



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



EDUARDA FERREIRA DOS ANJOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS AÇÕES DE CONTROLE DO
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO
NORDESTE BRASILEIRO**

VITÓRIA DA CONQUISTA - BAHIA

2020

EDUARDA FERREIRA DOS ANJOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS AÇÕES DE CONTROLE DO
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO
NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientador: Professor Dr Adriano Maia dos Santos

Coorientadora: Professora Dr^a Poliana Cardoso Martins

VITÓRIA DA CONQUISTA - BAHIA

2020

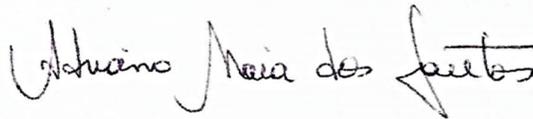
Eduarda Ferreira dos Anjos

"Avaliação da qualidade das ações de controle do câncer do colo do útero em uma região de saúde do nordeste brasileiro".

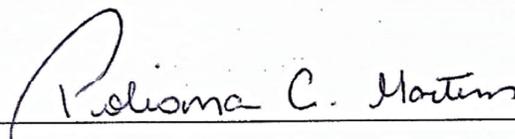
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, planejamento, gestão e práticas em saúde.

Aprovada em 26/11/2020

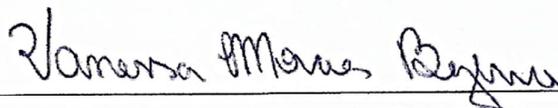
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (Orientador)
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Prof.^a Dr.^a Poliana Cardoso Martins (Coorientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS



Prof.^a Dr.^a Vanessa Moraes Bezerra (Examinadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS



Prof.^a Dr.^a Isabella Chagas Samico (Examinadora Externa)
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Biblioteca Universitária do Campus Anísio Teixeira – UFBA

Dos Anjos, Eduarda Ferreira

Avaliação da qualidade das ações de controle do câncer do colo do útero em uma região de saúde do nordeste brasileiro / Eduarda Ferreira dos Anjos .– 2020.
131 p.: il.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos.

Coorientadora: Profª. Drª. Poliana Cardoso Martins

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

1. Câncer de colo do útero. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Nordeste Brasileiro. I. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Santos, Adriano Maia dos. III. Martins, Poliana Cardoso. IV. Título

CDU: 614

Dedico esse trabalho a todos que lutam por um SUS mais equânime, aos que acreditam na transformação social por meio da educação pública e aos que lutam em busca de um Brasil mais justo. Também dedico aos gestores e profissionais que constroem o sistema de saúde na prática e às mulheres que já sofreram ou sofrem com esse agravo. Finalmente, dedico aos que acreditaram em mim e me ajudaram a transformar esse sonho em realidade.

AGRADECIMENTOS

Sempre ouvi uma amiga dizer que “sonho que sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade” (Raul Seixas). Acredito que, nesse momento, uma frase nunca me representou tão bem. Chegando ao final dessa caminhada, ao olhar para trás, vejo tantas mãos que me ajudaram, corações que me acolheram e tantos abraços que me acalentaram.

Agradeço ao meu orientador, Adriano, por ser sempre tão zeloso e cuidadoso, por toda a dedicação para comigo e com nossos trabalhos. Por tanto afeto e leveza nas orientações e pelas melhores considerações. Na primeira vez que nos reunimos, depois que fui aprovada no programa, eu agradei por ter me escolhido e quero agradecê-lo novamente. Você é o melhor orientador que eu poderia ter! Com muita humanidade e humildade você me ensinou a ser a melhor que eu poderia. Levarei seus ensinamentos para a vida e nunca vou esquecer o afeto, de afetar-me com as realidades injustas e de questionar o que está posto. Tenho em você um exemplo e por você muita admiração, carinho e amizade.

À querida Poli, minha coorientadora que dispensou tanto tempo e paciência comigo. Tornou esse trabalho possível e, junto com Adriano, acreditou em mim mais que eu mesma. Obrigada pelo cuidado e pelas orientações tranquilas e divertidas. Desde a graduação nossos caminhos se cruzaram e venho aprendendo muito com você.

À querida Nília por ser sempre solícita e disposta a ajudar. Por tanto carinho e por ter dado um pouco de si para o meu crescimento pessoal e também para esse trabalho. Obrigada pela amizade e por ter cruzado o meu caminho.

À Vanessa e Isabella, por fazerem parte da minha banca e contribuírem tanto com esse trabalho e de forma tão rica. Obrigada por se disponibilizarem a estar nesse momento tão importante comigo.

Agradeço à coordenação e ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do qual fiz parte durante quase todo o período do curso. Aos professores do programa, por contribuírem com meu conhecimento intelectual e pensamento crítico, e por serem inspiração constante.

Aos funcionários e ao Campus Anísio Teixeira do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, que permitiram a minha formação profissional e pessoal. Tenho tantos amigos nessa frase que nem consigo contar.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) pelo financiamento da pesquisa concedido, sob edital nº 8/2015 – Jovem Cientista Baiano, Termo de Outorga – JCB

0003/2016. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES código de financiamento 001), pelo apoio no financiamento, e sem os quais esse trabalho não seria possível.

Às coordenadoras de atenção básica dos 19 municípios da região e tantos outros funcionários das secretarias municipais de saúde, por permitirem a execução desse trabalho. Ao Núcleo Regional de Saúde pela parceria. Aos profissionais que se disponibilizaram a participar da pesquisa e possibilitaram a materialização dos cuidados prestados nos dados aqui apresentados.

À querida Jamile por toda disponibilidade. Ela sempre torna uma pesquisa do nosso grupo possível e que dá o máximo de si para que saia da melhor forma. Sem você esse trabalho não seria possível Jam, você é um exemplo de dedicação e responsabilidade.

Ao melhor grupo de coleta: João, Kauê, Monalisa, Rodrigo, Fabiely, Raisa, Iana, Karine, Fernanda, Ananda e Alane. Obrigada por estarem nessa empreitada e por dividirem esse trabalho árduo comigo, pegando estrada de chão, acordando cedo, marcando e realizando entrevistas em todos os locais e horários possíveis.

Ao grupo de estudos e pesquisa OBRAS (Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde). Vocês me ensinaram e contribuíram tanto para a execução desse trabalho. Aprendi muito em cada reunião e da forma mais agradável possível. Com certeza são as reuniões com os melhores lanches. Sou grata a todos os amigos e experiências que este grupo me proporcionou!

Ao grupo de extensão SER (Sexualidade: Resignificar e Resistir). Gente, vocês são maravilhosxs! Promovem as melhores salas temáticas e mais impactantes atividades que o IMS/CAT-UFBA já viu. Vocês aliam a força com a sensibilidade. Nunca vou esquecer da minha primeira reunião enquanto tutora de grupo de pesquisa, que foi com vocês.

À querida amiga, Patty Fidelis. Sou grata por poder aprender tanto com você e por todas as oportunidades que me proporcionou desde que nos conhecemos. É um exemplo e inspiração para mim. Obrigada por toda a confiança e por acreditar em mim sempre!

Às minhas queridas amigas da “panela de políticas” ou “artigo quali-quantitativo”: Mariá, Jéssica, Lívia, Ró e Josi. Pelas surpresas com vinho e pizza, pelas confraternizações/comemorações, por ouvirem meus desabafos, pelos conselhos, por serem sempre “ombro amigo”, pela ajuda mútua, pelo carinho, pelo amor, pelos sorrisos e pelos momentos únicos proporcionados. Obrigada por serem família pra mim aqui!

À minha turma de mestrado pela parceria nessa jornada árdua, pelo espírito colaborativo, cuidado para com o outro, por não deixarem os aniversários passarem em branco

e fazer com que cada um se sentisse singular, seja por um presente surpresa ou por uma mensagem especial.

À Tamyres e Jéssica por me ajudarem a desvendar o mundo dos números e me ensinarem que o programa estatístico é mais amigável do que parece a primeira impressão.

À minha família, meus avós, meus pais, amigos e todos que torceram e contribuíram com esse processo. Em especial minha avó-mãe Emiliana e minha irmã Juliana (que por vezes é também mãe e amiga), pelo amor e zelo. Vocês são exemplos de mulheres fortes para mim!

Aos que me ajudaram nos processos seletivos, pelas mensagens de incentivo e por não me deixarem desistir e não perderem a fé em mim!

Agradeço a Deus por ter permitido que eu chegasse até aqui. Ao receber o resultado da seleção, posteí essa mensagem: Não se preocupe com o amanhã...porque o melhor para sua vida Deus já preparou. "Entrega o teu caminho ao Senhor; confia nele, e o mais ele fará." Salmos 37:5. Hoje, vejo quanto ela fez e faz sentido para mim.

Finalmente, gostaria de manifestar a minha gratidão por tudo acontecer no momento certo e da melhor maneira em minha vida. Defender alguns meses depois do planejado e em meio a uma pandemia me ensinou ainda mais sobre a vida e sobre tantas outras coisas que nem consigo descrever. Agradeço aos reencontros proporcionados comigo mesma, com familiares, amigos e com pessoas que amo.

Ao chegar aqui, percebo o quanto mudei, cresci e aprendi em todo esse processo e encerro esses agradecimentos com um trecho de uma música que diz: “Não me lembro como eu era antes de você.” Sou só gratidão!

“A cigarra subterrânea começou a sonhar sonhos de ar livre e voos. Saiu da terra. Sua casca não era mais capaz de suportar a vida que crescia dentro dela. Arrebentou. E dela surgiu outro ser, alado, pneumático. Nós, seres humanos, somos como as cigarras. Só que nossas cascas são feitas com palavras.” Rubem Alves, 2015

RESUMO

ANJOS, E.F. Avaliação da qualidade das ações de controle do câncer do colo do útero em uma região de saúde do nordeste brasileiro. **Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia**. Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2020

A presente dissertação teve como objetivo avaliar a qualidade das ações para controle do câncer do colo do útero na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia. Trata-se de estudo transversal realizado de janeiro a março de 2019, com 241 médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. A qualidade das ações e o monitoramento adequado foram mensurados considerando-se: a) realização de ações de controle do câncer do colo do útero (CCU) na Estratégia Saúde da Família; b) acesso aos exames diagnósticos; c) não ocorrência de lesão intraepitelial de alto grau. Realizou-se análises descritivas de frequências absolutas e relativas e as diferenças entre as proporções foram avaliadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson. A análise dos fatores associados foi realizada por meio de regressão de Poisson com variância robusta, estimando-se as razões de prevalência (RP) bruta e ajustada, o p-valor e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Os resultados e a discussão estão apresentados em dois artigos. Para análise dos fatores associados aos desfechos, foi construído um modelo conceitual de determinação com três blocos hierarquizados: “Caracterização e capacitação profissional”, “Organização da unidade e acesso ao citopatológico” e “Coordenação do cuidado e integração assistencial”. Variáveis com nível de significância $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão e ajustadas ao nível superior ao seu, considerando significância de 5%. Foi utilizado o teste *Akaike's Information Criterion* para avaliar o ajuste do modelo final. No primeiro artigo, cujo objetivo foi analisar fatores associados ao monitoramento das ações para controle do câncer cervicouterino na Estratégia Saúde da Família, em região de saúde do Nordeste brasileiro, estiveram associados ao monitoramento adequado: ser enfermeiro; atuar na atenção primária à saúde do município (APS) por dois anos ou mais; divulgação pela equipe da realização do citopatológico por cartazes e outros meios de comunicação; existência de casos de lesão intraepitelial de alto grau (HSIL); tempo de realização da biópsia (≤ 1 mês); e entendimento pelo profissional de que o laboratório é ágil “às vezes” ou “sempre” na liberação dos laudos. No segundo artigo, que buscou avaliar a qualidade das ações para controle do câncer de colo do útero e seus correlatos, associaram-se aos desfechos eleitos “Realização de Ações Educativas, de Promoção, de Prevenção e Monitoramento” (desfecho 1 – D1); “Acesso aos Exames Diagnósticos” (desfecho 2 – D2); “Não Ocorrência de HSIL” (desfecho 3 – D3): D1 – possuir curso de educação permanente sobre a temática; profissional avaliar a coleta como adequada; e mulheres terem acesso ao transporte sanitário; D2 – enfermeiros realizarem tratamento de lesões de baixo grau; D3 – registrar o exame citopatológico em prontuário eletrônico; D1 e D2 – ingressar por concurso público; D1 e D3 – atuar na APS no município (≥ 2 anos); D2 e D3 – registrar o exame citopatológico em prontuário físico; e realização de Papanicolau por estudantes. Os achados indicam que os municípios têm integração dos serviços bastante frágil, acrescida de incipiência nos mecanismos de comunicação entre níveis de atenção com sérios problemas para coordenação clínica. Logo, os municípios da região estudada acumulam características sinérgicas – pequenos, pobres e rurais – que podem favorecer a incidência de HSIL e, conseqüentemente, maior dificuldade de controle do CCU, mesmo com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família. Outrossim, o monitoramento das ações de controle do CCU depende de uma atenção primária à saúde organizada e integrada, portanto, avaliar a qualidade da assistência neste nível revelou os desafios a serem superados em rede regionalizada.

Descritores: Regionalização; Atenção Primária à Saúde; Neoplasias do Colo de Útero; Programas de Rastreamento; Teste de Papanicolaou; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Política de Saúde; Atenção Integral à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

ANJOS, E.F. "Evaluation of the quality of actions for cervical cancer control within a health region in Northeast Brazil". **Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia**. Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2020.

The present dissertation aimed to evaluate the quality of the actions geared towards cervical cancer (CC) control in the health region of Vitória da Conquista, Bahia. This is a cross-sectional study, from January to March 2019, with 241 physicians and nurses belonging to the Family Health Strategy. The quality of the actions and adequate monitoring were measured considering: a) performance of cervical cancer (CC) control actions within the Family Health Strategy; b) access to diagnostic tests; c) absence of high-grade intraepithelial lesions. Descriptive analyzes of absolute and relative frequencies were conducted and the Pearson's chi-square test assessed the differences between the proportions. The analysis of associated factors was performed using Poisson regression with robust variance, estimating the gross and adjusted prevalence ratios (PR), the p-value and the respective 95% confidence intervals (95% CI). The results and discussion are presented in two articles. A conceptual model of determination was built in order to analyze the factors associated with the outcomes, with three hierarchical blocks: "Characterization and professional training", "Organization of the unit and access to cytopathology" and "Coordination of care and assistance integration". Variables with a significance level ≤ 0.20 were included in the regression model and adjusted to the next higher level higher, considering a significance of 5%. The Akaike's Information Criterion test was used to assess the fit of the final model. In the first article, whose objective was to analyze factors associated with the monitoring of actions to control cervicouterine cancer in the Family Health Strategy, in a health region of the Brazilian Northeast, were associated with adequate monitoring: being a nurse; working in the primary health care of the municipality (PHC) for two years or more; dissemination by the team of the performance of cytopathology by posters and other means of communication; existence of cases of high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL); time of biopsy (≤ 1 month); and professional understanding that the laboratory is agile "sometimes" or "always" in the release of reports. In the second article, which sought to evaluate the quality of actions to control cervical cancer and its correlates, they associated themselves with the elected outcomes: "Performance of educational, promotion, prevention, and monitoring actions" (outcome 1- D1); "Access to diagnostic tests" (outcome 2- D2); "Non-occurrence of high-grade cervical squamous intraepithelial lesions (HSIL)" (outcome 3- D3): D1- having professional training courses on the topic; consideration to ensure that collection takes place appropriately by a professional; and women having access to medical transport; D2- nurses treating low-grade lesions; D3- recording the Papanicolaou in electronic medical records; D1 and D2- professionals joining the service through public tender; D1 and D3- working in the PHC (≥ 2 years); D2 and D3- recording Papanicolaou in physical records; and performance of Papanicolaou by residents. The findings indicate that the municipalities have a very fragile integration of services, in addition to incipient communication mechanisms between levels of care with serious problems for clinical coordination. Therefore, the municipalities in the region under study accumulate synergistic characteristics - small, poor and rural - contributing to the incidence of HSIL and, consequently, greater difficulty in CC control, even with high coverage of the Family Health Strategy. Furthermore, the monitoring of CC control actions depends on organized and integrated primary health care, therefore, assessing the quality of care at this level showed the challenges that need to be overcome in a regionalized network.

Keywords: Regional Health Planning; Primary Health Care; Uterine Cervical Neplasms; Screening; Pap Smear; Program Evaluation; Health Policy; Comprehensive Health Care; Quality of Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia.....	37
Figura 2 - Amostragem de profissionais entrevistados das unidades de saúde da família da região de saúde de Vitória da Conquista-BA, 2019.....	44
Figura 3 - Região de Saúde do Estado da Bahia eleita para teste piloto.....	43
Figura 4 - Modelo conceitual hierarquizado de análise do monitoramento adequado quanto as ações das Equipes de Saúde da Família para controle do câncer do colo do útero.....	48
Figura 5 - Modelo conceitual hierarquizado de análise qualidade das ações desenvolvidas na linha de cuidado para controle do câncer do colo do útero.....	50
Figura 1 (do artigo 1) - Modelo conceitual hierarquizado de análise do monitoramento adequado das ações das Equipes de Saúde da Família para controle do câncer cervicouterino.....	59
Figura 1 (do artigo 2) – Modelo conceitual hierarquizado de análise qualidade das ações desenvolvidas na linha de cuidado para controle do câncer do colo do útero.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos municípios que compõem a região de saúde de Vitória da Conquista.....	39
Tabela 2 - Cálculo amostral de profissionais (médicos e enfermeiros) das equipes de saúde da família dos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista-Bahia....	42
Tabela 3 - Relação entre equipes de saúde da família existentes e participantes do estudo, região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, 2019.....	43
Tabela 1 (do artigo 1) - Características sociodemográficas e de saúde, região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2019.....	56
Tabela 2 (do artigo 1) – Caracterização das equipes/unidades e análise bivariada do monitoramento adequado das ações para controle do câncer cervicouterino, região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2019. (n=241).....	61
Tabela 3 (do artigo 1) – Análise multivariada do monitoramento adequado das ações para controle do câncer cervicouterino, região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2019. (n=241).....	63
Tabela 1 (do artigo 2) - Descrição da amostra e análises bivariadas entre os desfechos e as variáveis das dimensões I, II e III, Bahia, Nordeste, Brasil, 2019.....	84
Tabela 2 (do artigo 2) - Análise multivariada de fatores correlacionados à “Realização de ações educativas, de promoção, de prevenção e monitoramento do CCU”, ao “Acesso aos exames diagnósticos” e a “Não ocorrência de HSIL”, Bahia, Nordeste, Brasil, 2019.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Amaq-AB – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

AMQ – Autoavaliação para Melhoria da Qualidade

APS – Atenção Primária à Saúde

CAF – Cirurgia de Alta Frequência

CC – Câncer Cervicouterino

CCU – Câncer do Colo do Útero

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EC – Emenda Constitucional

ENENUT – Encontro Nacional dos Estudantes de Nutrição

EqSF – Equipes de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HPV – Papiloma Vírus Humano

HSIL – Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IMS/CAT-UFBA – Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira -
Universidade Federal da Bahia

LSIL – Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau

MS – Ministério da Saúde

NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical

OBRAS – Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCATool – *Primary Care Assessment Tool*

PET – Programa de Educação para o Trabalho

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 APROXIMAÇÕES COM O OBJETO DE ESTUDO	18
1.2 RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO	20
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	24
3.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE	27
3.3 O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO COMO UMA CONDIÇÃO TRAÇADORA ..	33
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	37
4.1 Desenho do estudo	37
4.2 Campo da investigação	37
4.3 População e amostra	41
4.4 Instrumento de coleta de dados	44
4.6 Estudo piloto	45
4.7 Análises dos dados	46
4.7.1 Artigo 1	46
4.7.2 Artigo 2	48
4.7.3 Análises estatísticas	50
4.8 Aspectos Éticos	51
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1 ARTIGO 1 - Monitoramento das ações de controle do câncer cervicouterino e fatores associados	53

5.2 ARTIGO 2 - Qualidade das ações para controle do câncer cervicouterino no interior da Bahia, Brasil.....	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	88
7. PERSPECTIVA DE CONTINUIDADE COM OUTROS ESTUDOS.....	91
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	100
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	126
ANEXO A – Parecer de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa	128

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÕES COM O OBJETO DE ESTUDO^{1,2}

Iniciei minha caminhada na área da saúde, em 2011, ao ingressar no curso de nutrição do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA). O Campus que estudei, fruto de uma política de interiorização das universidades durante o governo Lula, foi batizado com o nome do ilustre educador Anísio Teixeira, do qual tenho orgulho profundo de ser conterrânea.

Natural de Caetité na Bahia, que chamamos carinhosamente de pequenina e ilustre, Anísio Teixeira viveu entre os anos de 1900 e 1971 e trouxe inúmeras contribuições para o campo da educação, todavia, teve uma morte trágica e misteriosa, seu corpo fora encontrado no fosso de um elevador no Rio de Janeiro durante o período da ditadura militar (ROCHA, 2002). Dentre os ideais que partilho com Anísio, a luta pela educação pública de qualidade é uma delas.

Na sua época, anunciava que o conhecimento era restrito à uma pequena parcela privilegiada da população. O que impedia que o ensino público fosse defendido como artifício para transformar a realidade social. Denunciava ainda o sucateamento da educação pública em prol do privado (ROCHA, 2002). Assim como ele, acredito e defendo a educação e a saúde públicas de qualidade, como ferramentas de transformação de vidas e como direito de cada cidadão brasileiro.

Não obstante, reconheci-me na área da saúde coletiva ao encontrar os mesmos ideais que resguardo em seus princípios. Esse reconhecimento deu-se ainda na graduação, ao cursar componentes curriculares que me fizeram conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS) mais a fundo, a problematizar a nossa realidade pensando na extrema desigualdade social do país e suas consequências para a saúde, bem como na potência da educação para reverter essa situação. Desde então, despertei o interesse também pela pesquisa e pela docência, sonhando em ingressar em um programa de mestrado.

Enquanto nutricionista da área da saúde coletiva em formação, muito me incomodava a concepção circunscrita ao aparato biomédico e centrada no procedimento clínico da matriz

¹ Optamos por utilizar, neste tópico, os verbos na primeira pessoa do singular, por ser a aproximação com o objeto de estudo um texto com caráter pessoal, considerando as características singulares da pesquisadora.

² Este tópico responde à “reflexividade”. Neste sentido, não é possível isolar o conhecimento produzido da pessoa que o produziu, portanto, a prática da reflexividade é permanente (GUERRIERO; DALLARI, 2008).

curricular do meu curso. Acredito que essa é uma visão reducionista dos modos de cuidado e do agir em saúde.

Na contramão do engessamento curricular, tive a oportunidade de atuar no SUS em diversos campos. Por meio do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde) pude perceber a potência da Atenção Primária à Saúde (APS) na (re)organização do sistema, promoção da saúde e resolutividade dos problemas.

Em 2013, participei do Encontro Nacional de Estudantes de Nutrição (ENENUT) e pude discutir a saúde coletiva, a participação popular, a formação profissional e questões acerca do SUS com estudantes e profissionais de diversas regiões do país. A partir desta experiência, aprofundi a minha caminhada na militância estudantil e engajei-me em espaços de participação como o diretório acadêmico.

Em 2018, fui aprovada no Mestrado em Saúde Coletiva na linha de pesquisa “Políticas, planejamento, gestão e práticas em saúde”. Ao iniciar no Programa, tive a oportunidade de estudar e discutir o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política social, fruto de mobilização e luta do povo brasileiro. Bem como, aprofundar-me em temáticas que me despertam muito interesse como APS como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse caminho, recebi o convite do meu orientador para participar de uma pesquisa que avaliaria a APS a partir da linha de cuidado para controle do câncer do colo do útero no âmbito da atenção primária à saúde na lógica da RAS.

Enquanto nutricionista, tenho o compromisso social com o combate à insegurança alimentar e nutricional em diversas frentes. Tanto na promoção de qualidade de vida e formas de ir de encontro à fome, bem como no tratamento de doenças crônicas. Assim, ao avaliar a qualidade de serviços de atenção primária à saúde em uma região de saúde, busco compreender não apenas as contribuições da minha profissão para a vida de brasileiras, mas também como o SUS, que é alvo constante de ataques e sofre um desmonte exponencial e sem precedentes, pode transformar as realidades.

Ademais, avaliar a qualidade de uma política de saúde é contribuir para seu aperfeiçoamento e chamar a atenção para a necessidade de investimentos para a mesma. Também, colocar em primeiro plano as consequências das desigualdades históricas no Nordeste e os impactos na vida e saúde de mulheres. Além disso, avaliar consiste em pensar criticamente sobre uma realidade e não se acomodar, bem como, questionar o que é naturalizado.

Minha pesquisa me convida a explorar os meus ideais enquanto mulher, nordestina, nutricionista e militante da saúde coletiva, a problematizar o desenho do sistema baseado nas

redes de atenção coordenadas pela APS, bem como nas contribuições sociais do meu lugar enquanto estudante. Estudar a atenção primária e as redes de atenção é evidenciar as potencialidades dessa forma de organizar o SUS, reafirmar quais as políticas de saúde que queremos e permanecer engajados na luta por um sistema de saúde equânime, universal e integral.

1.2 RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO

A atenção primária à saúde abrangente, com orientação comunitária e familiar, é o modelo de atenção recomendado pela Organização Mundial de Saúde para organização dos sistemas de saúde no mundo (WHO, 2008). Os sistemas baseados na APS são mais custo-efetivos, e, possuem ainda, maior potencial para resolução e prevenção de agravos à saúde tanto agudos como crônicos (CASTRO et al., 2019; FERNANDES et al., 2019; MACINKO; HARRIS, 2015).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo de APS adotado como prioritário no Brasil, e tem se mostrado extremamente exitoso na diminuição de agravos vinculados à desigualdade socioeconômica do país (CASTRO et al., 2019). Para tanto, a ESF deve ser o ponto central em uma rede de atenção à saúde (RAS), com a qual se possibilita a produção do cuidado integral (ALMEIDA et al., 2019).

