referência; AB = Atenção básica.

*Somente pôde-se encontrar a data da primeira consulta na atenção básica para 4 pacientes, número que não permitiu calcular a média ou a mediana.

Na figura 11-2, são apresentados os tempos, desde a primeira consulta com o especialista até o início do tratamento do câncer de mama. Como as distribuições não são normais (gaussianas), são utilizadas medianas e não as médias para cada indicador.

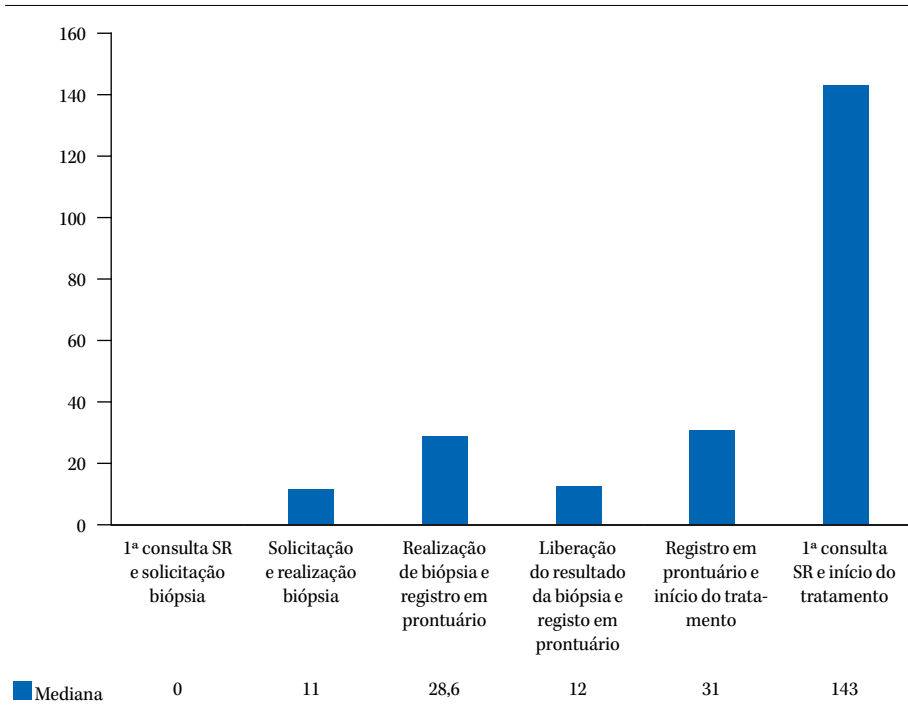
Resultados do desempenho das redes de serviços na atenção à diabetes *mellitus* do tipo 2

Qualidade da atenção ao paciente diabético: indicadores de processo

Seguimento do paciente

Apenas 1 entre os 50 pacientes apresentava registro em prontuário de 4 ou mais consultas médicas ao ano no primeiro nível. Nenhum deles apresentava 4 ou mais consultas de enfermagem no último ano de acompanhamento

Figura 11-2. Tempos em câncer de mama, Recife (medianas)



(Quadro 11-1). As normas no Brasil estabelecem pelo menos 2 consultas médicas no ano e 4 consultas por ano pelos serviços de enfermagem.

Quadro 11-1. Número de consultas ao ano

Indicador: descrição	Proporção
Pelo menos 4 consultas médicas ao ano	1/50
Pelo menos 4 consultas de enfermagem ao ano	0/50

Dos 50 pacientes, apenas 6 submeteram-se a 3 consultas com o mesmo médico do primeiro nível de atenção no último ano. Nenhum deles se consultou por 3 vezes ou mais com o mesmo enfermeiro (Quadro 11-2).

Quadro 11-2. Consultas pelo mesmo médico ou enfermeiro ao ano

Indicador: descrição	Proporção	%
Três consultas com o mesmo médico ao ano	6/50	12,0
Três consultas com o mesmo enfermeiro ao ano	0/50	0,0

O Quadro 11-3 mostra os indicadores de processo relativos à coordenação de gestão da atenção. Em relação às consultas médicas, os 50 pacientes produziram 65 consultas ao ano, ou seja, uma média de 1,3 consultas/paciente/ano. E em relação às consultas de enfermagem, os 50 pacientes produziram 2 consultas ao ano, ou seja, uma média de 0,04 consultas/paciente/ano. Em relação às consultas médicas com especialistas, para os 50 pacientes foram realizadas um total de 18 consultas/ano, ou uma média de 0,36 consultas/paciente/ano.