As RAS buscam a construção de sistemas e serviços de saúde integrados com o objetivo de superar a fragmentação do cuidado (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Nesse sentido, as redes de atenção surgem com uma lógica de cooperação (SANTOS, 2018), que é fundamental para o acompanhamento de condições crônicas (SARFATI et al., 2019).

Outrossim, o cuidado à saúde da mulher, na perspectiva de controle do câncer de colo do útero (CCU), requer arranjos de tal natureza (FERNANDES et al., 2019), pois são orientados para o cuidado de acordo com o território, sendo o ponto estratégico em de um programa integral (BRITO-SILVA et al., 2014) para ofertar vacinação, rastreamento e tratamento de lesões intraepiteliais de alto grau e de CCU (WHO, 2014).

Para isso, o Brasil conta com o rastreamento oportunístico de lesões em mulheres através do exame citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, a vacinação de meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 13 anos, o tratamento de lesões intraepiteliais de alto grau e do CCU (INCA, 2016). Essas ações fazem parte da linha de cuidado do CCU (BRASIL, 2013), pertencente ao programa integral recomendado pelos protocolos nacionais e internacionais (BRASIL, 2013; INCA, 2016; WHO, 2014). As linhas de cuidado marcam a trajetória do

usuário ao longo do sistema de saúde e podem ser utilizadas como marcadores para identificar os pontos ainda frágeis na RAS (BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008; SAMOTO, 2013).

Nesse sentido, o CCU é um bom marcador para avaliar a qualidade dos serviços prestados pois (BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008), além de ter tratamento e história natural da doença conhecidos, tem grandes prevalências, apesar de ser altamente evitável (KESSNER; KALK; SINGER, 1973). Em tal contexto, cabe à APS não só a captação das mulheres para realização do exame citológico, como também o encaminhamento e acompanhamento das usuárias, quando necessário tratamento de lesões de alto grau ou câncer (TAYLOR et al., 2010).

As estatísticas recentes apontam a quase superação desse problema em países de sistemas de saúde universais, rastreamento populacional, com ampla cobertura de APS e serviços integrados (ARBYN et al., 2020; BARCELOS et al., 2017). Contudo, ainda é um grave problema de saúde pública em âmbito global, especialmente em países mais pobres, sendo um importante marcador de vulnerabilidade (ARBYN et al., 2020; ARROSSI et al., 2017; FITZMAURICE et al., 2019). É o quarto tipo de câncer mais incidente em todo o mundo e, no ano de 2018, atingiu aproximadamente 570.000 mulheres e foi responsável por 311.000 óbitos, segundo dados do Observatório Global do Câncer (ARBYN et al., 2020; FITZMAURICE et al., 2019).

Sob essa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS), está instituindo em 2020 a meta de eliminação do CCU até o final do século XXI (CANFELL et al., 2020). Estimando-se a redução da mortalidade em um terço em 10 anos e quase a eliminação total no câncer cervical no próximo século, evitando 62 milhões de mortes no mundo (ARBYN et al., 2020; FITZMAURICE et al., 2019).

No Brasil, apesar de se saber que o CCU é uma doença de curso longo, de fácil rastreamento e prevenção, ainda há altas prevalências, sendo o terceiro mais incidente do país. Em regiões mais pobres como a Nordeste, é o segundo mais incidente excetuando-se os tumores de pele não melanoma (INCA, 2019a). Somado a isso, em mulheres de zona rural são encontrados os maiores números de mortalidade pelo CCU (GALVÃO et al., 2019).

No cenário do Nordeste brasileiro, altas coberturas de APS e oferta regular de rastreamento do CCU não se mostraram suficientes para adesão das mulheres aos programas de prevenção (BALDOINO; VERAS, 2016). Diversos são os fatores apontados como obstáculos ao acesso ao cuidado integral e oportuno. As representações socioculturais (BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008), a baixa condição socioeconômica

(BARCELOS et al., 2017; BRITO-SILVA et al., 2014), a qualidade do rastreamento (GALVÃO et al., 2019) e o tempo entre diagnóstico e início de tratamento (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015), são apontados como algumas barreiras ao cuidado. Ao passo que existência de equipe multidisciplinar (WHO, 2014) com vínculos de trabalho estáveis (MURAMOTO; MATUMOTO, 2019), atuação vigilante de agentes comunitários de saúde (ACS) (FERNANDES et al., 2019; TAYLOR et al., 2010), coordenação do cuidado (VÁZQUEZ et al., 2017), integração ensino-serviço (BALDOINO; VERAS, 2016), bem como adequação da estrutura (BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008) e do processo de trabalho (BARCELOS et al., 2017), são apontados como alguns fatores favoráveis à qualidade da atenção prestada.

O contexto da região de saúde de Vitória da Conquista-BA, que está localizada no sudoeste da Bahia, é um tanto quanto adverso pois, possui grande número de municípios de pequeno porte, com boa parte da população residindo em áreas rurais (IBGE, 2010; SANTOS, 2018) e grande número de equipes de saúde da família atuando nesses territórios (FERNANDES et al., 2019). Assim o acesso aos serviços de saúde é bastante dificultado (GALVÃO et al., 2019), necessitando de políticas bem articuladas, gestão e pactuações eficientes, para atender a sua complexa demanda de serviços para ofertar cuidado de qualidade (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015).

Nesta perspectiva, considera-se que a avaliação de uma região de saúde pode servir de subsídio para direcionar as políticas locais, as pactuações intergestores, bem como os cuidados prestados na interface dos municípios (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015). Visto que o CCU ainda é um agravo bastante prevalente na região Nordeste (INCA, 2019a) e precisa de investimentos para superar as iniquidades que impactam na saúde (BARCELOS et al., 2017; RICHARD et al., 2016), o controle desse agravo depende de uma rede articulada, equânime, pautada no trabalho intersetorial e no acesso integral (BRITO-SILVA et al., 2014; GOSS et al., 2013; SARFATI et al., 2019; WHO, 2014). O uso de CCU como uma condição traçadora é uma ferramenta eficiente para captar as nuances dos serviços de APS inseridos na RAS para além dos indicadores de cobertura, possibilitando avaliar aspectos relacionados à qualidade da assistência (BARCELOS et al., 2017; BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008).

A partir dessa óptica, o presente trabalho indaga: Qual a qualidade das ações de controle do câncer do colo do útero na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia? Quais são os fatores associados ao monitoramento adequado das ações de controle do câncer cervicouterino, no âmbito da Atenção Primária à Saúde? Quais são os fatores associados a qualidade das ações necessárias para um programa integral de prevenção/controlado do CCU?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar os fatores associados a qualidade das ações de controle do câncer do colo do útero na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os fatores associados ao monitoramento das ações para controle do câncer cervicouterino na Estratégia Saúde da Família, em região de saúde do Nordeste brasileiro [Artigo 1].
- Avaliar a qualidade das ações para controle do câncer do colo do útero e seus correlatos, no interior da Bahia, Brasil [Artigo 2].

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde possui atributos essenciais e derivados, sendo o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, a orientação familiar/comunitária e a competência cultural fundamentais para sua caracterização como abrangente e robusta (STARFIELD, 2002). De tal modo, a APS deve ser o serviço de porta de entrada no sistema que garante acesso às necessidades de saúde mais comuns, em tempo oportuno, ao longo do tempo, fazendo parte de uma rede articulada, na qual há formação de vínculo e as ações são desenvolvidas segundo as características culturais do território adscrito (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No Brasil, o modelo de Redes de Atenção à Saúde baseia-se na reestruturação do sistema de saúde resgatando a hierarquização no sentido de distribuição das atribuições financeiras e gerenciais, buscando a articulação e trabalho intersetorial para promoção da saúde em rede regionalizada, para a racionalização de recursos e sua alocação de forma eficiente (MENDES, 2012). Nessas redes, a APS é a coordenadora do cuidado, organizando o sistema e gerenciando o cuidado do usuário (ALBUQUERQUE et al., 2019).

O modelo de APS tem como base a Estratégia de Saúde da Família (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015) que, na rede regionalizada, deverá ofertar o cuidado em tempo oportuno e de forma integral, buscando a resolutividade dos problemas (SANTOS, 2018). A consolidação das redes regionalizadas é indispensável para a garantia de acesso, continuidade do cuidado, integralidade e universalidade (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

Todavia, observa-se que diversos obstáculos no cotidiano da ESF, resultando em dificuldades em exercer seu papel coordenador, de oferta de cuidado integral, de formação do vínculo do usuário com a sua unidade básica/equipe, ocasionando em uma atenção fragmentada e segmentada (ALBUQUERQUE et al., 2019). Por vezes, o modelo de saúde legal (normativo), se distancia do modelo de saúde real, devido a fragilização da ESF e enfraquecimento do SUS, em favorecimento de um “sistema de saúde” privado (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015), pelos interesses mercadológicos que primam pela saúde individual e lucrativa, secundarizando o papel do Estado enquanto provedor. O Sistema Único de Saúde sofre, portanto, constantes constrangimentos do setor privado (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

No cotidiano do SUS ainda se vivencia na gestão e assistência, planejamentos que não seguem a necessidade sanitária da população, o que compromete o cuidado oportuno

(SANTOS, 2018). A demanda aumentada acaba por dificultar o acesso aos serviços de média densidade, inflando o sistema, um dos motivos que gera tanto descontentamento, sobretudo, por parte dos usuários, implicando em afastamento desse sujeito, a não defesa do SUS e busca por alternativas na saúde privada (ALMEIDA et al., 2018; SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Deve-se ressaltar a grande dimensão territorial, desigualdade social (BARCELOS et al., 2017; BRITO-SILVA et al., 2014) e diversidade cultural e regional presentes na realidade brasileira, o que dificulta a formação de um sistema com políticas que consigam atender as especificidades dos diversos locais. Além disso, regiões brasileiras como o Norte e Nordeste tem uma privação histórica de recursos e de investimentos (ALBUQUERQUE et al., 2017). Outros apontamentos importantes são a baixa cobertura de ESF em municípios de médio e de grande porte, e o elevado número de municípios de pequeno porte, que não tem capacidade financeira e gestora de se articularem sozinhos na rede (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015).

Ademais, uma dentre as diversas teorias de análise das políticas, traz que para a sua implementação adequada, precisa-se seguir o ciclo da política. Deve ser formulada a partir da identificação de um problema, que entra na agenda por meio de uma janela de oportunidades. É reformulada no momento de sua implementação e avaliada para identificar suas fragilidades e potencialidades. Ao final desse ciclo, decide-se se será reformulada, se precisa de maiores investimentos ou se deve ser encerrada (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

Todavia, observa-se que as políticas brasileiras são criadas com um delineamento deficitário (DINIZ, 1997). A construção de políticas baseadas na oferta e na demanda (SANTOS; GIOVANELLA, 2016), relegando-se a segundo plano a promoção da saúde e prevenção de agravos é um fato histórico. Além disso, a intersetorialidade ocorre apenas sob forma normativa, sendo totalmente desarticuladas do trabalho no cotidiano dos serviços (PRADO; SANTOS, 2018).

A implementação integral das políticas requer um Estado forte, não no sentido de totalitário e controlador, mas articulador, promovendo alianças, com uma gestão cooperativa, passível de negociação (DINIZ, 1997) e com expertise de arranjos colaborativos (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Com vistas a superar a dicotomia Estado/mercado e com um padrão de inter-relação Estado/sociedade (DINIZ, 1997), combinando governabilidade com governança (SANTOS, 2018).

No caso brasileiro, tem-se um Estado frágil com instituições frágeis, onde são implementadas políticas sociais apenas como políticas de governo, que não cultiva na sociedade um ideal solidário. A lacuna deixada no atendimento de necessidades fundamentais e não efetivação de políticas sociais, leva a uma disseminação de insegurança generalizada, induzindo

a extremos de violência nas periferias, gerando um ciclo vicioso de desigualdade e desassistência social por grande parte da população brasileira. As fragilidades apontadas minam o SUS por dentro. Deve-se pensar, por conseguinte, em qual modelo de saúde se quer, quanto e como investir, além de quais as políticas necessárias à sua efetivação. Uma política de saúde é uma política social e não um projeto de governo (DINIZ, 1997).

Diversos estudos no Brasil apontam para a forte influência da ESF na melhoria dos indicadores de saúde da população, reduzindo mortalidades por doenças cardiovasculares, mortalidade pós-neonatal, taxas de internações hospitalares por condições sensíveis a atenção primária e complicações por doenças crônicas (RASELLA et al., 2019). Ampliando ainda o acesso a saúde e a qualidade do sistema, resultando em uma maior satisfação dos usuários com os serviços (CASTRO et al., 2019; MACINKO; HARRIS, 2015).

A expansão do SUS permitiu que o Brasil atendesse rapidamente às mudanças nas necessidades de saúde da população, com o aumento dramático da cobertura dos serviços de saúde em apenas três décadas, apesar do seu subfinanciamento crônico (CASTRO et al., 2019). Considerando as medidas de austeridade fiscal materializadas na Emenda Constitucional 95 (EC 95), aprovada no Brasil em dezembro de 2016, vislumbra-se um futuro de aumento drástico das desigualdades sociais e em saúde (RASELLA et al., 2019)

Um trabalho que estimou os impactos do encerramento do programa mais médicos e da EC 95 sobre a mortalidade da população brasileira, previu a ocorrência de 50 mil mortes evitáveis de adultos com menos de 70 anos até o ano de 2030. Ressalta-se ainda que esses dados podem estar subestimados, visto que as medidas de austeridade foram piores que as presumidas e a flexibilização do orçamento destinado à atenção primária compreendida na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, pode impactar em piores estimativas (RASELLA et al., 2019).

A atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a) representa sérios problemas a coordenação do cuidado, pois rompe com a prioridade do modelo de ESF adotado até então, e com resultados bastante exitosos. Pode impactar ainda na redução da disponibilidade de profissionais, por flexibilizar a carga horária de atuação, os mecanismos de financiamento e levar a acentuação das desigualdades sociais. Simboliza, portando, a materialização de uma APS seletiva e sem comprometimento de formação de vínculo com o usuário. Um sistema pobre para pobres (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

3.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

O campo da saúde coletiva se instituiu, ao longo dos anos, como a área predominante em estudos avaliativos em saúde (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014). A expansão das pesquisas, com expressão acentuada no início dos anos 90, mostram a necessidade de conhecer o funcionamento e a eficácia dos sistemas de saúde, bem como da complexidade que os envolve (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

O Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde, fomentou a institucionalização de medidas de avaliação na atenção básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), culminando em duas importantes iniciativas. A primeira delas foi o projeto de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das Secretarias de Estado da Saúde, apoiando o processo de formação dos gestores. O segundo foi o Projeto de Autoavaliação para Melhoria da Qualidade, tendo como principal objetivo identificar os avanços e as necessidades de qualificação das práticas das unidades de APS. Tal acontecimento fomentou o planejamento das ações e auxiliou gestores e trabalhadores nas pactuações de compromissos coletivos através do autoconhecimento (SOUSA, 2018).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde Publicou a Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, resultado da primeira instituição formal de uma unidade destinada ao monitoramento e avaliação da política de atenção básica e de projetos prioritários do governo, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (SOUSA, 2018). Tal fato marcou um forte estímulo de institucionalização da avaliação na atenção básica e influência da definição do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia estruturante da atenção básica no Brasil (FELISBERTO et al., 2009).

Emergia no ano de 2011, a segunda Política Nacional de Atenção Básica trazendo a necessidade de consolidação do SUS e da reorientação do seu modelo pela ESF, a necessidade de ampliação do financiamento federal da atenção básica e de estabelecimento de ferramentas fortes e regulares de avaliação e monitoramento da qualidade dos serviços ofertados. Assim surge o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que, pela primeira vez, determina uma forma de financiamento da ESF condicionada ao desempenho das equipes (LIMA et al., 2018). A AMQ é reformulada e agora é atrelada a esse programa, tornando-se a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (Amaq-AB) (SOUSA, 2018).

As intervenções mencionadas são pontos fundamentais na avaliação no Brasil e institucionalização do atual modelo de atenção básica, bem como de um SUS mais resolutivo. Nesse sentido, as pesquisas avaliativas, que podem ser vinculadas ao serviço ou a universidade, servem de subsídios para auxiliar na tomada de decisão, direcionando os rumos das políticas públicas, reconhecendo seus problemas, potencialidades (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SOUSA, 2018).

Avaliar consiste em fazer julgamento de valor acerca de uma determinada intervenção, serviço ou política, como também sobre seus componentes, e pode ser resultado de uma avaliação normativa (aplicação de critérios e normas) ou de uma pesquisa avaliativa (aplicação de um procedimento científico) (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Junto ao surgimento dos estudos avaliativos, emergiu também a necessidade de conceituação e definição de qualidade para julgar a intervenção, serviço ou política. A qualidade da assistência médica vem sendo definida e estudada há bastante tempo. Inicialmente considerava-se um serviço de qualidade se fosse acessível, centrado na prevenção, tratamento holístico do indivíduo. Os serviços médicos eram centrados na capacidade técnica, baseada na ciência. Deveria haver coordenação entre os serviços médicos e sociais, e uma boa relação interpessoal entre médico e paciente (DONABEDIAN, 1983).

Julgava-se a qualidade de um serviço de saúde quando atrelada a eficiência, a valorização dos custos e benefícios de um tratamento, ponderando uma dita equidade. Nesse sentido, para que um serviço seja de qualidade, deve-se considerar ainda o quão determinado tratamento é efetivo para o paciente, se o mesmo é ativo nesse processo e se são fornecidas informações sobre as estratégias de cuidado disponíveis. O sucesso ou a falha nas estratégias de cuidado eram também atribuídas ao paciente (KESSNER; KALK; SINGER, 1973).

Enfim, a sistematização da avaliação de qualidade de serviços de saúde surge a partir da criação do modelo conceitual avaliativo de cuidados em saúde de Donabedian baseado em estrutura, processo e resultado. Em 1966 o autor começara a descrever o que seria a sua maior contribuição para os estudos científicos pois, trazia em um editorial, os primeiros aspectos a serem considerados na realização de pesquisas de avaliação de serviços de saúde (DONABEDIAN, 1966).

A partir dessa obra, houve a publicação de diversos trabalhos avaliando a prestação de serviços de saúde. Na década de 1980, Donabedian descreve mais detalhadamente sobre os estudos avaliativos trazendo sugestões metodológicas para medir as categorias de estrutura, processo e resultado, primordiais em sua visão, para mensurar a qualidade de serviços médicos (DONABEDIAN, 1983, 1988).

Na tríade, estrutura se refere ao local onde o cuidado é prestado (recursos materiais ou organizacionais), processo a maneira como ele se dá e resultado, aos impactos na saúde da população que são decorrentes da estrutura e processo adequados, havendo uma relação de causalidade entre eles. Não há uma categoria que seja mais importante, os resultados satisfatórios dependem de uma boa estrutura (instalações, equipamentos, recursos financeiros, recursos humanos, a forma de organização), para subsidiar o cuidado (atividades e procedimentos utilizados no manejo dos recursos). É importante considerar os três componentes ao mensurar a qualidade do serviço (DONABEDIAN, 1988).

Os critérios para sua aferição devem corresponder a definição de qualidade do que se pretende medir sendo bem especificados, de fácil mensuração, seguindo a validade, a confiabilidade e a sensibilidade. Essa abordagem valoriza a atenção técnica, o manejo da relação interpessoal e o ambiente físico onde é desenvolvido o processo de cuidado, devendo haver um monitoramento contínuo de desempenho do sistema (DONABEDIAN, 2003).

Nesse modelo, qualidade é o resultado combinado do avanço das tecnologias em saúde disponíveis, advindo da ciência, e da aplicação prática dessas tecnologias no cuidado “a arte do cuidado”, que sofre influência das relações interpessoais. A intervenção, portanto, é de qualidade quando incorpora o conhecimento científico e a prática concreta, gerando benefícios com o mínimo de riscos a custos sustentáveis. Nesse sentido, os sete pilares da qualidade descritos por esse autor são: eficácia, efetividade, eficiência, acessibilidade, legitimidade, otimização e aceitabilidade (satisfação do usuário) (DONABEDIAN, 2003).

Vuori (1982), considerava qualidade como algo complexo e, adicionalmente ao conceito Donabediano, considerava a cobertura, a qualidade técnico-científica e a equidade, como fundamentais além de eficácia, efetividade, eficiência, acessibilidade e aceitabilidade. Contudo, destaca que no momento da avaliação de resultados de uma intervenção, os fatores de confundimento devem ser controlados (VUORI, 1982).

O modelo Donabediano, por vezes é criticado, por sua forma genérica de olhar as questões e por homogeneizar fenômenos de naturezas distintas como a consideração de recursos humanos e materiais como estrutura e por propor uma direcionalidade ou causalidade nos processos (FRIAS, 2010). Contudo, no cotidiano, não necessariamente a estrutura resultará em um processo adequado, que levará a resultados satisfatórios, e qualidade técnico-científica não prediz um bom processo. Além disso, outra limitação desse modelo é a centralidade na prática médica a nível individual (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Handler, Issel e Turnock (2001) desenvolvem um modelo conceitual baseado nos pilares da estrutura, processo e resultado, acrescentando a missão como o quarto componente do

sistema de saúde, que é afetado pelo contexto (quinto componente). O sistema é aberto, o que leva a interação e múltiplos ajustes da realidade entre os componentes. Assim, medir o desempenho de um sistema, requer a capacidade de medir cada um de seus componentes e as relações entre eles, considerando o cenário social, cultural, econômico e político que está inserido (HANDLER; ISSEL; TURNOCK, 2001).

Qualidade é um termo polissêmico que pode ter significados pouco específicos e sensíveis para serviços (BOSI; UCHIMURA, 2007), podendo ser definida como: um grupo de propriedades sensíveis e mensuráveis de um determinado serviço, a conformidade de seus atributos às necessidades de alguém ou, a inexistência de defeitos (VILASBÔAS et al., 2019). A polissemia do termo qualidade se deve aos diferentes contextos históricos, políticos e culturais de cada sociedade, bem como os conhecimentos científicos disponíveis estruturados (BOSI; UCHIMURA, 2007). A qualidade, portanto, é complexa e multidimensional (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000).

Para Vilasbôas et al. (2019), devemos pensar qualidade do cuidado para além de especificidade, eficiência e eficácia, abrangendo ainda equidade, acessibilidade, aceitabilidade e adequação. A qualidade deve levar em conta primordialmente as relações interpessoais profissionais-pacientes, não havendo assim a supervalorização do conhecimento técnico. Cabe destacar que fatores relacionados a organização dos próprios sistemas de saúde, como também relativos às condutas dos pacientes e de seus familiares são fatores que se somaram as avaliações de qualidade (VILASBÔAS et al., 2019).

Bosi e Uchimura (2007) discorrem sobre a importância da avaliação de qualidade, mas pontuam a importância da avaliação qualitativa, que busca ir além do que os números expressam, buscando captar outras nuances do cuidado. Assim, a avaliação qualitativa faz parte da avaliação de qualidade, contudo funda-se na compreensão que o cuidado transcende o âmbito técnico e articula uma noção de cuidado aliada a integralidade (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Campbell, Roland e Buetow (2000) definem os cuidados em saúde como sistemas de saúde e ações com a finalidade de melhoria do bem-estar ou da saúde. Os autores trazem um modelo baseado em sistemas constituído por estruturas e processos de cuidados cínicos e interpessoais que levam a resultados sequenciais (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000).

Segundo Vieira-da-Silva (2014), a forma como o profissional atua no processo do cuidado tem total influência sobre o resultado da qualidade. Além de dominar a técnica e ter o conhecimento científico atualizado, deve ser acolhedor, respeitoso, ter uma escuta atenta e olhar nos olhos do paciente. Essas propriedades são fundamentais para uma melhor relação interpessoal e adesão ao tratamento. Dessa forma, a qualidade técnico-científica pode ser

entendida como o uso adequado do conhecimento científico e das práticas no processo do cuidado (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Quanto ao escopo da avaliação, a qualidade na Atenção Primária também é relacionada a fatores como: formação profissional, tempo e/ou experiência prática, a forma de pagamento do profissional, o modelo de atenção empregado, a disponibilidade de especialistas, a adequação das informações necessárias na coordenação da atenção, a aparência agradável e segurança das unidades de saúde, adequação dos equipamentos, satisfação com o serviço prestado, etc. Algumas dessas questões não necessariamente são atributos específicos da qualidade, mas podem influenciar na busca do serviço e, portanto, no cuidado prestado (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; STARFIELD, 2002).

Sistemas de saúde de qualidade, levam em consideração o contexto em que a sua população vive, seus problemas de saúde, características que geram ameaças e o potencial de saúde no futuro (GIOVANELLA et al., 2019). Nesse sentido, buscam não somente a adequação dos serviços para diagnóstico e manejo das doenças, mas também para prevenir doenças futuras e promover uma saúde melhor (STARFIELD, 2002). Destacam-se sistemas de saúde baseados na atenção primária equânime que não apenas tratem os agravos, mas promovam a saúde nos distintos territórios (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015).

A partir das distintas definições de qualidade para sistemas, da ampliação dos serviços de saúde, incorporação de novas tecnologias e da necessidade de avaliá-los, Starfield elaborou um modelo de avaliação de sistemas a partir da atenção primária. Baseia-se nos atributos essenciais de acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção e nos atributos derivados que são orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010).

O instrumento denomina-se *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), foi validado e adaptado para o Brasil e avalia os diversos sistemas segundo a atenção primária, criando escores (geral e essencial) que pontua a partir dos indicadores de cada atributo, indicando o grau de orientação à atenção primária em diferentes serviços e sistemas de saúde (BRASIL, 2010).

Para Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), avaliar a qualidade no Brasil é verificar também a capacidade de resposta do SUS para as necessidades de saúde da população, compreendendo as dimensões da totalidade do indivíduo e das ações de atuação intersetorial. Podemos mensurá-la através de indicadores que expressem os processos organizacionais e as práticas profissionais através das equipes de saúde da família, o espaço em que as equipes estão inseridas e suas respostas aos problemas de saúde considerando o território geopolítico que estão inseridos (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

As Políticas Nacionais de Atenção Básica anteriores a versão atual (BRASIL, 2017a), priorizam a APS abrangente e estabelecem como princípios e diretrizes da Atenção Básica a territorialização e responsabilização sanitária; a adscrição dos usuários e vínculo; a acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial; o cuidado longitudinal; a ordenação da rede de atenção à saúde (RAS); a gestão do cuidado integral em rede; e o trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, uma atenção básica abrangente, robusta e de qualidade deve possuir tais atributos somando-se a uma estrutura adequada, levando em conta o contexto em que o cuidado é prestado (BRASIL, 2011a). Uma revisão sistemática que avaliou estudos de 2000 a 2013, observou que a atenção primária desenvolve bem os atributos de integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, ao passo que possui deficiência nos de acesso de primeiro contato, orientação comunitária e familiar (PAULA et al., 2016).

Segundo pesquisa de Samoto (2013), que avaliou a qualidade dos serviços de atenção básica em uma região de saúde de São Paulo, encontrou diferenças entre os modelos de atenção de Unidade Básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, apontando uma melhor qualidade das unidades da ESF tanto na estrutura, quanto no processo (SAMOTO, 2013).

Um estudo realizado nas regiões de saúde de Feira de Santana, Vitória da Conquista e Santo Antônio de Jesus traz oito proposições para as redes regionalizadas buscando a coordenação do cuidado e superar a sua fragmentação, sendo elas: 1) A APS como aceso principal; 2) O resgate da valorização dos ACS como sujeitos estratégicos; 3) O fortalecimento, a valorização e a expansão das atribuições dos enfermeiros; 4) A ampliação do cardápio de serviços e adensamento do arsenal tecnológico das USF; 5) Investigações que tragam a perspectiva dos usuários; 6) Fortalecimento e aperfeiçoamento da Comissão Intergestores Regional; 7) Ampliação da oferta pública com diversas densidades tecnológicas; 8) Resgate e reposicionamento estratégico de diretorias regionais (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015).

Tomasi et al. (2015), buscaram descrever e analisar a adequação da estrutura e processo das equipes PMAQ-AB na prevenção do CCU, encontrou necessidade de maior qualificação das ações relacionadas a linha de cuidado e de aprimoramento da estrutura e processo de trabalho para o rastreamento (TOMASI et al., 2015). Que converge com os achados de Barcelos et al. (2017) que constatou a necessidade de mais investimentos em processo de trabalho das equipes de saúde, em programas sociais de transferência de renda e em condições sociais da população a fim de melhorar a qualidade do programa de rastreamento do CCU (BARCELOS et al., 2017).

3.3 O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO COMO UMA CONDIÇÃO TRAÇADORA

O uso de uma condição traçadora descrito por Kessner, Kalk e Singer (1973), permite, por meio da avaliação dos processos diagnósticos, terapêuticos e do resultado do tratamento, avaliar a qualidade dos cuidados de rotina prestados em um sistema de saúde. Se baseia no pressuposto de como a equipe e o serviço de saúde lida com doenças comuns, e, portanto, será um indicador geral do cuidado ofertado e da sua eficácia (KESSNER; KALK; SINGER, 1973).

O câncer de colo do útero é considerado como uma condição traçadora por atender os seis critérios estabelecidos pelos autores: 1) Ter impacto funcional bem definido e significativo para refletir atividade dos profissionais; 2) Ser relativamente bem definido e ser fácil de diagnosticar; 3) Possuir taxas de prevalência altas o suficiente para permitir a coleta de dados adequados a partir de uma amostra; 4) Sua história natural deve sofrer impactos a partir da utilização e da efetividade dos cuidados; 5) As técnicas de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação devem ser bem definidas; 6) Os efeitos dos fatores sociais, culturais, econômicos, comportamentais e ambientais devem ser bem conhecidos (KESSNER; KALK; SINGER, 1973). Estudos mais recentes, reafirmam o CCU como uma boa condição traçadora para avaliar a qualidade dos cuidados primários (BARCELOS et al., 2017; BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008; BRITO-SILVA et al., 2014; GALVÃO et al., 2019; SANTOS FERNANDES et al., 2019; TOMASI et al., 2015).

O câncer cervicouterino (CC) é causado pela infecção do papilomavírus humano (HPV) que, aliado a outros fatores, pode levar a alterações celulares que podem progredir para o câncer (WHO, 2014). As alterações celulares podem ser identificadas no exame citopatológico do colo do útero, Papanicolaou ou preventivo (INCA, 2016; OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014), que é realizado nas unidades de atenção primária à saúde e tem alto potencial para evitar a progressão para lesões precursoras (que podem levar ao câncer) e, conseqüentemente, CC (BRASIL, 2013; TOMASI et al., 2015). As mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL/NIC II ou III) no rastreamento, devem ser encaminhadas às unidades secundárias para confirmação diagnóstica e tratamento (INCA, 2019b).

No âmbito do SUS, com o objetivo de organizar os fluxos assistenciais e atender as necessidades de saúde, foram estabelecidas as linhas e cuidado, que marcam a trajetória que o usuário deveria percorrer no sistema. Assim diversos estudos estudam as linhas de cuidado de condições traçadoras (BARCELOS et al., 2017; BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008; BRITO-SILVA et al., 2014; GALVÃO et al., 2019; KESSNER; KALK; SINGER, 1973; SANTOS FERNANDES et al., 2019; TOMASI et al., 2015).

O presente estudo adota a linha de cuidado da saúde da mulher, com base no CCU. Tal escolha deve-se a importância epidemiológica e social do tema, destacando que este agravo é quarto tipo de câncer mais incidente no mundo (FITZMAURICE et al., 2019) e o segundo mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se o câncer de pele não melanoma (INCA, 2019a), sendo seu controle umas das prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

No ano de 2018 o CCU atingiu aproximadamente 570.000 mulheres em todo o mundo e foi responsável por 311.000 óbitos, segundo dados do Observatório Global do Câncer (ARBYN et al., 2020). No Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, estima-se 16.370 casos novos de CCU, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2019a). É notória ainda, uma alta disparidade na distribuição dos casos. No cenário brasileiro, é segundo mais incidente nas regiões Norte (21,20/100mil), Nordeste (17,62/100mil) e Centro-oeste (15,92/100mil), enquanto nas regiões Sul (17,48/100mil) e Sudeste (12,01/100mil) é o quarto e quinto na incidência, respectivamente (INCA, 2019a).

Assim, o CCU é uma doença que marca a desigualdade social no Brasil e no mundo. Os países com menor renda são os mais acometidos (FITZMAURICE et al., 2019). Enquanto em países de renda alta, com rastreamento a nível populacional, diagnóstico precoce e tratamento de HSIL, a incidência do CCU é controlada (ARBYN et al., 2020; ARROSSI et al., 2017; INCA, 2019a; WHO, 2014). Salientando-se que as mulheres pobres e rurais são as mais vulneráveis ao problema (FERNANDES et al., 2019; GALVÃO et al., 2019; GOSS et al., 2013).

Embora sejam reconhecidos os elevados os índices de incidência e mortalidade por CC (ARBYN et al., 2020; INCA, 2019a) e a sua alta possibilidade de prevenção, a resolução de tal problema requer estratégias complexas, que sejam eficazes e adequadas aos territórios onde os serviços são prestados (BALDOINO; VERAS, 2016). Nesse sentido, não só a existência de um programa integral de prevenção/controlado organizado (WHO, 2014) e altas coberturas de APS são importantes (FERNANDES et al., 2019), como também a integração entre os serviços no âmbito da RAS (BRITO-SILVA et al., 2014), a coordenação do cuidado da usuária (VÁZQUEZ et al., 2017) e acompanhamento longitudinal (SARFATI et al., 2019), impactando na qualidade do serviços prestados.

A experiência de países desenvolvidos com sistemas de saúde integrados, mostra que a incidência de CCU pode ser reduzida em torno de 80% (BARCELOS et al., 2017; INCA, 2016; WHO, 2014), onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, junto com seguimento adequado e tratamento oportuno de lesões precursoras (BARBOSA et al., 2016).

Além disso, é fulcral um bom sistema de comunicação entre os níveis de assistência, o que depende da articulação de toda a rede de cuidados (SARFATI et al., 2019).

Assim, o controle do CCU depende de uma APS qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção que conformam uma Rede de Atenção à Saúde um determinado território (SARFATI et al., 2019). Nessa perspectiva, a RAS deve promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada (BRITO-SILVA et al., 2014), bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; eficiência econômica (BRASIL, 2013; MENDES, 2012).

Para tal, é fundamental a garantia do acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica por meio do estabelecimento de fluxos formais para referência e contrarreferência (ALMEIDA et al., 2019), assim como o registro das informações clínicas (WALI et al., 2020). As mulheres com diagnóstico de HSIL devem ter o seguimento realizado pela APS até a conclusão dos casos, seja por cura ou óbito, e as informações repassadas com regularidade à coordenação municipal (TOMASI et al., 2015).

A partir das vicissitudes do CCU foi instituída em 2020, uma meta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de sua eliminação (CANFELL et al., 2020), por meio da ampliação da vacinação contra o papiloma vírus humano (HPV), do rastreamento cervical, e do tratamento dos casos de HSIL e CCU (ARROSSI et al., 2017). Estimando-se a redução da mortalidade em um terço em 10 anos e quase a eliminação total no câncer cervical no próximo século, evitando 62 milhões de mortes no mundo (ARBYN et al., 2020; CANFELL et al., 2020).

No Brasil, no contexto de RAS, o Ministério da Saúde (MS) instituiu quatro compromissos prioritários (Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011), entre eles o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama. Com o intuito de garantir esse compromisso foi lançado, em 2011, o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, que tem entre seus objetivos reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres (BRASIL, 2011b).

Além disso, nas regiões de saúde, o Ministério da Saúde, elegeu o câncer como uma das doenças prioritárias no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Entre as metas nacionais para o câncer do útero, por exemplo, estão: a) Ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos; b) Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer; c) Aperfeiçoamento do rastreamento dos cânceres do colo do útero; d)

Universalização desses exames a todas as mulheres, independentemente de renda, raça-cor, reduzindo desigualdades, e garantia de 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011c).

Avanços e desafios são apontados para o alcance de tais metas. A realização de exame citológico do colo uterino para rastreamento, manteve-se praticamente estável entre os anos de 2007 a 2015 (MOREIRA; CARVALHO, 2020). A redefinição da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade e Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, para reduzir a morbimortalidade do câncer de mama e de colo do útero, são apontados como progressos para o enfrentamento do CCU (MALTA et al., 2016).

Não obstante, diversos fatores repercutem no acesso e qualidade dos serviços prestados. favoráveis à qualidade da atenção prestada. A vinculação dos profissionais, especialmente em regiões com características bastante rurais, é uma questão marcante, visto a dificuldade de atração e fixação de profissionais no Nordeste brasileiro (GONÇALVES et al., 2019). As mulheres carregam consigo alguns tabus e representações socioculturais (BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008) relacionados ao exame citológico que se concretizam em barreiras de acesso (FERNANDES et al., 2019; GALVÃO et al., 2019). Assim, os enfermeiros se apresentam como atores essenciais pra a formação do vínculo e confiança das usuárias na linha de cuidado (LAURANT et al., 2018; PERKS et al., 2018; TOSO et al., 2016).

Nessa direção, os serviços de saúde, para prestação de cuidados de qualidade, devem dispor de equipes multiprofissionais (WHO, 2014) que proporcionem vinculação e estabilidade ao profissional (MURAMOTO; MATUMOTO, 2019) e possa, portanto, ser um espaço com estrutura e processo de trabalho adequados (BARCELOS et al., 2017; BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008) que permitam integração com instituições de ensino (BALDOINO; VERAS, 2016) e coordenação do cuidado das usuárias (VÁZQUEZ et al., 2017). Tais elementos são favoráveis para conformação de uma APS robusta e resolutiva, integrada e sustentada por sistema de apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2013; BRITO-SILVA et al., 2014; INCA, 2016; WHO, 2014) em tempo oportuno dentro de uma rede regionalizada.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, derivado de uma pesquisa maior intitulada “Estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia”, coordenada pelo orientador desta dissertação.

Optou-se por utilizar a linha de cuidado para controle do câncer do colo do útero como condição traçadora para avaliação da qualidade da assistência à saúde no âmbito da ESF. A condição traçadora permite medir a estrutura, o processo e o resultado, no esquema de avaliação, tendo como objetivo focalizar condições específicas que refletem as atividades dos profissionais de saúde (KESSNER; KALK; SINGER, 1973).

4.2 Campo da investigação

Os dados foram coletados de janeiro a março de 2019, na região de saúde de Vitória da Conquista-BA (Figura 1), que faz parte da macrorregião de saúde do Sudoeste baiano.

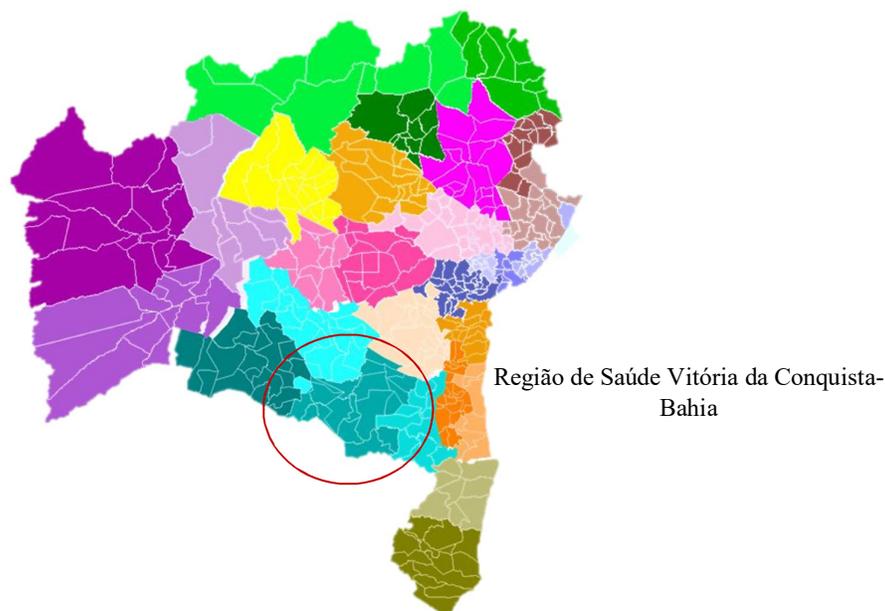


Figura 1 - Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia
Fonte: saude.ba.gov.br

A região de saúde eleita é composta por 19 municípios que podem ser agrupados em quatro estratos por contingente populacional. Segundo a estimativa para 2018, a região possui 641.560 habitantes, sendo 208.507 habitantes (32,5%) correspondentes à população que reside em zona rural. Dentre o conjunto de municípios da região, 12 possuem mais de 50% da sua população residindo em área rural. A região dispõe de 177 equipes de saúde da família, destas 85 de zona urbana e 92 de zona rural (Tabela 1).

A sede da região é Vitória da Conquista (distante 519Km de Salvador), sendo o município mais populoso (52,8% da população da região) e também, sede do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste. Trata-se de uma região composta por municípios com baixa taxa de urbanização (com exceção de Vitória da Conquista e Poções), com sensível diminuição ou estagnação no crescimento populacional na última década (exceção de Vitória da Conquista e Planalto), significando um importante desafio às políticas de saúde, sobretudo para atração e fixação de profissionais, disposição dos estabelecimentos de saúde e oferta de serviços, mediante dispersão da população nos territórios (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos municípios que compõem a região de saúde de Vitória da Conquista-BA, 2019.

Porte populacional	Municípios	Distância da Capital	Distância da Sede	População de Zona Rural (2010) ¹	População de Zona Urbana (2010) ¹	População Estimada 2018 ¹	IDHM (2010) ¹	Pop. Beneficiada pelo PBF (2019) ²	Nº de EqSF ³	Cobertura de ESF ⁴
Estrato 1 – até 10.000 habitantes	Maetinga	616 km	130km	4.221	2.817	3.577	0,538	39,16%	05 ZR:04/ZU:01	100%
	Ribeirão do Largo	622 km	109km	3.955	4.647	6.304	0,540	45,14%	04 ZR:03/ZU:01	100%
	Cordeiros	680 km	162km	5.617	2.551	8.585	0,579	28,78%	04 ZR:02/ZU:02	100%
	Mirante	501 km	139km	8.698	1.809	8.844	0,527	31,55%	05 ZR:04/ZU:01	100%
	Caraíbas	598 km	82,7km	7.709	2.513	9.107	0,555	35,93%	04 ZR:03/ZU:01	100%
	Bom Jesus da Serra	464 km	95,1km	7.345	2.768	9.942	0,546	39,44%	04 ZR:02/ZU:02	100%
Estrato 2 – 10.001 a 25.000 habitantes	Piripá	642 km	124km	6.588	6.195	10.952	0,575	28,45%	06 ZR:04/ZU:02	100%
	Presidente Jânio Quadros	638 km	122km	9.454	4.198	12.505	0,542	37,34%	07 ZR:04/ZU:03	100%
	Caetanos	507km	72,5km	10.348	3.291	15.524	0,542	43,09%	06 ZR:05/ZU:01	100%
	Tremedal	600 km	82,5km	13.090	3.939	16.608	0,528	33,90%	07 ZR:04/ZU:03	100%
	Belo Campo	616 km	63,7km	6.992	9.029	17.317	0,575	38,69%	06 ZR:03/ZU:03	100%
	Condeúba	667 km	149km	9.436	7.462	17.319	0,582	32,76%	08 ZR:05/ZU:03	100%
	Encruzilhada	548 km	97,9km	18.636	5.130	17.593	0,544	33,20%	08 ZR:06/ZU:02	100%

(continua...)

Tabela 1 - Caracterização dos municípios que compõem a região de saúde de Vitória da Conquista-BA, 2019 (continuação).

Porte populacional	Municípios	Distância da Capital	Distância da Sede	População de Zona Rural (2010) ¹	População de Zona Urbana (2010) ¹	População Estimada 2018 ¹	IDHM (2010) ¹	Pop. Beneficiada pelo PBF (2019) ²	Nº de EqSF ³	Cobertura de ESF ⁴
Estrato 3 – 25.001 a 50.000 habitantes	Anagé	560 km	52,3km	20.592	4.924	18.194	0,540	36,28%	11 ZR:08/ZU:03	100%
	Cândido Sales	603Km	85,5km	8.632	19.286	25.332	0,601	33,84%	10 ZR:03/ZU:07	100%
	Planalto	472 km	47,5km	9.612	14.869	26.092	0,560	33,86%	09 ZR:06/ZU:03	100%
	Barra do Choça	524 km	30,7km	12.381	22.407	32.018	0,551	39,40%	12 ZR:06/ZU:06	100%
	Poções	451 km	69,1km	10.042	34.659	46.862	0,604	37,65%	15 ZR:04/ZU:11	100%
Estrato 4 - > 50.001 habitantes	Vitória da Conquista	519 km	Sede	32.127	274.739	338.885	0,678	16,94%	46 ZR:18/ZU:28	44,52%
	Região de Saúde	—	—	205.475	422.309	641.560	—	—	177 ZR:94/ZU:83	71,13%

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal/ Pop: população/ PBF: Programa Bolsa Família/ EqSF: Equipes de Saúde da Família/ ZU: Zona Urbana/ ZR: Zona Rural/ ESF: Estratégia de Saúde da Família.

Fontes: ¹IBGE, Censo Demográfico 2010, Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>; ²Cadastro Único, Disponível em: aplicacoes.mds.gov.br; ³Dados coletados com Coordenação de Atenção Básica dos municípios, 2018; ⁴e-Gestor Atenção Básica, Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relHistoricoCobertura.xhtml>.

4.3 População e amostra

A população do presente estudo foi composta por médicos e enfermeiros por serem os responsáveis pela coleta do exame citopatológico nas unidades de saúde da família, bem como pelo acompanhamento longitudinal em casos de lesões de alto grau ou câncer de colo do útero. Sob essa perspectiva, médicos e enfermeiros são os responsáveis por operar a gestão da linha de cuidado na micropolítica do trabalho em saúde das EqSF, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção do câncer através da realização do preventivo e rastreamento oportuno.

Adotou-se como critério de inclusão ser enfermeiro ou médico vinculado às equipes de saúde da família, dos municípios que fazem parte da região de saúde de Vitória da Conquista. Como critério de exclusão, considerou-se não estar atuando nas equipes no período da coleta de dados³.

As informações acerca do número de profissionais vinculados em cada município, localização das unidades de saúde da família, número de médicos do Programa Mais Médicos e carga horária semanal foram obtidas junto aos Departamentos de Atenção Básica, das Secretarias Municipais de Saúde (DAB/SMS/MS, 2018).

O universo amostral correspondeu a 354 médicos e enfermeiros das EqSF da região. Para composição da amostra, adotou-se prevalência de 50% para eventos desconhecidos, nível de confiança de 95% e obteve-se uma amostra mínima de 240 profissionais, considerando 30% para perdas (Tabela 2). A relação entre equipes de saúde da família existentes na região e participantes do estudo estão dispostas na tabela 3.

³É importante destacar que, em novembro de 2018, houve o rompimento do acordo do governo brasileiro com Cuba no Programa Mais Médicos (PMM), resultando na saída de todos os médicos cubanos, vinculados ao seu governo, até 10 de dezembro de 2018. Muitos médicos recém-formados ocuparam essas vagas e, como a coleta se deu no período de janeiro a março de 2019, em alguns municípios, os mesmos compuseram parte importante da amostra de profissionais.

Tabela 2 - Cálculo amostral de profissionais (médicos e enfermeiros) das equipes de saúde da família dos municípios, região de saúde de Vitória da Conquista-BA, 2019.

Município	Total de médicos e enfermeiros	Percentual que cada município representa segundo nº de EqSF	Amostra +30% de perda	Número de enfermeiros entrevistados	Número de médicos entrevistados	Total de entrevistas realizadas
Anagé	22	0,06	15	7	8	15
Barra do Choça	24	0,07	16	8	8	16
Caetanos	12	0,03	8	4	4	8
Caraíbas	8	0,02	5	4	3	7
Condeúba	16	0,05	11	6	2	8
Cordeiros	8	0,02	5	3	2	5
Ribeirão do Largo	8	0,02	5	3	2	5
Bom Jesus da Serra	8	0,02	5	2	4	6
Mirante	10	0,03	8	4	4	8
Tremedal	14	0,04	9	5	5	10
Maetinga	10	0,03	7	3	5	8
Presidente Jânio Quadros	14	0,04	9	6	2	8
Piripá	12	0,03	8	3	6	9
Belo Campo	12	0,03	8	5	4	9
Cândido Sales	20	0,06	14	9	2	11
Encruzilhada	16	0,05	11	6	5	11
Poções	30	0,08	21	11	11	22
Vitória da Conquista	92	0,26	63	34	29	63
Planalto	18	0,05	12	7	5	12
Total	354	1	240	130	111	241

EqSF: Equipes de Saúde da Família.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3 - Relação entre equipes de saúde da família existentes e participantes do estudo, região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, 2019.

Localidade	Número de EqSF (2018) ¹	Número de EqSF do estudo	Número de EqSF ZR (2018) ¹	Número de EqSF ZR do estudo	Número de EqSF ZU (2018) ¹	Número de EqSF ZU do estudo
Maetinga	05	04	04	03	01	01
Ribeirão do Largo	04	03	03	02	01	01
Cordeiros	04	03	02	01	02	02
Mirante	05	05	04	04	01	01
Caraíbas	04	04	03	03	01	01
Bom Jesus da Serra	04	04	02	02	02	02
Piripá	06	06	04	04	02	02
Presidente Jânio Quadros	07	05	04	02	03	03
Caetanos	06	05	05	05	01	00
Tremedal	07	06	04	03	03	03
Belo Campo	06	05	03	02	03	03
Condeúba	08	06	05	03	03	03
Encruzilhada	08	06	06	05	02	01
Anagé	11	08	08	07	03	01
Cândido Sales	10	07	03	03	07	04
Planalto	09	08	06	06	03	02
Barra do Choça	12	11	06	06	06	05
Poções	15	12	04	04	11	08
Vitória da Conquista	46	40	18	15	28	25
Região de Saúde	177	148	94	80	83	68

EqSF: Equipe saúde da família; ZR: Zona rural; ZU: Zona urbana.

Fonte: ¹ Dados coletados com Coordenação de Atenção Básica dos municípios, 2018.

O cálculo amostral foi realizado levando em consideração o número de equipes de saúde cadastradas em cada município. Tal estratégia deu-se para alcance da diversidade dos municípios da região, bem como para captar as particularidades relativas à localização das diversas unidades (Figura 2).