Quadro 11-3. Número de consultas por paciente ao ano

Indicador: Descrição	Total de Consultas	Consultas/paciente/ano
Consultas de controle com médico em nível primário	65	1,3
Consultas de controle com enfermeiro em nível primário	2	0,04
Consultas de controle com médico especialista	18	0,36

Do total de 50 pacientes, 11 (22,0%) realizaram dosagem de hemoglobina glicada, todas no nível médio de atenção. Não houve dosagem de hemoglobina glicada no primeiro nível de atenção.

Não foram encontrados, nas fontes pesquisadas, resultados de dosagem de microalbuminúria. Em apenas 4 dentre os 50 pacientes (8,0%) foi realizado exame oftalmológico (Quadro 11-4).

Quadro 11-4. Realização de exames complementares e exame oftalmológico

Indicador: Descrição	#de pacientes	%
Realização de pelo menos 1 dosagem de hemoglobina glicosilada	11/50	22,0
Realização de pelo menos 1 dosagem de microalbuminúria	0/50	0,0
Realização de pelo menos 1 exame oftalmológico	4/50	8,0

Nenhum paciente cumpriu a norma de pelo menos 4 dosagens de hemoglobina glicada ao ano, ou de pelo menos 1 dosagem de microalbuminúria ao ano, ou de 1 exame oftalmológico por ano (Quadro 11-5). Estas normas foram estabelecidas com o objetivo de prevenir descon-trole da diabetes e detectar oportunamente complicações renais ou do sistema ocular.

Quadro 11-5. Realização de exames complementares e exame oftalmológico. Cumprimento da norma

Indicador: Descrição	Proporção
Realização de pelo menos 4 dosagens de hemoglobina glicosilada no último ano	0/50
Realização de pelo menos 1 dosagem de microalbuminúria	0/50
Realização de pelo menos 1 exame oftalmológico ao ano	0/50

Em apenas 3 prontuários foram encontradas as datas da última consulta na atenção especializada e a data da consulta subsequente na atenção primária. Os 3 pacientes somaram 1.964 dias neste período, o que significa uma média de 654,7 dias/paciente. Em apenas 2 prontuários foi encontrada a data da alta e a data da consulta subsequente. A média foi de 24,0 dias. Estes números são pouco significativos em razão do pequeno tamanho da amostra.

Dos 50 pacientes, 18 realizaram consultas com especialistas, o que representa uma média de 0,36 consultas por paciente. Deste total, havia apenas registro de 3 contrarreferências à atenção primária.

Como indicador de processo, considerou-se o exame de pé. Havia registro de exames de pés no prontuário de apenas 2 pacientes (4,0%) na atenção primária. Não foi encontrado registro deste exame nos prontuários da média e/ou alta complexidade. No entanto, considerou-se que, para cada consulta com o paciente diabético, haveria a necessidade de ter uma revisão do pé, a fim de evitar complicações futuras.

Qualidade da atenção: indicadores de resultado

O quadro 11-6 resume os indicadores de resultado na qualidade da atenção ao paciente diabético.

Foi encontrado o registro de dosagem de glicemia pré-prandial em 32 prontuários. Destes, 14 (43,8%) estavam abaixo de 130 mg/dL. A média foi de 184,0 mg/dL.

Foi encontrado o registro de, pelo menos, uma dosagem de hemoglobina glicada no último ano de seguimento em 11 pacientes, nenhum abaixo de 7 % - a norma internacional. A média foi de 10,5 %.

Dos 50 pacientes, 40 apresentavam registro de medida de pressão arterial. Em 18 deles (45,0%) a medida estava abaixo de 130-80 mmHg. A norma indica que 70% dos pacientes diabéticos devem ter valores abaixo de 130-80 mm Hg.

Trinta pacientes apresentavam registro da dosagem de colesterol nos prontuários. Destes, 13 (43,3%) mostravam valores abaixo de 200 mg/dL. O valor médio foi de 211,8 mg/dL por paciente.

Apenas nos prontuários de 2 pacientes havia registro do IMC (Índice de Massa Corporal); em ambos, o valor era acima de 25 (média de 31,1 Kg/m²). Em mais dois prontuários havia registro do peso, sem registro de estatura; a falta desse dado não permite calcular o IMC.