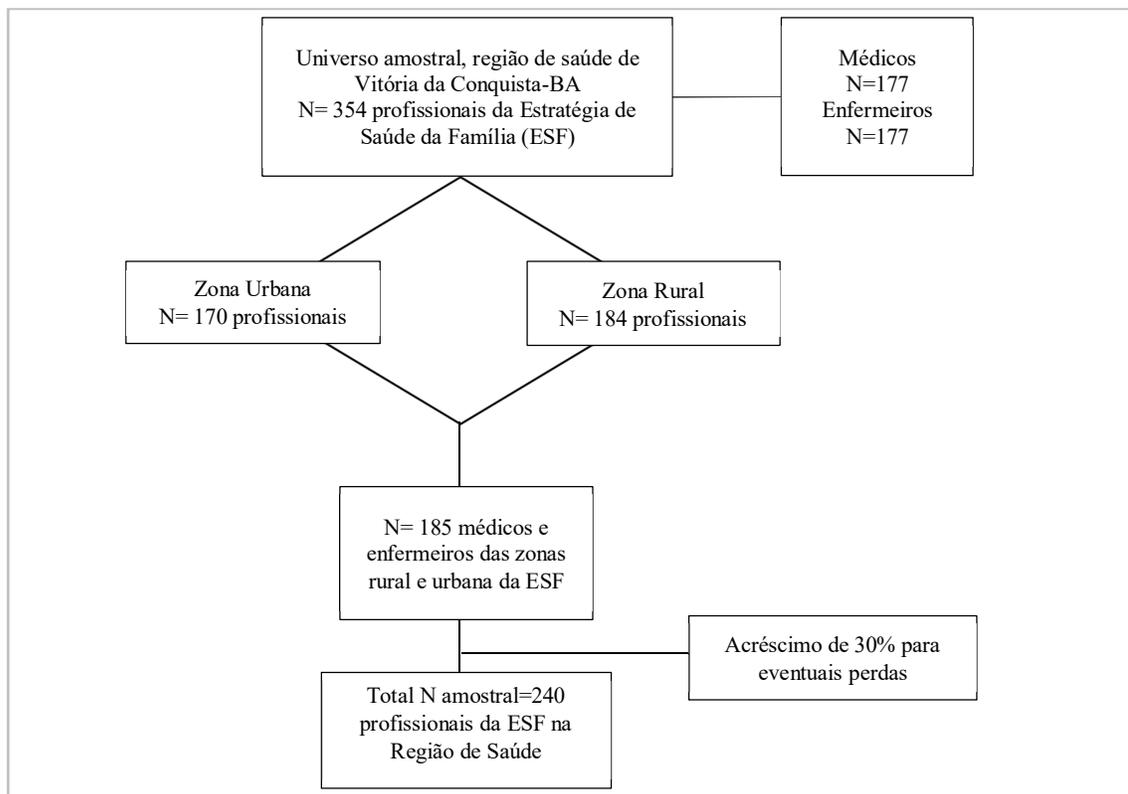


Figura 2 - Amostragem de profissionais entrevistados das unidades de saúde da família da região de saúde de Vitória da Conquista-BA, 2019.

Fonte: Elaboração própria.

4.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada aplicando-se um questionário (APÊNDICE A), através de entrevistas face a face por 10 entrevistadores devidamente treinados, pertencentes ao Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde (OBRAS) do IMS/CAT-UFBA. Para operacionalização da entrevista, o instrumento foi digitalizado no *software KoBoTollbox 1.4.8*®, e utilizou-se *tablets*, marca Samsung®, modelo Galaxy Tab A para registro dos dados. O questionário, elaborado pela equipe da pesquisa, foi organizado em cinco módulos:

- A) Perfil do profissional** – coletou-se dados sociodemográficos para caracterização dos profissionais, como idade, gênero, raça/cor, estado civil, cidade, estado e país de nascimento;
- B) Inserção e capacitação na Atenção Primária à Saúde (APS)** – coletou-se dados correspondentes à formação profissional e experiência para atuação na APS;
- C) Organização e estrutura da unidade de saúde** – coletou-se dados correspondentes às informações da unidade de saúde como infraestrutura disponível e sua organização;

- D) Acesso e realização do exame citopatológico na unidade de saúde** – coletou-se dados correspondentes à linha de cuidado do câncer de colo do útero, realização do exame citopatológico do colo do útero na unidade, realização de mutirões, caminho percorrido na rede e acesso pelas usuárias, monitoramento de mulheres com lesão, utilização de protocolos, disponibilidade de transporte sanitário, avaliação quanto ao acondicionamento das lâminas e coleta do exame citopatológico;
- E) Coordenação do cuidado e integração assistencial na linha de cuidado do Câncer de Colo do Útero (CCU)** – coletou-se dados correspondentes sobre a coordenação do cuidado e integração da APS à rede especializada na linha de cuidado do CCU.

A elaboração deste questionário foi realizada como base em instrumentos utilizados em estudos sobre coordenação do cuidado pela atenção primária em Regiões de Saúde na Bahia (SOUZA et al., 2015) dados de indicadores dos dois ciclos do PMAQ-AB (BRASIL, 2017b), além do Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres de Colo do Útero e da Mama (BRASIL, 2013) e nas diretrizes do INCA/Ministério da Saúde de rastreamento, diagnóstico e tratamento para o CCU (INCA, 2016).

4.6 Estudo piloto

Para testar a adequação do instrumento de pesquisa, logística e organização do campo, foi realizado um estudo piloto no período de 24 a 27 de setembro de 2018. Escolheu-se um município de pequeno porte, com população estimada, para 2018, em 50.861 mil habitantes (IBGE, 2010), pertencente a uma região de saúde próxima (Região de Guanambi), com características semelhantes ao estudo. Foram aplicados questionários com profissionais de unidades básicas de saúde, que correspondiam a 30% do número de médicos e enfermeiros (DAB/SMS/MS, 2018) da atenção primária do município. Ressalta-se que os dados coletados no estudo piloto não foram utilizados para as análises do presente trabalho.

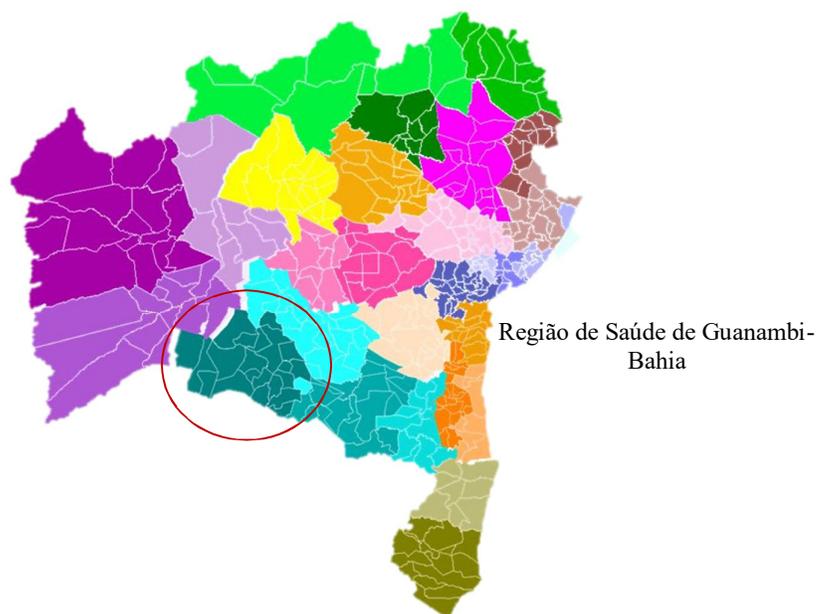


Figura 3 - Região de Saúde do Estado da Bahia eleita para teste piloto.
Fonte: saude.ba.gov.br

4.7 Análises dos dados

Os dados foram apresentados e analisados em dois artigos distintos, conforme descrições a seguir:

4.7.1 Artigo 1

O artigo intitulado “Monitoramento das ações de controle do câncer cervicouterino e fatores associados” abordou questões relativas aos fatores associados as ações de monitoramento das equipes de saúde da família para controle do CCU, que podem refletir na qualidade dos serviços.

4.7.1.1 Variáveis dependentes

Para o primeiro artigo a variável dependente foi o “monitoramento adequado das ações para controle do CCU” na APS. Para a obtenção desta variável, inicialmente foi criada a variável “mobilização”, a partir da junção das respostas positivas às seguintes questões: “Há realização de visita dos agentes comunitários de saúde para mobilizar as mulheres para realização do preventivo?”; “Há visita do enfermeiro ou demais profissionais para mobilizar as

mulheres para a mesma finalidade?"; e "Há realização de ações de educação em saúde acerca da temática?".

Foram feitas, ainda, as seguintes perguntas: "A equipe realiza mutirões para ampliar o acesso ao exame citopatológico nesta unidade de saúde?"; "A equipe possui registro das mulheres que realizaram o exame citopatológico nesta unidade?"; "A equipe realiza o monitoramento deste registro para identificar as mulheres com exame citopatológico atrasado?"; "A equipe faz busca ativa das mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?"; "A equipe realiza o monitoramento deste registro para identificar as mulheres com exame citopatológico alterado?"; "A equipe realiza busca ativa das mulheres com resultado de exame citopatológico alterado?".

Para as perguntas, as opções de resposta eram "não" ou "sim", exceto para "busca ativa de mulheres com coleta atrasada" que havia a opção "não possuímos mulheres com coleta atrasada". Essa opção foi agregada às respostas "sim" por ser considerada como realização de busca ativa adequada.

Finalmente, para criação do desfecho "monitoramento adequado", uniu-se todas as variáveis citadas. O evento foi dicotomizado em "adequado/inadequado" sendo classificado como adequado quando as respostas foram positivas para todas as sete variáveis utilizadas, consideradas atribuições mínimas da APS segundo as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), INCA (INCA, 2016) e Organização Pan-Americana de Saúde (WHO, 2014).

4.7.1.2 Variáveis independentes

No artigo 1, as variáveis independentes foram selecionadas, segundo as dimensões I – "Caracterização e capacitação profissional", II – "Organização da unidade e acesso ao citopatológico" e III – "Coordenação do cuidado e integração assistencial" estão apresentadas na Figura 4.

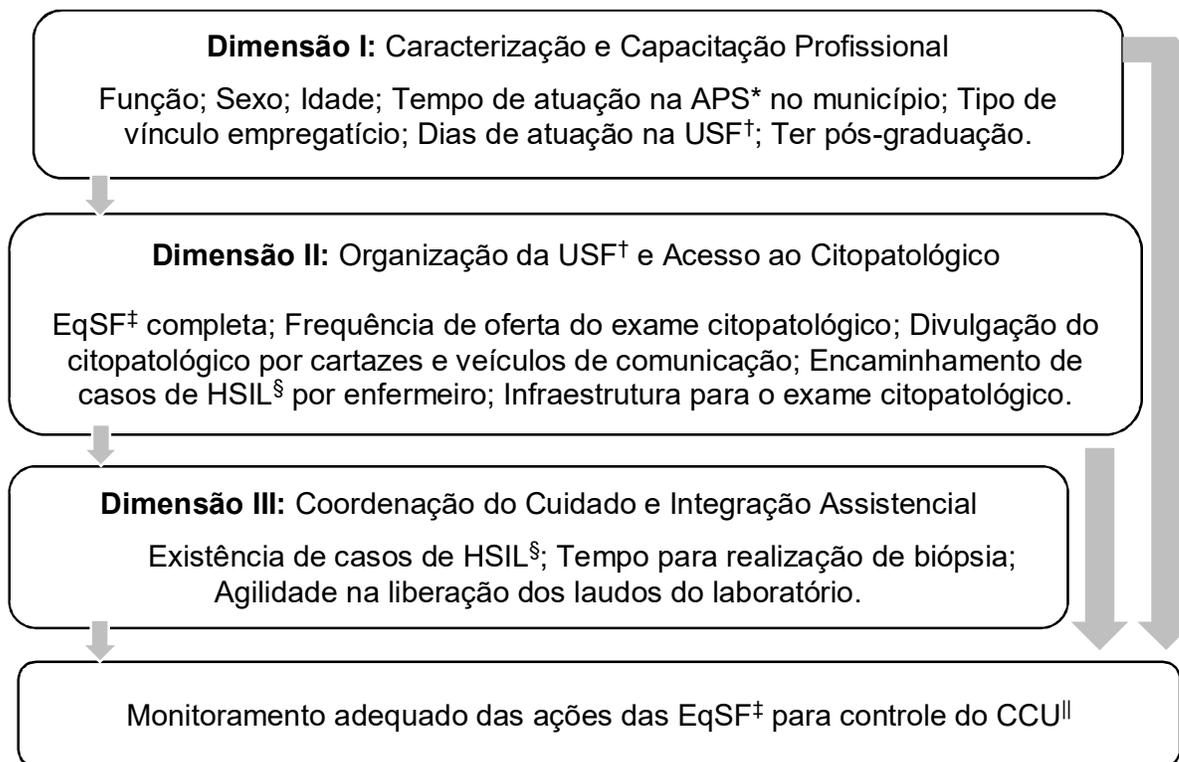


Figura 4 - Modelo conceitual hierarquizado de análise do monitoramento adequado das ações das Equipes de Saúde da Família para controle do câncer cervicouterino.

*APS: Atenção Primária à Saúde; †USF: Unidade de Saúde da Família; ‡EqSF: Equipe de Saúde da Família; §HSIL: Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau; ||CCU: Câncer Cervicouterino.

Fonte: Elaboração própria.

4.7.2 Artigo 2

O artigo intitulado “Qualidade das ações para controle do câncer cervicouterino no interior da Bahia, Brasil” abordou questões relativas aos fatores associados a qualidade das ações e serviços na linha de cuidado eleita.

4.7.2.1 Variáveis dependentes

Para o segundo artigo, a fim de avaliar as ações desenvolvidas na linha de cuidado para controle do CCU, foram eleitas três variáveis dependentes: “Realização de ações educativas, de promoção, de prevenção e monitoramento” (desfecho 1); “Acesso aos exames diagnósticos” (desfecho 2); “Não ocorrência de HSIL” (desfecho 3). Estas representam indicadores de qualidade das ações necessárias ao sistema de serviços de saúde para que se tenha um programa integral de prevenção e controle do CCU.

A variável dependente “Realização de ações educativas, de promoção, de prevenção e monitoramento” foi originada a partir da união de um conjunto de variáveis. Utilizou-se as perguntas “A coleta do exame citopatológico do colo do útero (preventivo) é realizada nesta unidade de saúde?” e “As mulheres com lesões precursoras têm acesso a colposcopia (quando necessário) na unidade de referência?” foram unidas a variável “monitoramento adequado”, para obtenção do desfecho “Ações educativas, de promoção, de prevenção e monitoramento”. Considerou-se o “sim” para todas as variáveis mencionadas, jugando-se como qualidade adequada para essas ações, visto que são elementos de um programa de cuidados primários integral (BRASIL, 2013; INCA, 2016; WHO, 2014).

O desfecho “Acesso aos exames diagnósticos” originou-se da junção das perguntas “As mulheres com lesões precursoras têm acesso a biópsia (quando necessário) na unidade de referência?” e “As mulheres com lesões precursoras têm acesso ao histopatológico (quando necessário) na unidade de referência?”, cujas opções de respostas eram “Sempre”, “Às vezes” ou “Nunca”. Utilizou-se apenas as respostas “Sempre” para as todas as duas questões por considerar qualidade como ter acesso aos exames diagnósticos por ser fundamental para o não desenvolvimento do CCU (BRASIL, 2013; BRITO-SILVA et al., 2014; INCA, 2016; WHO, 2014).

Um programa de prevenção de qualidade pode evitar a ocorrência de lesões de alto grau com ações de vacinação, promoção e prevenção adequadas (BRASIL, 2013; GOSS et al., 2013; INCA, 2016; WHO, 2014), portanto o terceiro desfecho estudado foi “Não ocorrência de HSIL” obtido a partir da pergunta “Nesta unidade houve algum caso de mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG/HSIL ou NIC II/NIC III)?” cujas opções de resposta eram “sim” e “não”. Nesse caso, considerou-se as respostas negativas.

4.7.2.2 Variáveis independentes

No artigo 2, as variáveis independentes foram selecionadas, segundo as dimensões I – “Caracterização e capacitação profissional”, II – “Organização da unidade e acesso ao citopatológico” e III – “Coordenação do cuidado e integração assistencial” estão apresentadas na Figura 5.

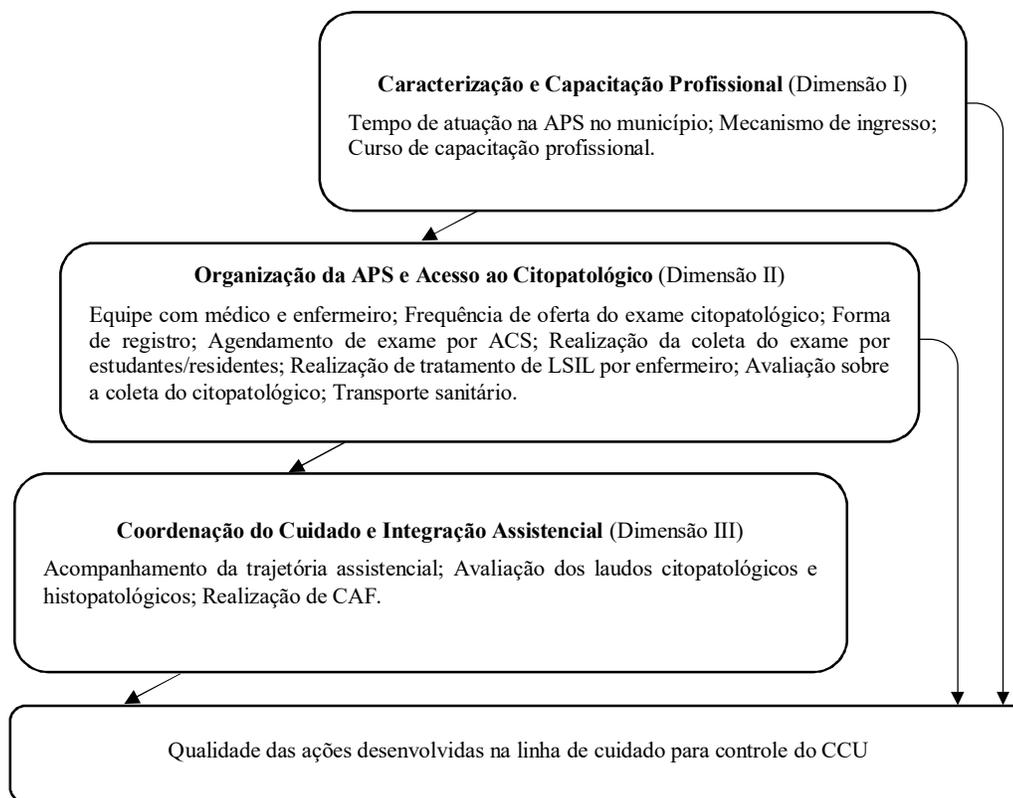


Figura 5 - Modelo conceitual hierarquizado de análise qualidade das ações desenvolvidas na linha de cuidado para controle do câncer do colo do útero.

Abreviação: APS, Atenção Primária à Saúde; ACS, Agentes Comunitários de Saúde; LSIL, Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau; CAF, Cirurgia de Alta Frequência; CCU, Câncer do Colo do Útero.

Fonte: Elaboração própria.

4.7.3 Análises estatísticas

Inicialmente, realizou-se análises descritivas por meio das medidas de frequência absolutas (n) e relativas (%). As diferenças entre as proporções foram avaliadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson. A análise dos fatores associados ao desfecho foi realizada por meio de regressão de Poisson com variância robusta, estimando-se as razões de prevalência (RP) bruta e ajustada, o p-valor e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%).

As variáveis com valor de $p < 20\%$ na análise bivariada foram incluídas na análise multivariada. Para a definição do modelo final nas análises dos artigos, foi considerado o nível de significância de 5%. As possíveis associações entre variáveis independentes e os desfechos foram mensuradas por diferentes modelos ajustados, através de entrada hierárquica dos dados (Figura 4 e Figura 5). Inicialmente, avaliou-se a associação entre os desfechos e as variáveis da dimensão I, no segundo modelo de cada análise foram inseridas as variáveis da dimensão II e no terceiro modelo acrescentou-se as variáveis da dimensão III.

Utilizou-se o critério Akaike para ajuste dos modelos. Para as análises estatísticas, foi utilizado o *software* Stata, versão 15.0 (*Stata Corporation, College Station, USA*), levando em consideração as características gerais da população estudada.

4.8 Aspectos Éticos

Para a coleta dos dados foram seguidas as recomendações da Resolução CNS 466/2012 no que concerne ao respeito, não maleficência, dignidade e autonomia dos sujeitos da pesquisa, bem como da utilização dos dados e informações obtidos na pesquisa exclusivamente para fins acadêmicos e científicos (BRASIL, 2012). Essa pesquisa segue todos os padrões requeridos na resolução.

Cada participante foi esclarecido quanto aos objetivos do estudo e as entrevistas só foram realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, sob parecer de nº 624.168, de 24 de abril de 2014, CAE nº 27247414.0.0000.5556 (ANEXO A) e obteve financiamento pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) sob edital nº 8/2015 – Jovem Cientista Baiano, Termo de Outorga – JCB 0003/2016. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão da dissertação estão organizados em dois artigos científicos:

ARTIGO 1 – Monitoramento das ações de controle do câncer cervicouterino e fatores associados⁴.

ARTIGO 2 – Qualidade das ações para controle do câncer cervicouterino no interior da Bahia, Brasil⁵.

⁴ Artigo submetido/aceito para a Revista Texto e Contexto.

⁵ Artigo submetido para a revista Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.

5.1 ARTIGO 1⁶

MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER CERVICOUTERINO E FATORES ASSOCIADOS

RESUMO

Objetivo: Analisar fatores associados ao monitoramento das ações para controle do câncer cervicouterino na Estratégia Saúde da Família, em região de saúde do Nordeste brasileiro.

Método: Estudo transversal realizado de janeiro a março de 2019, por meio de entrevistas com 241 médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. O monitoramento adequado foi mensurado pelo grau de realização de ações de promoção, prevenção e busca ativa para controle do câncer cervicouterino. Três blocos de variáveis foram testados como explicativos: caracterização e capacitação profissional; organização da unidade e acesso ao citopatológico; e coordenação do cuidado e integração assistencial. Empregou-se a regressão de Poisson com variância robusta, adotando a entrada hierárquica de variáveis.

Resultados: 51,9% (IC95%: 45,5-58,2) dos profissionais realizavam monitoramento adequado para controle do câncer cervicouterino. Ser enfermeiro, atuar na atenção primária do município (≥ 2 anos), divulgação da coleta por cartazes e outros veículos de comunicação, existência de lesão de alto grau, tempo de realização da biópsia ≤ 1 mês e agilidade na liberação dos laudos foram elementos associados ao desfecho.

Conclusão: Mesmo com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família, municípios de pequeno porte do Nordeste acumulam características que conferem obstáculos à integralidade, favorecendo a incidência de lesão de alto grau e maior dificuldade de controle do câncer cervicouterino. Avaliar a qualidade da assistência nesse nível revelou desafios em rede regionalizada.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Neoplasias do Colo de Útero; Programas de Rastreamento; Teste de Papanicolaou; Qualidade da Assistência à Saúde.

⁶ Artigo submetido/aceito e formatado segundo as normas da Revista Texto e Contexto.

INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde da mulher, na perspectiva de controle do câncer cervicouterino (CCU), requer integração assistencial de ações e serviços de saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS) para garantia de acesso e resolubilidade em local adequado e tempo oportuno.¹⁻² Nessa lógica, a RAS seria um arranjo produtivo, que combina a concentração territorial de determinados serviços (especializados e hospitalares) e a dispersão de outros – Atenção Primária à Saúde (APS) –, devendo estar estruturada a partir das integrações horizontal e vertical dos níveis de atenção em territórios sanitários intermunicipais.³⁻⁴

Entre as estratégias eficazes para detecção precoce do CCU estão os programas organizados de rastreamento, que dependem de ampla cobertura e organização da APS, tanto para a captação das mulheres quanto para a realização do exame citopatológico do colo do útero, método amplamente utilizado para detecção das lesões precursoras.¹⁻² As mulheres diagnosticadas com lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) devem ser encaminhadas às unidades secundárias para confirmação diagnóstica e tratamento.⁵

O controle do CCU depende de uma APS qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção, em uma determinada região de saúde.⁶ No caso do CCU, além da captação e realização do exame citopatológico, cabe às equipes de APS o encaminhamento das mulheres que necessitam de confirmação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras para as unidades de atenção especializada, e o acompanhamento longitudinal, mesmo quando a usuária encontra-se em outros níveis de atenção.⁷ Assim, o CCU é uma condição traçadora adequada para avaliar a qualidade do cuidado prestado na RAS, pois mobiliza os serviços de saúde em diferentes pontos de atenção, além de ser uma doença de curso longo, com tratamento conhecido e eficaz.⁸

Contudo, altas coberturas de APS e oferta regular de rastreamento do CCU não são suficientes para a adesão das mulheres aos programas de prevenção,⁹ em decorrência das representações culturais,¹⁰ da baixa condição socioeconômica,¹¹⁻¹² da qualidade do rastreamento,¹³ além do tempo entre diagnóstico e início de tratamento.¹⁴

Nessa lógica, considera-se que a avaliação de uma região de saúde pode servir de subsídio para direcionar as políticas locais e as pactuações intergestores, bem como os cuidados prestados na interface dos municípios.¹⁵ Ademais, o CCU ainda é um agravo bastante prevalente na Região Nordeste² e precisa de investimentos para superar as iniquidades.^{11,16} O controle deste agravo depende de uma rede articulada, equânime, pautada no trabalho intersetorial e no acesso integral.^{5,14} Considera-se, ainda, que o uso do CCU como condição traçadora é uma ferramenta eficiente para captar as nuances dos

serviços de APS inseridos na RAS, para além dos indicadores de cobertura, possibilitando avaliar aspectos relacionados à qualidade da assistência.^{8,13}

Nessa perspectiva, o presente artigo analisa o monitoramento adequado, no âmbito da APS, das ações de controle do CCU e fatores associados.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal realizado de janeiro a março de 2019. Utilizou-se uma condição traçadora para avaliação da qualidade da assistência à saúde em ações de monitoramento ao CCU⁸ realizado por Equipes de Saúde da Família (EqSF), na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

Essa região de saúde é composta por 19 municípios, com cerca de 33% da população residindo na zona rural.¹⁷ No momento da coleta, existiam 177 EqSF, sendo 83 de zona urbana e 94 de zona rural (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de saúde, região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2019.

Porte	Localidade	Distância da Sede	Pop.¶ Estimada (2018)*	Pop.¶ ZR¶/ZU** (2010)*	††IDHM (2010)*	Pop.¶ Beneficiada pelo PBF†† (2019)†	Cobertura da ESF‡ (2018)‡	Número de EqSF*** (2018)§
Estrato 1 – até 10.000 habitantes	Maetinga	130 km	3.577	4.221 2.817	0,538	39,2%	100%	ZR:04/ZU:0 1
	Ribeirão do Largo	109 km	6.304	3.955 4.647	0,540	45,1%	100%	ZR:03/ZU:0 1
	Cordeiros	162 km	8.585	5.617 2.551	0,579	28,8%	100%	ZR:02/ZU:0 2
	Mirante	139 km	8.844	8.698 1.809	0,527	31,6%	100%	ZR:04/ZU:0 1
	Caraíbas	82,7 km	9.107	7.709 2.513	0,555	35,9%	100%	ZR:03/ZU:0 1
	Bom Jesus da Serra	95,1 km	9.942	7.345 2.768	0,546	39,4%	100%	ZR:02/ZU:0 2
Estrato 2 – 10.001 a 25.000 habitantes	Piripá	124 km	10.952	6.588 6.195	0,575	28,5%	100%	ZR:04/ZU:0 2
	Presidente Jânio Quadros	122 km	12.505	9.454 4.198	0,542	37,3%	100%	ZR:04/ZU:0 3
	Caetanos	72,5 km	15.524	10.348 3.291	0,542	43,1%	100%	ZR:05/ZU:0 1
	Tremedal	82,5 km	16.608	13.090 3.939	0,528	33,9%	100%	ZR:04/ZU:0 3
	Belo Campo	63,7 km	17.317	6.992 9.029	0,575	38,7%	100%	ZR:03/ZU:0 3
	Condeúba	149 km	17.319	9.436 7.462	0,582	32,8%	100%	ZR:05/ZU:0 3
	Encruzilhada	97,9 km	17.593	18.636 5.130	0,544	33,2%	100%	ZR:06/ZU:0 2
	Anagé	52,3 km	18.194	20.592	0,540	36,3%	100%	ZR:08/ZU:0 3

Continua...

				4.924				
Extrato 3 – 25.001 a 50.000 habitantes	Cândido Sales	85,5 km	25.332	8.632 19.286	0,601	33,8%	100%	ZR:03/ZU:07
	Planalto	47,5 km	26.092	9.612 14.869	0,560	33,9%	100%	ZR:06/ZU:03
	Barra do Choça	30,7 km	32.018	12.381 22.407	0,551	39,4%	100%	ZR:06/ZU:06
	Poções	69,1 km	46.862	10.042 34.659	0,604	37,7%	100%	ZR:04/ZU:11
Extrato 4 – >50.001 habitantes	Vitória da Conquista	Sede	338.885	32.127 274.739	0,678	16,9%	44,5%	ZR:18/ZU:28
	Região de Saúde	—	641.560	205.475 422.309	—	—	71,1%	ZR:94/ZU:83

||Pop: População; †ZR: Zona Rural; **ZU: Zona Urbana; ††IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano; ††PBF: Programa Bolsa Família; †ESF: Estratégia Saúde da Família; ***EqSF: Equipe de Saúde da Família.
 Fonte: †Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); †Cadastro Único; †e-Gestor Atenção Básica;
 §Dados cedidos por coordenações de atenção básica municipais.

Foram entrevistados médicos e enfermeiros das EqSF, por serem os responsáveis pela coleta do exame citopatológico nas Unidades de Saúde da Família (USF), além de realizarem o acompanhamento das pacientes em casos de lesões precursoras e CCU. Sob esta perspectiva, médicos e enfermeiros operam a gestão da linha de cuidado na micropolítica do trabalho em saúde, por meio de ações de promoção da saúde e monitoramento do controle do CCU.

A amostra correspondeu a 354 médicos e enfermeiros das EqSF da região. Para composição da amostra, adotou-se prevalência de 50% para eventos desconhecidos e nível de confiança de 95%, e obteve-se uma amostra mínima de 240 profissionais, considerando 30% para perdas. Após o cálculo amostral, foi realizada uma estratificação proporcional ao número de profissionais cadastrados nas EqSF de cada município. Foram excluídos os profissionais que não estavam atuando (férias, licenças etc.) no período do estudo.

Foram realizadas 241 entrevistas, mediante a aplicação de questionários por entrevistadores devidamente treinados, com a utilização de *tablets*. O questionário utilizado foi adaptado de um instrumento aplicado em pesquisa na Bahia,¹⁵ no qual se agregou informações de protocolo do Instituto Nacional de Câncer (INCA)² e dos Cadernos de Atenção Básica.¹ Também realizou-se um estudo piloto em município de região de saúde

vizinha, para a adequação do instrumento de pesquisa, da logística e da organização do campo.

A variável dependente foi o “monitoramento adequado das ações para o controle do CCU” na APS. Para a obtenção dessa variável, consideraram-se as seguintes ações: “Realização de visita dos agentes comunitários de saúde, enfermeiro ou médico para mobilizar mulheres à realização do preventivo”; “Realização de educação em saúde acerca da temática”; “Realização de mutirões para ampliar o acesso ao exame citopatológico na USF”; “Registro de mulheres que realizaram o exame na unidade”; “Monitoramento do registro para identificar as mulheres com exame atrasado ou alterado”; e “Busca ativa das mulheres com coleta atrasada ou resultado do exame alterado”. Essas ações foram questionadas com opções de respostas dicotômicas – “sim/não”.

O evento foi dicotomizado em “adequado/inadequado”, sendo classificados como adequados aqueles que responderam positivamente a todas as perguntas relacionadas às ações supracitadas. Considera-se que estas ações são atribuições mínimas da APS.^{1,2,5}

As variáveis independentes foram selecionadas em dimensões: I – “Caracterização e capacitação profissional”; II – “Organização da unidade e acesso ao citopatológico”; e III – “Coordenação do cuidado e integração assistencial”, conforme Figura 1.

Para o julgamento dos dados, realizaram-se análises descritivas por meio das medidas de frequência absolutas e relativas. Para a análise bivariada, as diferenças entre as proporções foram avaliadas pelo teste qui-quadrado de Pearson. A análise dos fatores associados ao desfecho foi realizada por meio da regressão de Poisson com variância robusta, estimando-se a razão de prevalência, o p-valor e o intervalo de confiança de 95% (IC95%). Variáveis com níveis de significância $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo multivariado.

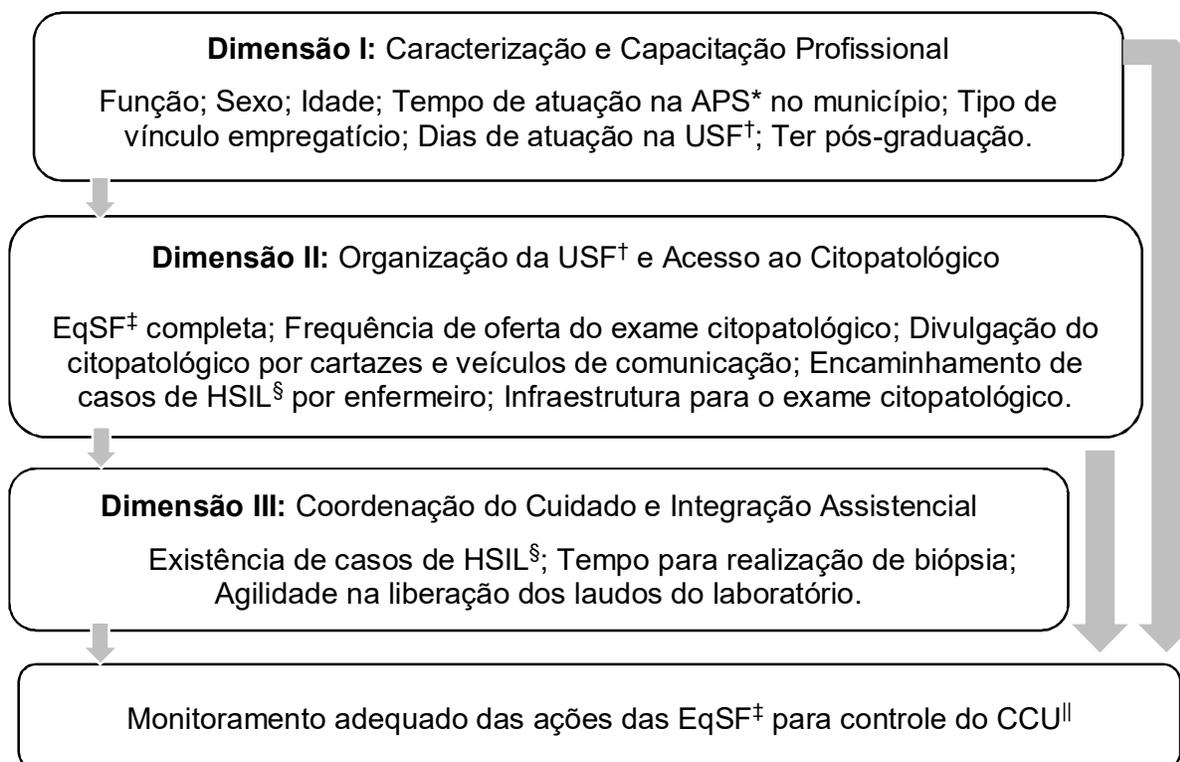


Figura 1 – Modelo conceitual hierarquizado de análise do monitoramento adequado das ações das Equipes de Saúde da Família para controle do câncer cervicouterino.

*APS: Atenção Primária à Saúde; [†]USF: Unidade de Saúde da Família; [‡]EqSF: Equipe de Saúde da Família; [§]HSIL: Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau; ^{||}CCU: Câncer Cervicouterino.

As possíveis associações entre variáveis independentes e o “monitoramento adequado” foram mensuradas por diferentes modelos, ajustados através de entrada hierárquica das variáveis (Figura 1). Inicialmente, avaliou-se a associação entre o monitoramento e as variáveis da dimensão I. No segundo modelo, foram inseridas as variáveis da dimensão II, e, no terceiro modelo, acrescentaram-se as variáveis da dimensão III. As variáveis dos blocos mais distais permaneceram como fatores de ajuste para os blocos hierarquicamente inferiores. Para a interpretação dos resultados, a identificação de associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre um determinado fator em estudo e o “monitoramento adequado”, após ajuste para os potenciais fatores do mesmo bloco e dos blocos hierárquicos superiores, indica a existência de um efeito independente, próprio do referido fator. A comparação entre modelos foi feita pelo critério de informação de Akaike (AIC). O pacote estatístico *Stata*, versão 15.0, foi utilizado na análise dos dados.

Foi assegurado o cumprimento das normas para pesquisa com seres humanos, presentes na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os

participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comprovando a anuência em participar do estudo.

RESULTADOS

Participaram do estudo 241 profissionais (109 médicos e 132 enfermeiros). Desse total, 148 (83,6%) trabalhavam em diferentes EqSF da região de saúde – 80 EqSF (85%) da zona rural e 68 EqSF (82%) da zona urbana –, sendo, portanto, bastante representativos dos fenômenos regionais acerca das práticas em APS.

No presente estudo, 51,9% (IC95%: 45,5-58,2) dos profissionais realizavam monitoramento adequado das ações de controle do CCU na região de saúde.

Contextualmente, tratavam-se de equipes localizadas em região de saúde na faixa entre baixo (16 municípios) e médio (3 municípios) índice de desenvolvimento humano (IDH). Do conjunto de municípios, 15 apresentavam, pelo menos, 1/3 da população como beneficiária do Programa Bolsa Família (programa federal de transferência de renda). Na região, 1/3 da população residia em zona rural e 18 municípios possuíam população abaixo de 50 mil habitantes (84% da população viviam em zona rural), conforme Tabela 1.

Entre os 241 profissionais entrevistados, a maioria era do sexo feminino (71,8%), tinha entre 30 e 39 anos de idade (47,7%) e os enfermeiros representavam 54,8%. Em relação à experiência em APS, a maioria dos profissionais (56,4%) atuava no mesmo município havia dois anos ou mais. A respeito da formação, a maior parte possuía pós-graduação (67,2%). O contrato de trabalho (53,1%) foi o tipo de vínculo empregatício predominante (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização das equipes/unidades e análise bivariada do monitoramento adequado das ações para controle do câncer cervicouterino, região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2019. (n=241)

Variável	*N (%)	Prevalência (%)	†RP	‡IC95%	§p-valor
<i>Caracterização e capacitação profissional</i>					
Função					<0,001
Médico	109 (45,2)	29,4	1,00		
Enfermeiro	132 (54,8)	70,5	2,40	1,76-3,28	
Sexo					0,037
Masculino	68 (28,2)	41,2	1,00		
Feminino	173 (71,8)	56,1	1,36	1,01-1,86	
Idade					0,060
20-29 anos	70 (29,1)	40	1,00		
30-39 anos	115 (47,7)	57,4	1,43	1,03-1,99	
≥40 anos	56 (23,2)	55,4	1,38	0,95-2	
Tempo de atuação na APS , no município					<0,001
<2 anos	105 (43,6)	36,2	1,00		
≥2 anos	136 (56,4)	64	1,77	1,33-2,35	
Tipo de vínculo					<0,001
Cargo comissionado ou outro	13 (5,4)	69,2	1,00		
PMM [¶]	46 (19,1)	23,9	0,35	0,18-0,65	
Contrato	128 (53,1)	50,8	0,73	0,49-1,1	
Estatutário	54 (22,4)	74,1	1,07	0,72-1,6	
Dias de atuação na USF ^{**}					0,293
Até 3 dias	12 (5)	66,7	1,00		
4 dias ou mais	229 (95)	51,1	0,77	0,5-1,17	
Pós-graduação					<0,001
Não	79 (32,8)	32,9	1,00		
Sim	162 (67,2)	61,1	1,86	1,32-2,6	
<i>Organização da USF e acesso ao citopatológico</i>					
EqSF ^{††} completa					0,198
Não	13 (5,4)	69,2	1,00		
Sim	228 (94,6)	50,9	0,73	0,5-1,08	
Frequência de oferta do exame citopatológico					0,895
Mensal	22 (9,9)	50	1,00		
Quinzenal	50 (22,4)	56	1,12	0,7-1,82	
Semanal ou mais	151 (67,7)	54,3	1,09	0,7-1,69	
Divulgação do citopatológico por cartazes e veículos de comunicação					0,004
Não	98 (41,3)	40,8	1,00		
Sim	139 (58,7)	59,7	1,46	1,11-1,93	
Encaminhamento de casos HSIL ^{‡‡} por enfermeiro					<0,001
Não	61 (25,6)	31,1	1,00		
Sim	177 (74,4)	59,9	1,92	1,3-2,85	
Infraestrutura para o exame citopatológico					<0,001
Inadequada	14 (5,8)	21,4	1,00		
Parcialmente adequada	106 (44,2)	42,4	1,98	0,71-5,55	
Totalmente adequada	120 (50)	64,2	2,99	1,09-8,25	
<i>Coordenação do cuidado e integração assistencial</i>					
Existência de casos de HSIL ^{‡‡}					0,003

Continua...

Tabela 2 - Continuação...

Não	103 (46,4)	43,7	1,00		
Sim	119 (53,6)	63,9	1,46	1,13-1,89	
Tempo para a realização da biópsia					0,005
≥1 mês	95 (63,8)	52,6	1,00		
<1 mês	54 (36,2)	75,9	1,44	1,13-1,84	
Agilidade na liberação dos laudos do laboratório					0,004
Nunca	45 (19,2)	31,1	1,00		
Às vezes	98 (41,7)	58,2	1,87	1,17-2,98	
Sempre	92 (39,1)	58,7	1,89	1,18-3,01	

*N: Número Absoluto (pode variar em relação aos não respondentes); †RP: Razão de Prevalência; ‡IC: Intervalo de Confiança; §Teste qui-quadrado de Pearson; ¶APS: Atenção Primária à Saúde; ¶PMM: Programa Mais Médicos; **USF: Unidade de Saúde da Família; ††EqSF: Equipe de Saúde da Família; ††HSIL: Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau.

Na análise bivariada (Tabela 2), associaram-se positivamente ao desfecho “monitoramento adequado”, no bloco 1: ser enfermeiro; ser do sexo feminino; atuar na APS do município por dois anos ou mais; ser servidor público estatutário; e possuir pós-graduação. No bloco 2: EqSF completas; divulgação de exame por cartazes e outros veículos de comunicação; encaminhamento de casos HSIL por enfermeiro; e adequação da infraestrutura para o exame citopatológico. No bloco 3: existência de casos de HSIL; tempo ≤ 1 mês para realização de biópsia; e agilidade na liberação dos laudos do laboratório.

Na análise multivariada (Tabela 3), mantiveram-se associados no primeiro modelo: ser enfermeiro; atuar na APS do município por dois anos ou mais. No segundo modelo: divulgação pela equipe da realização do citopatológico por cartazes e outros veículos de comunicação. No terceiro modelo: existência de casos de HSIL; tempo de realização da biópsia ≤ 1 mês; entendimento, pelo profissional, de que o laboratório é ágil “às vezes” ou “sempre” na liberação dos laudos.

Tabela 3 – Análise multivariada do monitoramento adequado das ações para controle do câncer cervicouterino, região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2019. (n=241)

Variáveis	**Modelo 1			††Modelo 2			##Modelo 3		
	*RP	†IC95%	‡p-valor	*RP	†IC95%	‡p-valor	*RP	†IC95%	‡p-valor
<i>Caracterização e capacitação profissional</i>									
Função									
Médico	1,00			1,00			1,00		
Enfermeiro	2,18	1,6-3	<0,001	2,21	1,59-3,07	<0,001	2,15	1,49-3,1	<0,001
Tempo de atuação na APS [§] , no município									
<2 anos	1,00			1,00			1,00		
≥2 anos	1,46	1,1-1,9	0,007	1,42	1,1-1,9	0,013	1,24	0,92-1,68	0,158
<i>Organização da USF e acesso ao citopatológico</i>									
Divulgação do citopatológico por cartazes e veículos de comunicação									
Não				1,00			1,00		
Sim				1,37	1,1-1,7	0,014	1,29	1-1,64	0,046
<i>Coordenação do cuidado e integração assistencial</i>									
Existência de casos de HSIL [¶]									
Não							1,00		
Sim							1,39	1,06-1,82	0,017
Tempo para a realização da biópsia									
≥1 mês							1,00		
<1 mês							1,41	1,15-1,73	0,001
Agilidade na liberação dos laudos do laboratório									
Nunca							1,00		
Às vezes							1,90	1,23-2,94	0,004
Sempre							1,77	1,14-2,75	0,011
Critério Akaike	395.8242			387.8353			253.3005		

*RP: Razão de Prevalência; †IC: Intervalo de Confiança; ‡p-valor ≤0,05; §APS: Atenção Primária à Saúde; ||USF: Unidade de Saúde da Família; ¶HSIL: Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau; **Modelo 1: Regressão de Poisson ajustada entre as variáveis dos blocos caracterização e capacitação profissional; ††Modelo 2: Regressão de Poisson ajustada entre as variáveis dos blocos caracterização e capacitação profissional, e organização da unidade e acesso ao citopatológico; ##Modelo 3: Regressão de Poisson ajustada entre as variáveis dos blocos caracterização e capacitação profissional, organização da unidade e acesso ao citopatológico, e coordenação do cuidado e integração assistencial.

DISCUSSÃO

O monitoramento adequado das ações de controle do CCU apresentou baixa prevalência na região estudada. Porquanto, elementos que compõem o monitoramento adequado são atributos essenciais de um programa efetivo de prevenção e controle do CCU para assegurar alta cobertura de rastreamento e elevada adesão ao tratamento.⁵

De tal modo, na percepção dos profissionais, há duas questões a considerar: a extensão da cobertura e a qualidade da assistência. No primeiro caso, a região de saúde tinha cobertura elevada de EqSF (71%) – 100% em 18 dos municípios estudados – e, praticamente todas as equipes (96%) realizavam rotineiramente exames citopatológicos (dado não mostrado na tabela). No segundo quesito, o julgamento de quase metade dos profissionais desvelou uma percepção de ações inadequadas ao desfecho investigado.

Territórios com predomínio de municípios pequenos, pobres e rurais agregam preditores socioeconômicos para maior carga de doenças, bem como pior prevenção e controle de cânceres.¹³⁻¹⁴ Tal aspecto requer práticas assistenciais proativas, ou seja, que os profissionais reconheçam determinantes sociais que se convertem em barreiras, e identifiquem grupos populacionais com menor acesso aos serviços de saúde, mesmo quando há cobertura formal^{10,16} com destaque ao CCU,¹⁸⁻¹⁹ para combate às iniquidades.¹¹

Assim sendo, altas coberturas e elevada frequência na oferta do exame citopatológico, por si, não garantem nem o acesso oportuno,⁶ tampouco a resolubilidade esperada e a longitudinalidade requerida à linha de cuidado ao CCU.⁷ Diferentes fatores podem estar associados à não adesão ao Papanicolaou em cenários de oferta do serviço, desde aspectos relacionados à escolaridade e renda da mulher,¹¹⁻¹² a preceitos simbólicos/culturais da usuária e dos profissionais,^{6,10,20} até o porte populacional do município.¹³

No presente estudo, foi constatado um melhor monitoramento ao CCU quando realizado por enfermeiro. Não obstante, na Austrália, o envolvimento de enfermeiras no rastreamento aumentou a confiança e a adesão de mulheres vulneráveis.²¹ Ademais, a prática clínica da enfermagem vem sendo incentivada em diferentes países para expandir o escopo das ações na APS e, também, ampliar a resolubilidade assistencial.²²⁻²³ No Brasil, a predileção ao preventivo realizado por enfermeiros também foi constatada, relacionando-se tanto ao gênero do profissional quanto à qualidade do cuidado, especialmente pela escuta qualificada e pelo maior vínculo com a comunidade.⁶

Entretanto, o desfecho da pesquisa, “monitoramento adequado”, centrou-se na avaliação de aspectos organizacionais, em ações educativas e busca ativa, sendo mais comuns à prática de enfermeiros,²⁴ uma vez que médicos, corriqueiramente ocupam-se de ações assistenciais na perspectiva biomédica. Adicionalmente, há desinteresse de médicos por realizarem o exame cervicouterino na APS.⁶

Além disso, outros dados contrastam a experiência dos profissionais na região estudada. De tal modo, 1/3 dos médicos atuavam no mesmo município havia menos de seis meses e 2/3 possuíam outro vínculo de trabalho, ao passo que, aproximadamente 5%

dos enfermeiros atuavam havia menos de seis meses no mesmo município e 83% dedicavam-se exclusivamente à EqSF (dados não mostrados na tabela).

Houve associação entre maior tempo de atuação na APS do município e melhor monitoramento das ações de controle do CCU. Sob esta óptica, a rotatividade de profissionais nas EqSF influencia na dinâmica de trabalho e no vínculo com a população, sendo um obstáculo à longitudinalidade⁷ e à coordenação do cuidado.²⁵

O tempo de experiência na APS é um indicador importante para a qualidade profissional no cuidado às condições crônicas, que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas.³ O exame citopatológico é um procedimento invasivo, que abarca importantes tabus por expor a intimidade do corpo feminino.²⁰ Logo, profissionais que formam vínculo com as mulheres têm mais chances de obter sua confiança para a realização do exame, resultando em adesão ao rastreamento.^{6,26} Apesar de o tipo de vínculo empregatício não ter mantido associação no modelo final, provavelmente devido ao tamanho amostral, menor tempo de atuação na APS reflete dificuldade de atração e fixação de profissionais,²⁷ sobretudo médicos, no Nordeste brasileiro, comprometendo o acesso oportuno e a continuidade do cuidado.

As formas de divulgação da marcação de exame citopatológico e de esclarecimentos sobre o procedimento podem aumentar a adesão feminina ao rastreamento.^{5,9,28} Nesse sentido, na região estudada, a divulgação por cartazes e outros veículos de comunicação associou-se ao monitoramento adequado para o controle do CCU. Ressalta-se que a cobertura é insuficiente para a garantia da busca pelo serviço,²⁷ Diante disto, deve-se maximizar a comunicação para que as informações relativas ao rastreamento e a oferta do serviço na USF alcancem grupos prioritários.⁵ Como requer ações proativas, as equipes que desenvolvem mecanismos de divulgação do rastreamento, provavelmente, também, são as mais articuladas e comprometidas, daí terem desempenho mais adequado na mobilização comunitária.

Ademais, quando profissionais relataram ter havido diagnóstico de HSIL, também houve associação com o monitoramento adequado. Este aspecto pode atrelar-se ao crescimento da organização e do alcance dos serviços de APS,²⁹ bem como ao aumento da cobertura do exame citopatológico.^{13,27} Entretanto, este resultado também pode indicar um diagnóstico tardio, resultante de um serviço com rastreamento falho e qualidade insuficiente. Tal relação requer outros estudos para melhor compreensão dos fatores associados.

Igualmente, um menor tempo para a realização da biópsia, assim como uma maior agilidade na liberação de laudos pelo laboratório de referência, associaram-se

positivamente ao desfecho. Estes achados sugerem uma linha de cuidado com respostas em tempo oportuno, em diferentes níveis de atenção, contribuindo para mais credibilidade às ações ofertadas e articulação favorável entre EqSF e sistema de apoio diagnóstico.