Não foi encontrado registro de microalbuminúria, em nenhum dos prontuários examinados, inclusive nos da média ou da alta complexidade.

Quadro 11-6. Qualidade da atenção – indicadores de resultado

Indicador: Descrição	# de pacientes	%
Pacientes com valores de glicemia pré-prandial abaixo de 130 mg/dL no último ano de seguimento	14/32	43,8
Pacientes com valores de hemoglobina glicada abaixo de 7 % no último ano	0/11	0,0
Pacientes com valores de pressão arterial abaixo de 130-80 mmHg	18/40	45,0
Pacientes com valores de colesterol total abaixo de 200 mg/dL no último ano	13/30	43,3
Pacientes com valores de índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 25	0/2	0,0
Pacientes com valores de microalbuminúria abaixo de 30 mg/mL	-	-

Acesso à atenção básica

Nos prontuários da atenção primária, onde deve ser realizado o diagnóstico clínico, havia registro de apenas 1 paciente (2,0%) com complicações ao momento do diagnóstico inicial. Na atenção especializada, 2

pacientes (4,0%). Em total 3/50 pacientes, ou seja, 6% tinham complicações no momento do diagnóstico inicial, segundo informações contidas nos prontuários.

Conclusões

Para avaliar o funcionamento integrado da rede através da análise do seguimento do câncer de mama como condição traçadora, existem alguns indicadores sensíveis como, por exemplo, a estabilidade do profissional que atende a paciente, a detecção oportuna do câncer, o tempo para a referência ao especialista, e os tempos a partir dessa consulta até o início do tratamento.

No caso do câncer de mama, no que se refere ao funcionamento dos serviços de saúde no Recife como rede integrada, alguns problemas foram observados.

Dos casos estudados, 35% das pacientes foram acompanhadas pelo mesmo mastologista (pelo menos 3 consultas) durante o ano de estudo, enquanto que 62% foram acompanhadas pelo mesmo oncologista, estes dados mostram um seguimento satisfatório das pacientes.

Porém, o período total entre a primeira consulta pelo especialista e o início do tratamento é de aproximadamente 5-6 meses, um tempo excessivamente elevado quando comparados com o que sugere a literatura, que refere um tempo máximo de 3 meses.

Infelizmente, não foi possível chegar a nenhuma conclusão sobre o diagnóstico oportuno da doença, visto que na maioria dos casos não foi identificado o estágio inicial nos prontuários.

O funcionamento da rede de serviços de saúde no Recife ainda pode melhorar, particularmente minorando os tempos entre a consulta no serviço de referência e o início do tratamento.

No caso da diabetes, a revisão de prontuários de 50 pacientes diabéticos nesta microrregião revelou problemas no funcionamento como rede integrada de serviços de saúde.

Os pacientes têm pouca continuidade da atenção, quase sem intervenção dos serviços de enfermagem no seguimento. Existem poucas referências a serviços de especialidade, e os exames de rotina para avaliar o controle adequado da doença são insuficientes.

Os resultados não são satisfatórios, com valores de hemoglobina glicada altos demais, e outros fatores de risco como colesterol e pressão arterial mal controlados.

Nesta pesquisa, não houve diferença significativa na continuidade ou nos resultados do controle de diabetes entre equipes tradicionais e equipes de Saúde Familiar, provavelmente pelo tamanho reduzido da amostra e o período curto pesquisado.

Apesar da existência do programa HIPERDIA (programa especial para hipertensos e diabéticos) para os diabéticos, a atenção ainda deixa muito a desejar na microrregião 3.3 do Recife.

Existem problemas de integração da informação clínica: encontramos dados sobre os pacientes diabéticos no sistema HIPERDIA, que não estavam no prontuário da paciente, e vice-versa; e até encontramos médicos que utilizam um sistema de registro separado dos pacientes com diabetes, fora dos prontuários oficiais. Combinado com a alta rotação dos profissionais, esta situação dificulta a coordenação e a continuidade da atenção ao paciente diabético. Se a rede conseguir transformar o programa HIPERDIA num programa consistente de manejo da doença (*disease management*), isto é, com um enfoque organizado, proativo, multicomponente e orientado à prestação de serviços de saúde, que envolva a toda a população diabética, há grande potencial para melhorar o controle desta epidemia moderna.