Ainda assim, é provável que o programa de rastreamento não tenha nenhum impacto sobre a incidência do CCU, se não estiver associado ao tratamento.⁵ Neste sentido, as características socioeconômicas predominantes entre os municípios da região são desfavoráveis à atração e fixação de profissionais na APS,²⁷ inclusive, nas especialidades necessárias à retaguarda assistencial⁴ para a constituição de uma linha de cuidado resolutiva, requerendo longo tempo de espera para tratamentos.⁷

Não obstante, pequenos municípios têm uma integração de serviços bastante frágil, acrescida da incipiência dos mecanismos de comunicação entre níveis de atenção,⁴ com sérios problemas para a coordenação clínica.^{25,30} Logo, os municípios da região estudada acumulam características sinérgicas que podem favorecer a incidência do HSIL e, conseqüentemente, mais dificuldade para controlar o CCU, mesmo com alta cobertura da EqSF. Outrossim, o monitoramento das ações de controle do CCU depende de uma APS organizada²⁷ e integrada,²⁰ portanto, avaliar a qualidade da assistência nesse nível revelou os desafios a serem superados em rede regionalizada.

Finalmente, os estudos quantitativos da APS, utilizando condição traçadora, tendem a valer-se de dados secundários. No presente estudo, utilizaram-se dados primários de profissionais de USF, cadastradas ou não, no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o que pode refletir, de forma mais aproximada, as vicissitudes das práticas dos profissionais, visto que USF cadastradas no PMAQ-AB tendem a ter estrutura física e processos de trabalho melhores. Outra vantagem foi o alcance, em sua totalidade, do número amostral, e a baixa quantidade de informações perdidas, o que reforça a sua validade.

Entretanto, estudos transversais não fornecem conhecimento acerca das relações temporal e causal das associações observadas. O tamanho da amostra, apesar de representativo, provavelmente não foi suficiente para verificar algumas associações. Houve, ainda, dificuldade para comparar os resultados com outros estudos quantitativos, devido à escassez de pesquisas dessa natureza, que adotem o desfecho empregado na concepção das redes regionalizadas.

CONCLUSÃO

Os dados evidenciam que o acesso e a agilidade na resposta de laudos laboratoriais, bem como a ampla cobertura de APS, são necessários para uma melhor qualidade do

cuidado prestado no âmbito de um sistema de saúde universal e integral. Contudo, o contexto do território em que a atenção é prestada deve ser considerado como um elemento importante, pensando na prevenção e em uma maior resolubilidade dos casos.

Dessa forma, trata-se de um estudo com certa inovação, a partir da óptica adotada, visto que focaliza a APS na perspectiva de rede regional para discutir problemas que acontecem no território, mas transcendem a responsabilidade apenas do ente municipal, e que, portanto, necessita ser compreendido no conjunto. A probabilidade de generalização destes dados é forte, considerando a quantidade majoritária de municípios de pequeno porte no Brasil e, ainda, redes com contextos semelhantes, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

Regiões com grande extensão rural, menor renda e menos recursos possuem mulheres mais vulneráveis e uma difícil fixação de profissionais, configurando características adicionais a serem superadas para a oferta do cuidado em saúde. Neste sentido, mecanismos de melhora dos vínculos de trabalho podem resultar em maiores entrosamento e confiança entre a equipe, e melhor qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, a APS, na lógica de rede regional, mostra-se como modelo de atenção fundamental, pois, apesar dos problemas sociais, estruturais e organizacionais, é o lócus preferencial para a produção do cuidado em saúde, mesmo em contextos complexos e adversos. Afirma-se, portanto, a necessidade de maiores investimentos para garantir a solidez da APS, ocasionando a contínua melhora dos ganhos em saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2013 [cited 2019 Oct 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf.
2. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 15]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf.
3. Almeida PF, Giovanella L, Martins Filho MT, Lima LD. Regionalized networks and guarantee of specialized health care: the experience of Ceará, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan 10]; 24(12):4527-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>
4. Santos AM, Giovanella L. Managing comprehensive care: a case study in a health district in Bahia State, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 20]; 32(3):e00172214. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00172214>
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Controle integral do câncer do colo do útero [Internet]. Washington, D.C. (US): OPAS [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 17]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31403/9789275718797-por.pdf?>
6. Fernandes NFS, Galvão JR, Assis MMA, Almeida PF, Santos AM. Access to uterine cervical cytology in a health region: invisible women and vulnerable bodies. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dez 15]; 35(10):e00234618. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00234618>
7. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Healthcare trajectories and obstacles faced by women in a health region in Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dez 15]; 35(12):e00004119. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-31100004119>
8. Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2018 Jan 15]; 24(Suppl 1):s111-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300016>
9. González ZM. Programa de detección del cáncer cervicouterino: políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. *Salud Colect* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dez 15]; 13(3):521-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017>
10. Campos EA, Castro LM, Cavalieri FES. “A woman’s illness”: experience and meaning of cervical cancer of woman who underwent Pap test. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dez 15]; 21(61):385-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0159>
11. Oliveira MV, Guimarães MDC, França EB. Factors associated with failure to take a Pap smear test among Quilombola women. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 10]; 19(11):4535-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.15642013>
12. Silva RCG, Silva ACO, Peres AL, Oliveira SR. Profile of women with cervical cancer attended for treatment in oncology center. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 10]; 18(4):695-702. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400002>

13. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 15]; 51(67). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006802>
14. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2020 [cited 2020 Abr 15]; 8(2):e191-e203. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30482-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30482-6)
15. Souza MKB, Almeida PF, Santos AM, Santos DB, Martins Júnior, DF. Estratégias e métodos da pesquisa sobre a Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em redes regionalizadas. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB (Orgs.). *Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde*. Salvador: Edufba; 2015. p. 117-45.
16. Richard L, Furler J, Densley, K. Haggerty J, Russel G, Levesque J-F, et al. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dez 10]; 15(64). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0351-7>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Panorama: Cidades da Bahia, Censo demográfico 2010* [Internet]. Rio de Janeiro, Brasil; 2010 [cited 2019 Dez 9]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>.
18. Canfell K, Kim JJ, Brisson M, Keane A, Simms KT, Caruana M, et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet* [Internet]. 2020 [cited 2020 Abr 20]; 395(10224): 591-603. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30157-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30157-4)
19. Barbosa IR, Souza DLB, Bernal MM, Costa ICC. Regional inequalities in cervical cancer mortality in Brazil: trends and projections through to 2030. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 15]; 21(1):253-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.03662015>
20. Malta EFGD, Gubert FA, Vasconcelos CTM, Chaves ES, Silva JMFL, Beserra EP. Inadequate practice related of the Papanicolaou test among women. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 20]; 26(1):e505001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005050015>
21. Perks J, Algosó M, Peters K. Nurse practitioner (NP) led care: cervical screening practices and experiences of women attending a women's health centre. *Collegian* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 20]; 25(5):493-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.12.007>
22. Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 20]; 69(1):182-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690124i>
23. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 20]; 16;7:CD001271. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
24. Hämel K, Toso BRGO, Casanova A, Giovanella L. Advanced Practice Nursing in Primary Health Care in the Spanish National Health System. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2019 Abr 20]; 25(1):303-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28332019>
25. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional

study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 20]; 182:10-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.001>

26. Armstrong N, James V, Dixon-Woods M. The role of primary care professionals in women's experiences of cervical cancer screening: a qualitative study. *Fam Pract* [Internet]. 2012 [cited 2019 Abr 20]; 29(4):462-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr105>

27. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dez 18]; 15(2):171-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200003>.

28. Ribeiro JC, Andrade SR. Health surveillance and pap test coverage: integrative review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dez 18]; 25(4):e5320015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016005320015>

29. Pires DEP, Vandresen L, Machado F, Machado RR, Amadigi FR. Primary healthcare management: what is discussed in the literature. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 18]; 28:e20160426. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0426>

30. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, et al. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dez 19]; 15(323). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0968-z>

5.2 ARTIGO 2

Qualidade das ações para controle do câncer cervicouterino no interior da Bahia, Brasil⁷

Resumo:

Objetivo: Avaliar a qualidade das ações para controle do câncer de colo do útero (CCU) e seus correlatos.

Métodos: Estudo transversal, realizado de janeiro a março de 2019, em 19 municípios da Bahia, Brasil, com amostra de 241 médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde (APS). Foram eleitas três variáveis dependentes – “Realização de ações educativas, de promoção, de prevenção e monitoramento” (desfecho 1 – D1); “Acesso aos exames diagnósticos” (desfecho 2 – D2); “Não ocorrência de HSIL” (desfecho 3 – D3). Empregou-se a regressão de Poisson com variância robusta, adotando a entrada hierárquica de variáveis para estimar as razões de prevalência e intervalos de confiança de 95%.

Resultados: Foram encontradas as seguintes prevalências: D1 – 39,8% (IC95%: 33,8-46,2); D2 – 73,9% (IC95%: 67,9-79,1); e D3 – 46,4% (IC95%: 39,9-53,0). Mantiveram-se associados aos desfechos: D1 – possuir curso de capacitação profissional sobre a temática; profissional avaliar a coleta como adequada; e mulheres terem acesso ao transporte sanitário; D2 – enfermeiros realizarem tratamento de lesões de baixo grau; D3 – registrar o Papanicolau em prontuário eletrônico; D1 e D2 – profissional ingressar no serviço por concurso público; D1 e D3 – atuar na APS (≥ 2 anos); D2 e D3 – registrar o Papanicolau em prontuário físico; e realização de Papanicolau por residentes.

Conclusões: Profissionais com melhor qualificação e regime estável de trabalho relacionam-se com ações mais qualificadas no controle do CCU. Tais estratégias sinalizam que investimentos na gestão do trabalho desdobram-se em APS mais organizada e processos de trabalho mais resolutivos. Logo, maior tempo de atuação na APS e enfermeiros com ações clínicas ampliadas (coleta e tratamento) são favorecidos por tais ações organizativas. Investimentos na retaguarda diagnóstica contribuem para percepções de ações mais integrais no controle do CCU.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Câncer cervical; Teste de Papanicolaou; Programas de Rastreamento; Saúde da mulher; Qualidade da Assistência à Saúde; Política de Saúde; Regionalização; Atenção Integral à Saúde.

⁷ Artigo submetido à revista Asian Pacific Journal of Cancer Prevention e formatado segundo suas normas.

Introdução

O câncer do colo do útero (CCU) é um problema de saúde pública em âmbito global (GLOBOCAN, 2019), sendo o quarto mais incidente no mundo. Os países de renda baixa e média são os mais acometidos, enquanto naqueles de renda alta, com detecção precoce e tratamento de lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL), a incidência do CCU é controlada (WHO, 2014; Arrossi et al., 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu como meta a eliminação da doença (Canfell et al., 2020), por meio da ampliação da vacinação contra o papiloma vírus humano (HPV), do rastreamento cervical e do tratamento dos casos de HSIL e CCU (Arrossi et al., 2017), acompanhados por programas que garantam a qualidade das ações. Para tanto, existência de equipe multidisciplinar (WHO, 2014) com vínculos de trabalho estáveis (Muramoto and Matumoto, 2019), atuação vigilante de agentes comunitários de saúde – ACS (Taylor et al., 2010; Fernandes et al., 2019), coordenação do cuidado (Vázquez et al., 2017), integração ensino-serviço (Balduino and Veras, 2016), bem como adequação da estrutura (Bottari et al., 2008) e do processo de trabalho (Barcelos et al., 2017) estão relacionadas à qualidade nas ações em saúde, por conseguinte, tornam-se, também, fulcrais para controle de agravos de curso longo como o CCU.

No âmbito dos programas de controle do CCU, para cenários complexos como o brasileiro, as redes de atenção à saúde são fundamentais para ofertar o cuidado em tempo oportuno e de forma integral, pois permitem a atenção longitudinal, adequada ao território e com maior resolubilidade (Brito-Silva et al., 2014). Assim, a linha de cuidado do CCU viabiliza o percurso assistencial da usuária nos serviços que devem ser prestados nos diferentes níveis da rede, por meio de fluxos contínuos que oportunizem o cuidado integral (Galvão et al., 2019).

Sendo assim, neste artigo, avalia-se a qualidade das ações para controle do câncer do colo do útero e seus correlatos, no interior da Bahia, Brasil.

Materiais e métodos

Métodos

Pesquisa transversal desenvolvida em 19 municípios (641.560 habitantes) do interior da Bahia, Brasil, no período de janeiro a março de 2019. Utilizou-se o CCU como condição traçadora para avaliar ações necessárias à qualidade da atenção (Bottari et al., 2008), prestada por profissionais da APS. Tratam-se de municípios com boa parte da população vivendo em zona rural e, portanto, grande número de profissionais que atuam em territórios rurais de grande extensão e desigualdade social (Tabela 1).

População estudada

Participaram do estudo médicos e enfermeiros, por serem os responsáveis pela coleta do exame citopatológico nas unidades de APS e realizarem o acompanhamento longitudinal das pacientes em casos de lesão precursora e CCU.

O universo amostral correspondeu a 354 médicos e enfermeiros dos 19 municípios. Adotou-se prevalência de 50% para eventos desconhecidos, nível de confiança de 95% e obteve-se uma amostra mínima de 240 profissionais, considerando 30% para perdas. Após o cálculo amostral, foi realizado sorteio aleatório, considerando a quantidade de profissionais cadastrados nas equipes de APS em cada município. Foram excluídos os profissionais que não estavam atuando (férias, licenças etc.) no período do estudo.

Foram realizadas entrevistas individuais mediante a aplicação de questionários. O questionário foi adaptado de instrumento utilizado para avaliação da coordenação do cuidado em regiões de saúde (Souza et al., 2015), no qual se agregaram informações de protocolos nacionais (Brazil, 2013; Brazil, 2016).

Variáveis dependentes

A fim de avaliar, na experiências dos profissionais, as ações desenvolvidas para controle do CCU, foram eleitas três variáveis dependentes: “Realização de ações educativas, de

promoção, de prevenção e monitoramento” (desfecho 1 – D1); “Acesso aos exames diagnósticos” (desfecho 2 – D2); “Não ocorrência de HSIL” (desfecho 3 – D3). Estas variáveis representam alguns dos critérios das ações necessárias ao sistema de serviços de saúde para que se tenha um programa de qualidade para controle do CCU.

D1 – foi originado a partir da junção das ações educativas e de monitoramento: “Realização de visita domiciliar para mobilizar as mulheres à realização do preventivo”; “Realização de ações de educação em saúde”; “Realização de mutirões para ampliar o acesso ao exame citopatológico”; “Registro das mulheres que realizaram o exame na APS”; “Monitoramento do registro para identificar mulheres com exame atrasado ou alterado” e “Busca ativa das mulheres com coleta atrasada ou resultado alterado”.

Consideraram-se, ainda, as seguintes ações de promoção e prevenção: “Realização de coleta do exame citopatológico” e “Acesso de mulheres à colposcopia”. As opções de respostas para as ações eram “sim/não”. As respostas positivas foram empregadas para o evento, julgando-se a realização de todas as ações como qualidade adequada, visto que são elementos constituintes de um programa integral de prevenção e controle do CCU (Brazil, 2013; WHO, 2014; Brazil, 2016).

D2 – “Acesso aos exames diagnósticos” – originou-se da junção das respostas às ações percebidas pelos profissionais a respeito do “Acesso de mulheres com lesões precursoras à biópsia” e/ou “Acesso de mulheres com lesões precursoras ao histopatológico”, que foram dicotomizadas em “sempre/às vezes ou nunca”. Utilizaram-se as respostas “sempre” para todas as questões, por considerar acesso aos exames diagnósticos fundamental para o não desenvolvimento do CCU e, portanto, a qualidade desejada (Brazil, 2013; Brito-Silva et al., 2014; WHO, 2014; Brazil, 2016).

D3 – “Não ocorrência de HSIL” – levou-se em conta que um programa de qualidade pode evitar a ocorrência de lesões de alto grau (Brazil, 2013; Goss et al., 2013; WHO, 2014;

Brazil, 2016). Essa variável dependente foi obtida a partir de questionamento acerca de “Existência de mulheres diagnosticadas com HSIL na APS”, cujas opções de resposta eram “sim/não”, utilizando-se as respostas negativas.

Variáveis independentes

As variáveis independentes selecionadas estão apresentadas na Figura 1, segundo os blocos “Caracterização e capacitação profissional”, “Organização da unidade e acesso ao citopatológico” e “Coordenação do cuidado e integração assistencial”.

Análises estatísticas

Análises descritivas foram obtidas por meio das medidas de frequência absolutas e relativas. Para análise bivariada, as diferenças entre as proporções foram avaliadas pelo teste χ^2 de Pearson. A análise dos fatores correlacionados aos desfechos foi realizada por meio de regressão de Poisson com variância robusta, estimando-se a razão de prevalência (RP), o p-valor e o intervalo de confiança de 95% (IC95%). Variáveis com nível de significância $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo multivariado.

As possíveis associações entre variáveis independentes e os desfechos foram mensuradas por diferentes modelos ajustados através de entrada hierárquica das variáveis (Figura 1). Inicialmente, avaliou-se a associação entre cada desfecho e as variáveis da dimensão I, no segundo modelo foram inseridas as variáveis da dimensão II e no terceiro modelo foram acrescentadas as variáveis da dimensão III. A comparação entre os modelos foi realizada pelo teste *Akaike's Information Criterion* (AIC).

As variáveis dos blocos mais distais permaneceram como fatores de ajuste para os blocos hierarquicamente inferiores. Para a interpretação dos resultados, a identificação de associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre cada fator em estudo e os desfechos, após ajuste para os potenciais fatores do mesmo bloco e dos blocos hierárquicos superiores,

indicam a existência de um efeito independente, próprio do referido fator. Utilizou-se o pacote estatístico *Stata*, versão 15.0, para análise dos dados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob parecer nº 624.168.

Resultados

A prevalência do desfecho realização de ações educativas, de promoção, de prevenção e monitoramento foi de 39,8% (IC95% 33,8-46,2), ao passo que, para os desfechos acesso aos exames diagnósticos e não ocorrência de HSIL, foi de 73,9% (IC95% 67,9-79,1) e 46,4% (IC95% 39,9-53,0), respectivamente.

Foram entrevistados 109 médicos e 132 enfermeiros. A tabela traz a caracterização das equipes de APS. Em relação ao tempo de atuação, 56,4 % dos profissionais estavam na APS por tempo ≥ 2 anos e 43,6% informaram possuir vinculação frágil, por meio de indicação política ou outra forma de ingresso precário. Sobre a capacitação, 59,6% relataram ter participado de cursos profissionalizantes abordando a temática (Tabela 1).

Acerca da forma de organização das APS para oportunizar o acesso às usuárias, quase a totalidade possuíam médicos e enfermeiros (94,6%), a maior frequência de oferta do exame citopatológico foi, pelo menos, semanal (67,7%) e a principal forma de registro foi o uso simultâneo dos prontuários físico e eletrônico (40,7%). A maior parte dos ACS fazia o agendamento do exame citopatológico (90,4%), estudantes/residentes não realizavam a coleta mesmo acompanhados de preceptores (83,1%) e o enfermeiro não tratava lesões de baixo grau (62,1%). A avaliação sobre a coleta do exame mostrou-se positiva (77,7%) e o transporte sanitário foi acessível às mulheres (65,5%) (Tabela 1).

Os profissionais realizavam o acompanhamento da trajetória assistencial das mulheres verificando a adesão ao tratamento no serviço especializado (76,4%), os laudos citopatológicos

e histopatológicos emitidos pelo laboratório de referência eram confiáveis (59,4%) e as mulheres tinham acesso a cirurgia de alta frequência (CAF) (71,0%), em casos de confirmação de lesão após colposcopia (Tabela 1).

Na análise bivariada, na dimensão de “Caracterização e capacitação profissional”, houve associação positiva entre: tempo de atuação na APS ≥ 2 anos (D1 e D3); ter ingressado por meio de concurso público (D1 e D2) e ter capacitação profissional no tema (D1) (Tabela 1).

Na dimensão “Organização da USF e acesso ao citopatológico”, as correlações foram: forma de registro (D3), realização de coleta por estudantes (D1, D2 e D3), tratamento de LSIL por enfermeiros (D1 e D2). O profissional ter avaliado a coleta como adequada (D1 e D2) e a mulher ter acesso ao transporte sanitário (D1) (Tabela 1).

Na dimensão “Coordenação do cuidado e integração assistencial”, as associações foram: profissionais que acompanhavam a trajetória assistencial das mulheres verificando adesão ao tratamento no serviço especializado (D1 e D2), avaliação dos laudos emitidos pelo laboratório de referência como confiáveis (D1) e mulheres terem acesso a CAF (D1) (Tabela 1).

Na análise multivariada (Tabela 2), mantiveram-se correlacionados: atuar na APS no município (≥ 2 anos) (D1 e D3), ter ingressado no serviço através de concurso público (D1 e D2), possuir capacitação profissional sobre a temática (D1), o registro do exame citopatológico por meio de prontuário físico (D2 e D3), por meio de prontuário eletrônico (D3), realização de coleta do exame citopatológico por estudantes (D2 e D3), enfermeiros realizarem o tratamento de LSIL (D2), avaliar a coleta do citopatológico como adequada (D1) e as mulheres terem acesso ao transporte sanitário (D1).

Discussão

Os achados sugerem uma qualidade intermediária em ações necessárias à integralidade para controle do CCU, visto que o acesso diagnóstico, ainda que, surpreendentemente, elevado, coexistia com a ocorrência, frequente, de LSIL. Contraditoriamente, as ações de prevenção e monitoramento tiveram baixa prevalência. Portanto, há indícios de que é necessário aperfeiçoar as ações educativas e de monitoramento ao CCU que, por sua vez, poderiam impactar em diminuição de casos de HSIL e, em grande medida, do próprio CCU (Romli et al, 2020). Ademais, é possível que o programa de rastreamento e a detecção precoce de lesões (diagnóstico) não tenham nenhum impacto sobre a incidência do CCU se não estiverem associados ao tratamento (WHO, 2014; Sarfati et al., 2019).

A alta rotatividade de médicos é um problema importante no Nordeste do Brasil (Gonçalves et al., 2019) resultado de uma maior concentração de recursos e serviços nas capitais e nos polos regionais (Albuquerque et al., 2017), o que compromete o acesso oportuno e a continuidade do cuidado.

Um maior tempo de atuação na APS no mesmo município e ter ingressado no serviço por meio de concurso público representam uma menor rotatividade profissional e melhores vínculos trabalhistas, oportunizando a formação de elo comunitário (Muramoto and Matumoto, 2019). Ademais, o estabelecimento de confiança com os profissionais aumenta a adesão das mulheres e a resolutividade dos casos, em especial, para cuidados associados à sexualidade que, por valores morais, podem interferir na percepção de risco e tornarem-se uma barreira simbólica ao acesso (Rico and Iriart, 2013). Outrossim, a satisfação com o trabalho e com o salário favorecem a coordenação do cuidado (Vázquez et al., 2017).

A formação de profissionais por meio da oferta de educação em serviço é uma recomendação das diretrizes mundiais e nacionais para uma melhor qualidade e resolutividade nos serviços prestados à comunidade (WHO, 2014; Brazil, 2016). Profissionais bem formados

atuam direcionados por evidências seguras e ganham confiança na atuação clínica, mitigando encaminhamentos desnecessários e melhoram os atributos da APS (Leão and Caldeira, 2011).

Acerca da organização da APS e acesso ao citopatológico, a forma de registro é um aspecto da dinâmica de trabalho que permite um rastreamento mais adequado, além de melhor gerenciamento e coordenação informacional do cuidado. O prontuário eletrônico representa um avanço nos mecanismos comunicacionais que repercutem em maior satisfação e confiança dos usuários (Wali et al., 2020). A melhor comunicação entre os níveis assistenciais é crucial para as condições crônicas em sistemas com recursos limitados (Sarfati et al., 2019), pois facilitam o atendimento (Rahal et al., 2019) e permitem acompanhamento longitudinal e articulado.

A realização da coleta do exame por estudantes/residentes é um forte indicador da integração entre ensino-serviço que fomenta uma melhor qualidade do serviço, pois, além de proporcionar maior acesso aos exames de rastreamento, ainda permite que os profissionais do serviço estejam atualizados. Outrossim, estimula o desenvolvimento precoce das competências profissionais e atitudes proativas dos estudantes, capacita a formação de profissionais comprometidos com a inovação e com a atuação adequada em contextos complexos, aliando teoria e prática, que são essenciais para o pensamento crítico e visão ampliada dos cuidados em saúde (Botti and Rego, 2011; Balduino and Veras, 2016).

A realização de tratamento de LSIL por enfermeiro mostra a relevância desse profissional para a operacionalização dos casos na APS (Fernandes et al., 2019), sendo incentivado em diferentes países para expandir o escopo das ações na APS e ampliar a resolutividade assistencial (Toso et al., 2016). O envolvimento de enfermeiras no rastreamento aumenta a confiança e a adesão de mulheres vulneráveis (Perks et al., 2018).

A avaliação do profissional sobre a coleta do exame citopatológico é um indicador que pode trazer dados sobre a qualidade do trabalho em equipe e a confiança dos profissionais em seus colegas de trabalho. Serviços em que há maior entrosamento e melhor clima de trabalho

entre a equipe tendem a ser mais inovadores, resolutivos e melhor avaliados por usuários, especialmente com condições crônicas (Proudfoot et al., 2007). Um melhor ambiente de trabalho resulta em integração e motivação para o trabalho, bem como reciprocidade entre os membros da equipe e forja uma rede colaborativa (Peruzzo et al., 2019).

O acesso de mulheres ao transporte sanitário é fundamental para a qualidade dos serviços de uma rede com forte sistema de governança e logístico, visto que o tratamento de CCU e em alguns casos de HSIL são realizados fora do município de residência. O CCU acomete especialmente mulheres de menor renda e de áreas rurais (Goss et al., 2013), assim, o transporte sanitário é um componente organizacional de diminuição das iniquidades de acesso, diminuindo o absenteísmo de usuárias.

Para este artigo, foram realizadas análises com entrada hierárquica das variáveis, o que é uma estratégia para lidar com uma maior quantidade de variáveis explicativas. A inserção das variáveis e o modelo conceitual construído levaram em conta os dados disponíveis na literatura nacional (Brazil, 2016) e mundial (WHO, 2014). A probabilidade de generalização desses dados é forte considerando a quantidade majoritária de municípios de pequeno porte no Brasil e, ainda, redes com contextos semelhantes, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Estudos em municípios de pequeno porte do Nordeste brasileiro são cruciais para a compreensão e intervenções no sistema público de saúde, bem o caminho para fortalecer o atributo da integralidade e viabilizar o controle do CCU.

Referências

1. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, et al (2017). Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. *Cien Saude Colet*, **22**, 1055-64.
2. Arrossi S, Temin S, Garland S, et al (2017). Primary Prevention of Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Guideline. *J Glob Oncol*, **5**, 611-34.
3. Balduino AS, Veras RM (2016). Analysis of Service-learning activities adopted in health courses of Federal University of Bahia. *Rev Esc Enferm USP*, **50**, 17-24.
4. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, et al (2017). Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. *Rev Saude Publica*, **51**, 67.
5. Botti SHO, Rego STA (2011). Lecturer-clinician: the complex role of the preceptor in medical residency. *Physis*, **21**, 65-85.
6. Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHM (2008). Cervical cancer as a tracer condition: a proposal for evaluation of primary health care. *Cad Saude Publica*, **24**, 111-22.
7. Brito-Silva K, Bezerra AF, Chaves LD, Tanaka OU (2014). Integrality in cervical cancer care: evaluation of access. *Rev Saude Publica*, **48**, 240-8.
8. Canfell K, Kim JJ, Brisson M, et al (2020). Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet*, **395**, 591-603.
9. Fernandes NFS, Galvão JR, Assis MMA, Almeida PF, Santos AM (2019). Access to uterine cervical cytology in a health region: invisible women and vulnerable bodies. *Cad Saude Publica*, **35**, e00234618.
10. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A (2019). Healthcare trajectories and obstacles faced by women in a health region in Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*, **35**, e00004119.
11. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Fitzmaurice C, Abate D, Abbasi N, et al (2019). Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol*, **5**, 1749-68.
12. Gonçalves RF, Bezerra AFB, Tanaka OY, et al (2019). Influence of the Mais Médicos (More Doctors) Program on health services access and use in Northeast Brazil. *Rev Saude Publica*, **53**, 110.
13. Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T, et al (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol*, **14**, 391-436.

14. Leão CD, Caldeira AP (2011). Assessment of the association between the qualification of physicians and nurses in primary healthcare and the quality of care. *Cien Saude Colet*, **16**, 4415-23.
15. Ministry of Health. Brazil. (2013). Control of cervical and breast cancers. Brasília, Ministry of Health.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlo_canceres_colo_uterio_2013.pdf, accessed November 2019.
16. Muramoto FT, Matumoto S (2019). Repercussions of the Brazilian Program for the Assessment of Quality of Primary Care. *Rev Cuba Enf*, **35**, 1-17.
17. National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva. Brazilian guidelines for cervical cancer screening. INCA, 2016.
https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf, accessed November 2019.
18. Perks J, Algosó M, Peters K (2018). Nurse practitioner (NP) led care: cervical screening practices and experiences of women attending a women's health centre. *Collegian*, **25**, 493-9.
19. Peruzzo HE, Silva ES, Batista VC, et al (2019). Organizational climate and teamwork at the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*, **72**, 721-7.
20. Proudfoot J, Jayasinghe UW, Holton C, et al (2007). Team climate for innovation: what difference does it make in general practice?. *Int J Qual Health Care*, **19**, 164-9.
21. Rahal RM, Mercer J, Kuziemy C, Yaya S (2019). Primary Care Physicians' Experience Using Advanced Electronic Medical Record Features to Support Chronic Disease Prevention and Management: Qualitative Study. *JMIR Med Inform*, **7**, e13318.
22. Rico AM, Iriart JÁ (2013). "Where there's a woman, there's a Pap smear": the meanings assigned to cervical cancer prevention among women in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica*, **29**, 1763-73.
23. Romli R, Shahabudin S, Saddki N, Mokhtar N (2020). Effectiveness of a Health Education Program to Improve Knowledge and Attitude Towards Cervical Cancer and Pap Smear: A Controlled Community Trial in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*, **21**, 853-9.
24. Sarfati D, Dyer R, Sam FA, et al (2019). Cancer control in the Pacific: big challenges facing small island states. *Lancet Oncol*, **20**, e475-e492.
25. Souza MKB, Almeida PF, Santos AM, Santos DB, Martins Júnior, DF (2015). Research strategies and methods on Primary Health Care in the coordination of care in regionalized networks. In 'Primary health care in the coordination of care in health regions'. Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. Salvador, Edufba, 117-45.
26. Taylor VM, Jackson JC, Yasui Y, et al (2010). Evaluation of a cervical cancer control intervention using lay health workers for Vietnamese American women. *Am J Public Health*, **100**, 1924-9.

27. Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L (2016). Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm*, **69**, 169-77.
28. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, et al (2017). Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med*, **182**,10-9.
29. Wali RM, Alqahtani RM, Alharazi SK, Bukhari SA, Quqandi SM (2020). Patient satisfaction with the implementation of electronic medical Records in the Western Region, Saudi Arabia, 2018. *BMC Fam Pract*, **21**, 37.
30. World Health Organization (2014). Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice, Geneva, World Health Organization.

Tabela 1. Descrição da amostra e análises bivariadas entre os desfechos e as variáveis das dimensões I, II e III, Bahia, Nordeste, Brasil, 2019.

Variável	Distribuição da amostra	Ações educativas, de promoção, de prevenção e monitoramento do CCU		Acesso aos exames diagnósticos		Não ocorrência de HSIL	
		N (%)	P (%)	p-valor	P (%)	p-valor	P (%)
Caracterização e capacitação profissional (dimensão I)							
Função			<0,001		0,303		0,146
Médico	109 (45,2)	23,9		77,1		52,2	
Enfermeiro	132 (54,8)	53,0		71,2		42,3	
Tempo de atuação na APS no município			<0,001		0,053		0,001
< 2 anos	105 (43,6)	22,9		67,6		59,3	
≥ 2 anos	136 (56,4)	52,9		78,7		37,4	
Mecanismo de ingresso			<0,001		0,051		0,048
Indicação ou outro	105 (43,6)	32,4		69,5		50,0	
Seleção pública	83 (34,4)	31,3		71,1		52,1	
Concurso público	53 (22)	67,9		86,8		31,4	
Curso de capacitação profissional			<0,001		0,074		0,059
Não	97 (40,4)	25,8		68,0		54,0	
Sim	143 (59,6)	49,7		78,3		41,0	
Organização da APS e acesso ao citopatológico (dimensão II)							
Equipe com médico e enfermeiro			0,144		0,696		0,269
Não	13 (5,4)	61,5		69,2		30,8	
Sim	228 (94,6)	38,6		74,1		47,4	
Frequência de oferta do exame citopatológico			0,316		0,637		0,991
Mensal	22 (9,9)	27,3		72,7		44,4	
Quinzenal	50 (22,4)	42,0		80,0		44,9	
Semanal ou mais	151 (67,7)	44,4		73,5		45,7	
Forma de registro			0,367		0,088		0,024
Ambos	98 (40,7)	34,7		66,3		57,1	
Prontuário físico (em papel)	48 (19,9)	42,1		79,2		35,6	
Prontuário eletrônico	95 (39,4)	45,8		79,0		40,7	
Agendamento de exame por ACS			0,162		0,493		0,686
Não	22 (9,6)	27,3		81,8		50,0	
Sim	206 (90,4)	42,7		75,2		45,5	
Realização da coleta do exame por estudantes/residentes			<0,001		0,004		0,005
Não	197 (83,1)	35,0		71,1		50,6	
Sim	40 (16,9)	65,0		92,5		25,6	
Realização de tratamento de LSIL por enfermeiro			0,001		0,003		0,058
Não	146 (62,1)	32,2		67,8		50,8	
Sim	89 (37,9)	53,9		85,4		37,7	
Avaliação sobre a coleta do citopatológico			0,001		0,053		0,973
Inadequada ou parcialmente adequada	52 (22,3)	21,2		65,4		45,8	
Totalmente adequada	181 (77,7)	46,4		78,5		45,6	
Transporte sanitário			0,001		0,143		0,682
Nunca ou às vezes	69 9 (34,5)	26,1		66,7		47,5	
Sempre	131 (65,5)	50,4		76,3		44,4	

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variável	Distribuição da amostra	Ações educativas, de promoção, de prevenção e monitoramento do CCU		Acesso aos exames diagnósticos		Não ocorrência de HSIL	
		N (%)	P (%)	p-valor	P (%)	p-valor	P (%)
<i>Coordenação do cuidado e integração assistencial (dimensão III)</i>							
Acompanhamento da trajetória assistencial				0,016		0,047	0,058
Nunca ou às vezes	55 (23,6)	27,3			65,5		57,1
Sempre	178 (76,4)	45,5			78,7		41,8
Avaliação dos laudos citopatológicos e histopatológicos				0,013		0,215	0,765
Parcialmente de confiança ou não confio	95 (40,6)	30,5			70,5		46,6
Totalmente de confiança	139 (59,4)	46,8			77,7		44,5
Realização de CAF				<0,001		0,140	0,313
Nunca ou às vezes	45 (29,0)	20,0			75,6		47,5
Sempre	110 (71,0)	56,4			85,5		38,3

Abreviação: CCU, Câncer do Colo do Útero; HSIL, Lesão Intraepitelial de Alto Grau; APS, Atenção Primária à Saúde; ACS, Agente Comunitário de Saúde; LSIL, Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau; CAF, Cirurgia de Alta Frequência.

Tabela 2. Análise multivariada de fatores correlacionados à “Realização de ações educativas, de promoção, de prevenção e monitoramento do CCU”, ao “Acesso aos exames diagnósticos” e a “Não ocorrência de HSIL”, Bahia, Nordeste, Brasil, 2019.

Variáveis	Ações educativas, de promoção, de prevenção e monitoramento do CCU		Acesso aos exames diagnósticos		Não ocorrência de HSIL	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Caracterização e capacitação profissional (dimensão I)*						
Tempo de atuação na APS no município						
< 2 anos	1,00				1,00	
≥ 2 anos	1,75	1,15-2,66			1,54	1,16-2,04
Mecanismo de ingresso						
Indicação ou Outro	1,00		1,00			
Seleção pública	0,93	0,62-1,40	1,02	0,85-1,23		
Concurso público	1,52	1,07-2,15	1,25	1,06-1,47		
Curso de capacitação profissional						
Não	1,00					
Sim	1,49	1,02-2,18				
Organização da APS e acesso ao citopatológico (dimensão II) †						
Forma de registro						
Ambos			1,00		1,00	
Prontuário eletrônico			0,91	0,74-1,11	1,43	1,05-1,95
Prontuário físico (em papel)			0,77	0,63-0,94	1,60	1,15-2,22
Realização da coleta do exame por estudantes/residentes						
Não			1,00		1,00	
Sim			1,32	1,11-1,56	1,65	1,21-2,25
Realização de tratamento de LSIL por enfermeiro						
Não			1,00			
Sim			1,18	1,02-1,37		
Avaliação sobre a coleta do citopatológico						
Inadequada ou parcialmente adequada	1,00					
Totalmente adequada	2,00	1,06-3,75				
Transporte sanitário						
Nunca ou às vezes	1,00					
Sempre	1,61	1,04-2,48				
Coordenação do cuidado e integração assistencial (dimensão III) ‡						
	3.558.913		4.683.768		3.854.261	
Critério Akaike	2.964.822		4.578.194		3.803.587	
	2.964.822		4.578.194		3.803.587	

Abreviação: CCU, Câncer do Colo do Útero; HSIL, Lesão Intraepitelial de Alto Grau; APS, Atenção Primária à Saúde; LSIL, Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau. *Ajustada entre as variáveis da dimensão I; †Ajustada entre as variáveis das dimensões I e II; ‡Ajustada entre as variáveis das dimensões I, II e III.

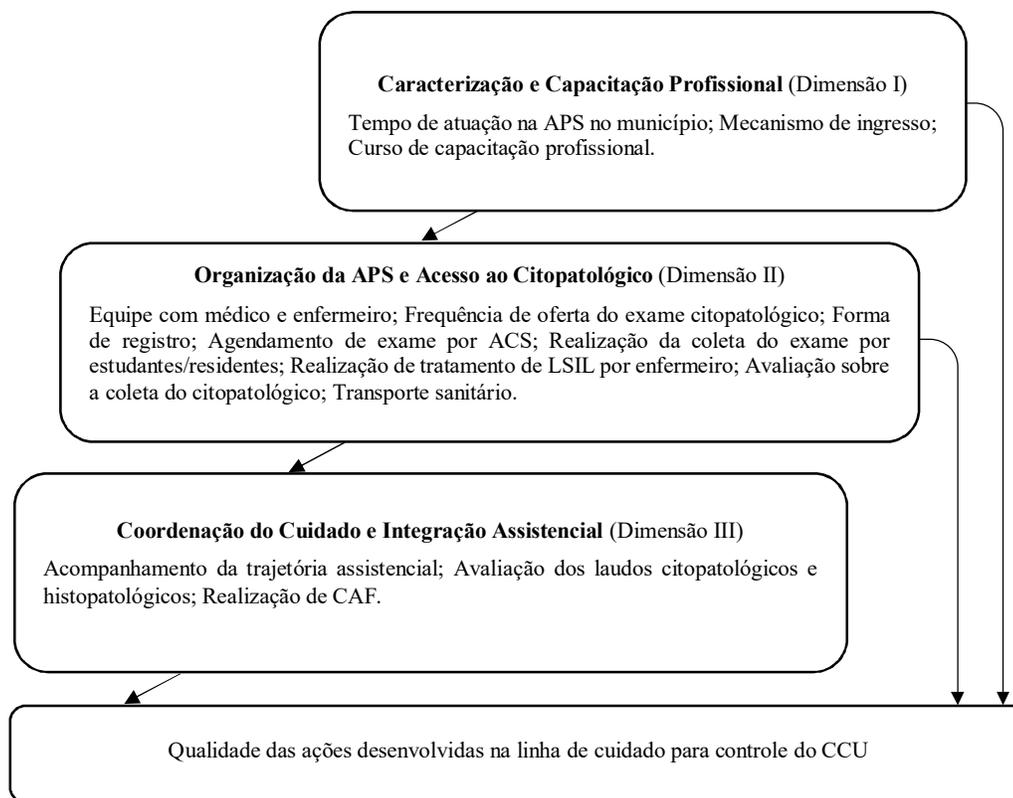


Figura1 - Modelo conceitual hierarquizado de análise qualidade das ações desenvolvidas na linha de cuidado para controle do câncer do colo do útero.

Abreviação: APS, Atenção Primária à Saúde; ACS, Agentes Comunitários de Saúde; LSIL, Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau; CAF, Cirurgia de Alta Frequência; CCU, Câncer do Colo do Útero.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A permanência de mortes por agravos evitáveis, nomeadamente de mulheres pobres, atesta a necessidade premente de reversão dos modelos de atenção à saúde, na perspectiva de correção de iniquidades sociais reproduzidas ao interior dos sistemas de serviços de saúde.

A regionalização é uma diretriz importante para redirecionar a governança colaborativa e viabilizar a organização de uma rede intermunicipal de saúde que, por sua vez, possa viabilizar a oferta de diferentes serviços fundamentais à assistência integral e, conseqüentemente, obter maior resolubilidade.

Entretanto, o estudo aponta que, mesmo em cenários cujos serviços de saúde estejam organizados numa perspectiva de oferta pública regional, tal modelização, por si, é insuficiente para garantia da produção do cuidado para controle do câncer do colo do útero. As razões são diversas e perpassam as dimensões político-institucionais da gestão, organizativa dos serviços e das práticas na micropolítica do trabalho em saúde que, por conseguinte, conformam uma linha de cuidado repleta de interrupções que contrariam a integralidade da atenção.

Não por acaso, a vulnerabilidade socioeconômica das mulheres desta região implica em maior dificuldade de acesso ao exame citopatológico do útero em diferentes pontos na rede de atenção. No que pese as coberturas amplas de APS, também, ocorre a dificuldade de atração e fixação de profissionais – alta rotatividade –, com prejuízo à longitudinalidade do cuidado e vínculo com as mulheres. Tal questão impacta na própria construção de trabalho interprofissional e no planejamento das ações que exigem continuidade e envolvimento comunitário.

O mesmo acontece com serviços secundários e hospitalares, isto porque é justamente nestes cenários com características mais rurais que perduram os vazios assistenciais, sobretudo para garantia diagnóstica e terapêutica diversificada. Não obstante, quando as mulheres conseguem realizar o preventivo na APS deparam-se com as incertezas na continuidade na linha de controle do CCU.

O efeito colateral é a desassistência das mulheres e mortes evitáveis, mas que, também, alimenta uma rede sofisticada de sujeitos que se capitalizam com tal situação e, por conseguinte, retroalimentam essas iniquidades. Grosso modo, a relação clientelista que perdura no aparato público, resultado da cultura patrimonialista brasileira, atua contrariando o direito integral à saúde da mulher convertendo-o em moeda de troca para manutenção de privilégios políticos e/ou econômicos. Assim, a instrumentalização do aparato estatal, nesse caso, as instituições

públicas de saúde, atuam em sinergia com os interesses público-privados e resultam em danos à razão de sua própria existência – produzir o cuidado em saúde.

Não por acaso, o subfinanciamento do SUS e a defasagem no valor pago aos procedimentos necessários à integralidade assistencial afugentam os prestadores privados que, em contrapartida, por conta do “monopólio” na oferta impõem valores de mercado sob controle do interesse privado. Dito de outra forma, o Estado não consegue ofertar diretamente os serviços e, contraditoriamente, precisa comprar o serviço por valores majorados. Nessa equação, os municípios historicamente desassistidos (pequenos, rurais e remotos) permanecem num círculo vicioso entre pobreza que gera adoecimentos, inclusive evitáveis, e insuficiência técnico-econômica de oferta de serviços para tratá-los e preveni-los, perdurando ou gerando novos adoecimentos, bem como, o agravamento dos problemas já existentes.

O CCU, agravo de curso longo, sinaliza adequadamente tal problemática nos territórios do interior do Brasil. No estudo em foco, as mulheres deparavam-se com a fragmentação sistemática entre os serviços de saúde e, deste modo, eram orientadas a buscar o serviço privado, por desembolso direto, para abreviar alguns percursos ou, por total insuficiência econômica, precisavam aguardar tempos alongados para terem diagnóstico e/ou tratamento em tempo oportuno. Logo, a morte de mulheres por CCU é o desfecho cruel desta trama de iniquidades que embaralha as responsabilidades e dificulta, inclusive, identificar a rede de causalidade.

Na região investigada, a teia de problemas socioeconômicos potencializa a dificuldade de adesão ao rastreamento. Por sua vez, a fragilidade da APS com característica seletiva e a rede de serviços com baixa integração expõem as mulheres que aderiram ao rastreamento e as que conseguiram acesso às incertezas de continuidade e resolubilidade do cuidado.

Um achado emblemático, ainda que não apresentado nos resultados, nem descrito na metodologia, refere-se à experiência no campo. As idas e vindas para coleta de dados revelou a dificuldade de acesso aos profissionais, especialmente médicos – com dias e turnos reduzidos nas USF. Outro dado relevante foi a dificuldade nos deslocamentos para coleta de dados, pois pode-se experienciar as adversidades enfrentadas pelas mulheres quando necessitam de assistência especializada ou hospitalar comumente localizados na sede da região de saúde: distância entre suas residências e serviços de saúde e vias rodoviárias inadequadas. Assim, mais do que nunca, a integração regional dos serviços é dependente de sistema logístico e transporte sanitário plenamente disponíveis e de qualidade. Trata-se, por conseguinte, de aporte financeiro elevado, muitas vezes incompatíveis com os orçamentos dos pequenos municípios – justamente os que mais precisam e usam serviços foram do território.

Por fim, os profissionais estão envolvidos de forma ambígua nessa trama de problemas. Não obstante, os profissionais têm dificuldades de resolução diante da estrutura desfavorável, entretanto, também, retroalimentam ou reproduzem iniquidades quando atuam com práticas centradas no procedimento, em detrimento ao cuidado às mulheres. Dito de forma distinta, o agir em saúde dos profissionais, também, requer um olhar atento às necessidades de mulheres que vivem em territórios vulneráveis e que, por conseguinte, precisam de práticas proativas e imersão no convívio comunitário para reversão das iniquidades possíveis.

7. PERSPECTIVA DE CONTINUIDADE COM OUTROS ESTUDOS

Esse estudo traz subsídios para outras pesquisas que se proponham a avaliar a qualidade dos serviços em outras regiões de saúde do Brasil.

A pesquisa apresenta dados relevantes para a melhoria dos serviços prestados na linha de cuidado para controle do câncer do colo do útero e, portanto, tem potencial para subsidiar políticas e ações em saúde no âmbito locorregional, mas, igualmente, pode servir de inspiração para tomada de decisão em outros territórios.

Os achados desta dissertação, somam-se a um conjunto de estudos que vem sendo desenvolvido pelo grupo de pesquisa do Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde. Assim, os resultados podem contribuir para consolidação do grupo na perspectiva teórico-metodológica, bem como poderá servir como catalisador para ampliação das ações de intervenção baseadas nas evidências.

Por estar vinculado a um projeto de pesquisa financiado pela FAPESB, o êxito no desenvolvimento desta investigação aponta para possibilidade de futuras participações em novos editais da mesma agência de fomento, com a chancela de ter alcançado os principais objetivos previamente delineados.

Por fim, a expertise adquirida com a execução das ações de campo e o desenvolvimento de uma pesquisa na perspectiva regional apontam para um acúmulo de experiências que podem servir de atributo para novas parcerias interinstitucionais.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. C. et al. Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. **Cadernos de saúde pública**, v. 35Suppl 2, n. Suppl 2, p. e00065218, 2019.
- ALBUQUERQUE, M. V. et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055–1064, abr. 2017.
- ALLER, M. B. et al. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, 2015.
- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, 2018.
- ALMEIDA, P. F. et al. Regionalized networks and guarantee of specialized health care: The experience of Ceará, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4527–4540, 2019.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015.
- ARBYN, M. et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 2, p. e191–e203, 2020.
- ARMSTRONG, N.; JAMES, V.; DIXON-WOODS, M. The role of primary care professionals in women's experiences of cervical cancer screening: A qualitative study. **Family Practice**, v. 29, n. 4, p. 462–466, 2012.
- ARROSSI, S. et al. Primary Prevention of Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Guideline. **Journal of Global Oncology**, v. 3, n. 5, p. 611–634, 2017.
- BALDOINO, A. S.; VERAS, R. M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. SPE, p. 17–24, 2016.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo de na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A. DE; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.) **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 221–272.
- BARCELOS, M. et al. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **Revista de Saúde Pública**, p. 51–67, 2017.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saude Publica**, v. 41, n. 1, p. 150–153, 2007.
- BOTTARI, C. M. D. S.; VASCONCELLOS, M. M.; MENDONÇA, M. H. M. DE. Câncer

cérvico-uterino como condição marcadora: Uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. SUPPL. 1, p. 111–122, 2008.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Clinical teacher: The complex role of the preceptor in medical residency. **Physis**, v. 21, n. 1, p. 65–85, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de **Diário Oficial da União**. 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 ago. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: Manual Instrutivo. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**, n 13. 2.ed. Cadernos de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 24 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* – Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à

Descentralização Coordenação de Integração Programática. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. Brasília: Ministério da Saúde, 9 fev. 2006. 76 p.

BRITO-SILVA, K. et al. Integrality in cervical cancer care: Evaluation of access. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 2, p. 240–248, 2014.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science and Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611–1625, 2000.

CAMPOS, E. A.; CASTRO, L. M.; CAVALIERI, F. E. S. “Uma doença da mulher”: Experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolau. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 61, p. 385–396, 2017.

CANFELL, K. et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 591–603, 2020.

CASTRO, M. C. et al. Brazil’s unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345–356, 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29–48.

DINIZ, E. Crise, governabilidade e reforma do Estado: em busca de um novo paradigma. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Orgs.) **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 115–126.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **New England Journal of Medicine**, v. 44, p. 166–206, 1966.

DONABEDIAN, A. Quality assessment and monitoring: Retrospect and Prospect. **Evaluation & the Health Professions**, v. 6, n. 3, p. 363–375, 1983.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessment? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988.

DONABEDIAN, A. Formulating Criteria and Standards. In: **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. [s.l.] Oxford University Press, 2003.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, 2018.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA, M. H. M. (Orgs.) **Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 51–72.

FELISBERTO, E. et al. The policy for monitoring and evaluation of primary health care in Brazil from 2003 to 2006: Contextualizing its implementation and effects. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 9, n. 3, p. 339–357, 2009.

FERNANDES, N. F. S. et al. Access to uterine cervical cytology in a health region: Invisible women and vulnerable bodies. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 10, 2019.

FITZMAURICE, C. et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-Adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2017: A systematic analysis for the global burden of disease study. **JAMA Oncology**, v. 5, n. 12, p. 1749–1768, 2019.

FRIAS, P. G. Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO, I. C. et al. (Orgs.) **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. 12, p. 2643–2655, 2014.

GALVÃO, J. R. et al. Healthcare trajectories and obstacles faced by women in a health region in Northeast Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 12, p. 1–17, 2019.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saude publica**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. DE. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493–546.

GONCALVES, R. F. et al. Influência do Mais Médicos no acesso e na utilização de serviços de saúde no Nordeste. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 110, 2019.

GONZÁLEZ, Z. M. Programa de detección del cáncer cervicouterino: Políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. **Salud Colectiva**, v. 13, n. 3, p. 521–535, 2017.

GOSS, P. E. et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. **The Lancet Oncology**, v. 14, n. 5, p. 391–436, 2013.

HANDLER, A.; ISSEL, M.; TURNOCK, B. A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 8, ago. 2001.

HÄMEL, K. et al. Advanced practice nursing in primary health care in the spanish national health system. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 303–314, 2020.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/> Acesso em: 20 ago. 2018.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 114p.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019a. 120 p. ISBN 978-85-7318-389-4 (versão eletrônica)

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019b. 32 p.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality-The case for tracers. **The New England journal of medicine**, v. 288, n. 4, p. 189–194, 1973.

LAURANT, M. et al. Nurses as substitutes for doctors in primary care. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 106, n. 7, 2018.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Assessment of the association between the qualification of physicians and nurses in primary healthcare and the quality of care. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4415–4423, 2011.

LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 52–66, 2018.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **The New England journal of medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 2015.

MALTA, DANTAS, E. F. G. et al. Prática Inadequada De Mulheres Acerca Do Papanicolaou Inadequate Practice Related of the Papanicolaou Test Among Women. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1–9, 2017.

MALTA, D. C. et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e serviços de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 25, n. 2, p. 373–390, 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOREIRA, A. P. L.; DE CARVALHO, A. T. [Id 46938] Tendência De Realização Da Citologia Oncótica E Fatores Associados Em Mulheres De 25 a 64 Anos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 17–28, 2020.

MURAMOTO, F. T.; MATUMOTO, S. Repercusiones del programa brasileño de evaluación

de la calidad en la atención primaria en salud Repercussions of the Brazilian. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 35, n. 3, p. 1–17, 2019.

OLIVEIRA, M. V.; GUIMARÃES, M. D. C.; FRANÇA, E. B. Fatores associados a não realização de papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4535–4544, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais**. Washington, DC: OPAS; 2016.

PAULA, W. K. A. S. et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 335–345, 2016.

PERKS, J.; ALGOSO, M.; PETERS, K. Experiences of Women Attending a Women ' S Health Centre. **Collegian**, 2017.

PERUZZO, H. E. et al. Clima organizacional e trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 755–762, 2019.

PIRES, D. E. P. DE et al. Gestão em saúde na Atenção Primária: o que é tratado na literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, p. 1–19, 2019.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. DOS. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersectoriais. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 379–395, 2018.

PROUDFOOT, J. et al. Team climate for innovation: What difference does it make in general practice? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 3, p. 164–169, 2007.

RASELLA, D. et al. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: A nationwide microsimulation modelling study in Brazil. **BMC Medicine**, v. 17, n. 1, p. 1–11, 2019.

RAHAL, R. M. et al. Primary care physicians' experience using advanced electronic medical record features to support chronic disease prevention and management: Qualitative study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 21, n. 11, 2019.

RIBEIRO, J. C.; ANDRADE, S. R. DE. Health surveillance and pap test coverage: integrative review. **Texto & contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. e5320015–e5320015, 2016.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B. “tem mulher, tem preventivo”: Sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 29, n. 9, p. 1763–1773, 2013.

RICHARD, L. et al. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: The IMPACT international online survey of innovations. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, 2016.

ROCHA, J. A. DE L. **Anísio em movimento**. Brasília: Senado Federal, 2002.

ROMLI, R. et al. Effectiveness of a health education program to improve knowledge and attitude towards cervical cancer and pap smear: A controlled community trial in Malaysia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 21, n. 3, p. 853–859, 2020.

SAMOTO, A.K. **Avaliação da qualidade de serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP**. Orientadora: Sonia Isoyama Venancio. 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Programa de Mestrado da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2013.

SANTOS, A.M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. Salvador: EDUFBA, 2018. 311 p.

SANTOS, A. M. DOS; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: Estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 32, n. 3, p. 1–15, 2016.

SANTOS FERNANDES, N. F. et al. Access to uterine cervical cytology in a health region: Invisible women and vulnerable bodies. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 10, 2019.

SARFATI, D. et al. Cancer control in the Pacific: big challenges facing small island states. **The Lancet Oncology**, v. 20, n. 9, p. e475–e492, 2019.

SILVA, R. C. G. et al. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v. 18, n. 4, p. 703–710, 2018.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 289–301, 2018.

SOUZA, M. K. B. DE et al. Estratégias e métodos da pesquisa sobre a Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em redes regionalizadas. In: **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 117–145.

STARFIELD, B. **Atenção Primária de Saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde, 2002. v. 11

TAYLOR, V. M. et al. Evaluation of a cervical cancer control intervention using lay health workers for Vietnamese American women. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 10, p. 1924–1929, 2010.

TOMASI, E. et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de melhoria do acesso e da qualidade – PMAQ. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 171–180, 2015.

TOSO, B. R. G. DE O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 182–191, 2016.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated

factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. **Social Science and Medicine**, v. 182, n. April 2017, p. 10–19, 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

VILASBÔAS, A. L. Q. et al. **Avaliação de qualidade técnica de intervenções em atenção primária à saúde**. 2019 (no prelo).

VUORI, H. **Quality assurance of health service: concepts and methodology**. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1982.

WALI, R. M. et al. Patient satisfaction with the implementation of electronic medical Records in the Western Region, Saudi Arabia, 2018. **BMC Family Practice**, v. 21, n. 1, p. 1–6, 2020.

WHO. **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. World Health Organization: Geneva, 2008.

WHO. **Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice**, Geneva, World Health Organization, 2014.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

	<p>Instrumento de Coleta de Dados para Médicos e Enfermeiros</p>	
<p>Data da entrevista</p>	<p>___/___/___</p>	
<p>Horário</p>	<p>___ : ___</p>	
<p>Código do entrevistador</p>	<p>_ _ _ </p>	
<p>Número do Município</p>	<p>_ _ </p>	
<p>Número da Unidade</p>	<p>_ _ _ _ </p>	
<p>Número de identificação do entrevistado</p>	<p>_ _ _ _ _ _ </p>	
<p>Estratégias de Planejamento e Gestão para Integração Assistencial e Garantia de Acesso aos Serviços Especializados de Média Densidade Tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia) APOIO FINANCEIRO: Pesquisa financiada pela Fapesb – Edital Jovem Cientista Baiano – 008/2015</p> <p>EXECUÇÃO: Instituto Multidisciplinar de Saúde / Campus Anísio Teixeira / Universidade Federal da Bahia</p>		

A. PERFIL DO PROFISSIONAL				
Nesta parte vamos conversar sobre características pessoais como idade, escolaridade, situação de trabalho, cidade de nascimento, etc.				
A1	Qual função você desempenha na equipe?	0. Enfermeiro(a)		<input type="checkbox"/>
		1. Médico(a)		
		99. Não quis responder		
A2	Sexo	0. Feminino		<input type="checkbox"/>
		1. Masculino		
		2. Outro		
		99. Não quis responder		
A3	Qual a sua idade?	<input type="text"/> <input type="text"/> anos		<input type="text"/> <input type="text"/>
		99. Não quis responder		
A4	Qual o seu estado conjugal?	0. Nunca foi casado(a)		<input type="checkbox"/>
		1. Casado(a) ou vive com companheiro(a)		
		2. Separado(a) ou divorciado(a)		
		3. Viúvo(a)		
		99. Não quis responder		
A5	Qual é a sua cor (raça)?	0. Branca		<input type="checkbox"/>
		1. Preta		
		2. Amarela		
		3. Parda		
		4. Indígena		
		99. Não quis responder		
<i>[Nas perguntas A6 a A8 você deve perguntar a informação e redigir por extenso o nome informado pelo participante, SEM ACENTOS]</i>				
A6	Qual a sua cidade de nascimento?			

A7	Qual seu estado de nascimento?	
A8	Qual seu país de nascimento?	

B. INSERÇÃO E CAPACITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
Nesta parte vamos conversar sobre sua experiência e formação profissional				
B1	Há quanto tempo a(a) sr(a) atua na atenção primária em saúde deste município?	0. Menos de 6 meses		_ _ _
		1. 6 meses a 2 anos		
		2. 2 a 4 anos		
		3. Mais de 4 anos		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
B2	Qual o seu vínculo com este município?	0. Servidor público estatutário		_
		1. Cargo comissionado		
		2. Contrato temporário por prestação de serviço		
		3. Mais Médicos		
		4. Outro		
		99. Não quis responder		
B3	Qual foi o mecanismo de ingresso?	0. Concurso público		_
		1. Seleção pública		
		2. Indicação		
		3. Outra		
		99. Não quis responder		
B4	O(a) sr(a) possui experiência anterior em Saúde da Família?	1. Sim	Se 1: ir para B5	_
		0. Não		
		99. Não quis responder		
B4.1	Qual o tempo de experiência em Saúde da Família?	_ _ _ anos		_ _ _
		99. Não quis responder		
B5	Quantos dias na semana você atua nesta equipe de saúde?	0. Um dia		_
		1. Dois dias		
		2. Três dias		

		3. Quatro dias		
		4. Cinco dias		
		5. Outro		
		99.Não quis responder		
B6	Qual a sua carga horária semanal nesta USF/UBS?	0. até 10 horas		<input type="checkbox"/>
		1. 11-20 horas		
		2. 21-30 horas		
		3. 31-40 horas		
		4. Outra		
		99.Não quis responder		
B7	Tem outro vínculo de trabalho?	1. Sim	Se 0: ir para B8	<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99.Não quis responder		
B7.1	Esse outro vínculo é neste município?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99.Não quis responder		
B7.2	Qual a carga horária semanal nesse outro vínculo?	0. até 10 horas		<input type="checkbox"/>
		1. 11-20 horas		
		2. 21-30 horas		
		3. 31-40 horas		
		4. Outra		
		99.Não quis responder		
B7.3	Qual serviço/setor é esse outro vínculo?	0. Hospital público		<input type="checkbox"/>
		1. Hospital privado		
		2. Consultório/Clínica/Ambulatório privado		
		3. Centro/Posto de Saúde/Unidade de Saúde da Família		
		4. Pronto-socorro/emergência/UPA		
		5. Outro serviço de saúde		
		6. Universidade como docente		
		99.Não quis responder		
B8	Você já realizou alguma pós graduação?	1. Sim	Se 0: ir para B.9	<input type="checkbox"/>

		0. Não		
		99. Não quis responder		
B8.1	Você possui especialização em Saúde da Família ou áreas afins?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99. Não quis responder		
B8.2	Você possui especialização em Ginecologia ou áreas afins?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99. Não quis responder		
B8.3	Você possui Residência em Saúde da Família/Saúde Coletiva e áreas afins?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99. Não quis responder		
B8.4	Você possui Residência em Ginecologia?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99. Não quis responder		
B8.5	Você possui Residência em Outras áreas?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99. Não quis responder		
B8.6	Você possui Mestrado em Saúde da Família/Saúde Coletiva e áreas afins?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99. Não quis responder		
B8.7	Você possui Mestrado em outras áreas?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99. Não quis responder		
B8.8	Você possui Doutorado em Saúde da Família/Saúde Coletiva e áreas afins?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99. Não quis responder		
B8.9	Você possui Doutorado em outra área?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99. Não quis responder		
B9	Você possui curso de abordagem sindrômica?	1. Sim	Apenas para enfermeiros	<input type="checkbox"/>
		0. Não		

		98. Não se aplica		
		99. Não quis responder		
B10	Você participou de ações de educação permanente relacionadas ao Câncer do Colo do Útero?	1. Sim	Se 0: ir para B.11	<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		99. Não quis responder		
B10.1	Há quanto tempo você participou desta ação de educação permanente relacionada ao Câncer do Colo do Útero?	0. Até 1 ano		<input type="checkbox"/>
		1. 1-2 anos		
		2. Mais de 3 anos		
		99. Não quis responder		
B11	Você utiliza o Telessaúde?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		

C. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA UNIDADE

Nesta parte vamos conversar sobre a organização da unidade onde você atua e da estrutura disponível para cuidado.

C1	Quantas equipes de saúde da família trabalham nesta unidade?	0. Uma equipe		<input type="checkbox"/>
		1. Duas equipes		
		2. Três equipes		
		3. Quatro ou mais equipes		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
C2	Quais os profissionais que atuam na sua equipe?			
C2.1	O médico atua em sua equipe?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		

C2.2	O enfermeiro atua em sua equipe?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
C2.3	O agente comunitário de saúde atua em sua equipe?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
C2.4	O técnico de enfermagem atua em sua equipe?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
C3	Existe definição da área de abrangência da equipe?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
C4	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
C5	Quantos turnos de atendimento a unidade disponibiliza para a população?	0. Manhã/Tarde		<input type="checkbox"/>
		1. Apenas manhã		
		2. Apenas tarde		
		3. Manhã/Tarde/Noite		
		4. Turnão		
		98. Não sabe responder		
99. Não quis responder				
C6	Quantos dias da semana a unidade disponibiliza para a população?	0. Um dia		<input type="checkbox"/>
		1. Dois dias		
		2. Três dias		
		3. Quatro dias		
		4. Cinco dias		

		5. Seis dias ou mais		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
C7	Sua unidade é informatizada e tem acesso à internet?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
C8	Como são registradas as informações de saúde?	0. Prontuário físico (em papel)		<input type="checkbox"/>
		1. Prontuário eletrônico (Estratégico)		
		2. Ambos (Papel e eletrônico)		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
C9	A equipe utiliza o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
C10	A equipe realiza a solicitação de exames pelo SISCAN?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
C11	O município alimenta os dados no SISCAN?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		

D. ACESSO E REALIZAÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO

Nesta parte, vamos conversar sobre acesso e realização do exame citopatológico do colo do útero (preventivo) nesta Unidade de Saúde.

D1	A coleta do exame citopatológico do colo do útero (preventivo) é realizada nesta unidade de saúde?	1. Sim	Se 1: ir para D3	<input type="checkbox"/>
		0. Não		

		2. Temporariamente não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D2	Por qual motivo a coleta do exame citopatológico do colo do útero (preventivo) não é realizado nesta unidade de saúde?			
D2.1	Pela ausência do profissional?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D2.2	Pela ausência do profissional do sexo feminino para coleta?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D2.3	Por falta de insumos (lâmina, espéculo etc.)?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D2.4	Por estrutura física inadequada (foco, mesa ginecológica etc.)?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D2.5	Por problema no laboratório de análise?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D2.6	Por motivos de outra natureza?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D1.2	Há quanto tempo a coleta do exame citopatológico do colo do útero (preventivo) NÃO é realizada nesta unidade de saúde?	0. Menos de 3 meses		<input type="checkbox"/>
		1. Entre 3 a 6 meses		
		2. Acima de 6 meses		
		3. Nunca foi realizado		
		98. Não sabe responder		

		99. Não quis responder		
D3	Existe necessidade de agendamento prévio para coleta do citopatológico do colo do útero (preventivo), nesta unidade de saúde?	1. Sim	Se 0: ir para D4	<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D3.1	Para agendamento da coleta do citopatológico do colo do útero (preventivo) há necessidade da guia de solicitação do médico ou enfermeiro?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D3.2	Quando a usuária da sua área de abrangência precisa agendar a coleta do exame citopatológico, qual(is) é (são) a(s) possibilidade(s) disponível(eis), nesta unidade de saúde?			
D3.2.1	Agendamento presencial na unidade?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D3.2.2	Marcação via Agente Comunitário de Saúde (ACS)?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D3.2.3	Agendamento por telefone (ou aplicativos)?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D4	Quando a usuária não é de sua área de abrangência e precisa agendar a coleta do exame citopatológico, qual (is) é(são) a(s) possibilidade(s) disponível(eis), nesta unidade de saúde?			
D4.1	Presencial na unidade?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D4.2	Por telefone (ou aplicativos)?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		

		99. Não quis responder		
D4.3	Não agendamos usuárias de fora da nossa área de abrangência <i>(OBS: Marque SIM, apenas se a unidade não agendar usuárias fora da área de abrangência).</i>	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D5	Como as mulheres ficam sabendo sobre a marcação e realização para o exame citopatológico (preventivo) nesta unidade de saúde?			
D5.1	Por cartazes na unidade de saúde e na comunidade, Veículo de comunicação (rádio etc.)?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D5.2	Por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D5.3	Por meio do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) e demais profissionais da equipe?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D6	Com que frequência essa unidade de saúde oferta a coleta de exame citopatológico (preventivo)?	0. Diária		<input type="checkbox"/>
		1. Duas a três vezes por semana		
		2. Semanal		
		3. Quinzenal		
		4. Mensal		
		5. Outra		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D7	A equipe realiza mutirões para ampliar o acesso ao exame citopatológico (preventivo) nesta unidade de saúde?	1. Sim	Se 0: ir para D8	<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		

D7.1	Com qual periodicidade esta unidade de saúde realiza os mutirões para exame citopatológico (preventivo)?	0. Uma vez por ano		<input type="checkbox"/>
		1. Duas vezes por ano		
		2. Mais que duas vezes por ano		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D8	A equipe possui registro das mulheres que realizaram o exame citopatológico (preventivo) nesta unidade?	1. Sim	Se 0: ir para D9	<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D8.1	A equipe realiza o monitoramento deste registro para identificar as mulheres com exame citopatológico (preventivo) atrasado ?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D8.2	A equipe faz busca ativa das mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico (preventivo)?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		2. A unidade não possui mulheres com coleta atrasada		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D8.3	A equipe realiza o monitoramento deste registro para identificar as mulheres com exame citopatológico (preventivo) alterado ?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D8.4	A equipe realiza busca ativa das mulheres com resultado de exame citopatológico (preventivo) alterado ?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D9	Quais as estratégias utilizadas pela equipe para mobilização das mulheres para realização do exame citopatológico?			<input type="checkbox"/>
	<i>[Nesse momento, você deve explicar que irá citar alternativas para o entrevistado e ele irá responder "SIM" ou "NÃO" para cada opção dita]</i>			
D9.1	Visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		

		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D9.2	Visita domiciliar do enfermeiro ou demais profissionais?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D9.3	Consulta para outra finalidade (consulta oportunística)?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D9.4	Ações educativas em sala de espera, atividade de grupo e feira de saúde?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D9.5	Outra estratégia que não foi citada é realizada?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D9.6	A equipe não realiza estas ações.	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
	<i>[Essa questão só será respondida com a alternativa "SIM", caso a equipe não realize ações de monitoramento. Caso sejam respondidas as alternativas anteriores ela deve ser respondida com "NÃO"]</i>			
D10	Qual profissional realiza a coleta do exame citopatológico (preventivo) nesta unidade de saúde?			
	<i>[Agora, irei citar algumas alternativas e você me responderá com "SIM" ou "NÃO" para cada opção dita]</i>			
D10.1	Enfermeiro.	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D10.2	Médico generalista (ou clínico geral).	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		

		99. Não quis responder		
D10.3	Ginecologista.	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D10.4	Estudantes/residentes acompanhados do professor/preceptor.	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D10.5	Outro profissional que eu não citei realiza a coleta?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D11	Quais profissionais desta unidade avaliam os resultados dos exames de preventivo?			
	<i>[Agora, irei citar algumas alternativas e você me responderá com "SIM" ou "NÃO" para cada opção dita]</i>			
D11.1	O Enfermeiro avalia?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D11.2	O Médico generalista (ou clínico geral) avalia?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D11.3	O Ginecologista avalia?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D11.4	Estudantes/residentes acompanhados do professor/preceptor avaliam?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D11.5	Há algum outro profissional que não foi citado e também avalia?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		

		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D12	Quais profissionais desta unidade realizam o tratamento de lesões de baixo grau (LSIL/NIC I)? <i>[Agora, irei citar algumas alternativas e você me responderá com “SIM” ou “NÃO” para cada opção dita]</i>			
D12.1	O Enfermeiro realiza o TRATAMENTO?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D12.2	O Médico generalista (ou clínico geral) realiza o TRATAMENTO?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D12.3	O Ginecologista realiza o TRATAMENTO?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D12.4	Estudantes/residentes acompanhados do professor/preceptor realizam o TRATAMENTO?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D12.5	Há algum outro profissional que não citei realiza o realiza o TRATAMENTO?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D12.6	O TRATAMENTO não é realizado nesta unidade. (OBS: Marcar SIM, apenas de não for realizado o tratamento na unidade)	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
	<i>[Essa questão só será respondida com a alternativa “SIM”, caso não se realize o tratamento na unidade. Caso sejam respondidas as alternativas anteriores ela deve ser respondida com “NÃO”]</i>			
D13	Quais profissionais desta unidade realizam o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento de LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU (LIAG/HSIL ou NIC II/NIC III)?			

		<i>[Agora, irei citar algumas alternativas e você me responderá com “SIM” ou “NÃO” para cada opção dita]</i>		
D13.1	O Enfermeiro realiza o encaminhamento?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D13.2	O Médico generalista (ou clínico geral) realiza o encaminhamento?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D13.3	O Ginecologista realiza o encaminhamento?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D13.4	Estudantes/residentes acompanhados do professor/preceptor realizam o encaminhamento?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D13.5	Outro profissional que não foi citado realiza o encaminhamento?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D13.6	O tratamento para LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU (LIAG/HSIL ou NIC II/NIC III) é realizado nesta unidade?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D14	Você tem conhecimento dos protocolos (do Ministério da Saúde/INCA) para identificação precoce/rastreamento do câncer do colo do útero?	1. Sim	Se 0: ir para D15	<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D14.1	Com qual frequência você utiliza os protocolos (do Ministério da Saúde/INCA) para identificação precoce/rastreamento do câncer do colo do útero?	2. Sempre		<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		98. Não sabe responder		

		99. Não quis responder		
D15	Com qual frequência a equipe realiza o seguimento/acompanhamento das mulheres DURANTE tratamento realizado na atenção especializada?	2. Sempre		<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D16	Com qual frequência a equipe realiza o seguimento/acompanhamento das mulheres APÓS tratamento realizado na atenção especializada?	2. Sempre		<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D17	Você considera que a infraestrutura da unidade (espaço físico) é adequada para realização do exame citopatológico nesta unidade de saúde?	2. Totalmente adequada		<input type="checkbox"/>
		1. Parcialmente adequada		
		0. Inadequada		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D18	Você considera que existem materiais/insumos adequados para realização do exame citopatológico nesta unidade de saúde?	2. Totalmente adequada		<input type="checkbox"/>
		1. Parcialmente adequada		
		0. Inadequada		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D19	Existe mesa ginecológica adequada nesta unidade de saúde para o exame citopatológico?	2. Totalmente adequada		<input type="checkbox"/>
		1. Parcialmente adequada		
		0. Inadequada		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D20	Qual a frequência do envio das lâminas coletadas nesta unidade de saúde para Secretaria Municipal de Saúde/ laboratório?	2. Diária		<input type="checkbox"/>
		1. Semanal		
		0. Mensal		
		3. Outra		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		

	<i>[Essa questão se refere ao envio da unidade para a secretaria municipal de saúde, laboratório, unidade de referência ou quaisquer outras unidades para as quais a unidade do entrevistado encaminhe]</i>			
D21	O laboratório de referência para avaliação do material coletado localiza-se neste município?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D22	Como você considera a coleta do exame citopatológico (preventivo) realizada nesta unidade?	2. Totalmente adequada		<input type="checkbox"/>
		1. Parcialmente adequada		
		0. Inadequada		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D23	Como você considera o acondicionamento das lâminas realizadas nesta unidade?	2. Totalmente adequada		<input type="checkbox"/>
		1. Parcialmente adequada		
		0. Inadequada		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D24	Qual o tempo entre a coleta das lâminas e o envio para Secretaria Municipal de Saúde/laboratório?	3. Até 24 h		<input type="checkbox"/>
		2. Entre 1 e 3 dias		
		1. Entre 3 a 5 dias		
		0. Mais de 5 dias		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D25	Em caso de AMOSTRA INSATISFATÓRIA, a mulher consegue reagendar um novo exame em quanto tempo?	4. Até 1 mês		<input type="checkbox"/>
		3. Entre 1 a 3 meses		
		2. Entre 3 a 6 meses		
		1. Acima de 6 meses		
		0. Não existe esta rotina de repetição de exame		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D26	Em quanto tempo, mulheres com diagnóstico citopatológico de LESÃO INTRAEPITELIAL DE BAIXO GRAU (LSIL ou NIC I), repetem o exame preventivo nesta unidade?	3. Em até 6 meses		<input type="checkbox"/>
		2. Entre 6 meses e 12 meses		
		1. Acima de 12 meses		

		0. Não existe esta rotina de repetição de exame		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
D27	Quando há necessidade de exame no serviço de referência (colposcopia, biópsia etc.) EM OUTRO MUNICÍPIO a mulher consegue transporte sanitário pela SMS?	2. Sempre		<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		

E. COORDENAÇÃO DO CUIDADO E INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL

Nesta parte, vamos conversar sobre coordenação do cuidado e integração com a rede especializada na linha de cuidado do Câncer do Colo do Útero

E1	Houve algum caso de câncer do colo de útero em mulheres no território de abrangência desta unidade de saúde, nos últimos 12 meses?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E2	Nesta unidade houve algum caso de mulheres diagnosticadas com LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU (LIAG/HSIL ou NIC II/NIC III)?	1. Sim	Se 0: Ir para E3	<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E2.1	As mulheres diagnosticadas com LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU (LIAG/HSIL ou NIC II/NIC III) foram encaminhadas para os serviços de referência para confirmação diagnóstica (colposcopia e biópsia) e tratamento?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E3	Qual a localização das unidades secundárias de referência para <u>confirmação diagnóstica</u> ?	2. Neste município		<input type="checkbox"/>
		1. Neste município e em outro município		

		0. Em outro município		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E4	Qual localização das unidades secundárias de referência para tratamento de lesão precursora ?	2. Neste município		<input type="checkbox"/>
		1. Neste município e em outro município		
		0. Em outro município		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E5	Em caso de dúvida quanto à sua conduta clínica (diagnóstico ou tratamento), como você resolve? <i>[Agora, irei citar algumas alternativas e você me responderá com “SIM” ou “NÃO” para cada opção dita]</i>			<input type="checkbox"/>
E5.1	Entra em contato (pessoal ou telefone) com o ginecologista de referência?	1. Sim		
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E5.2	Encaminha ao ginecologista?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E5.3	Utiliza o Telessaúde?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E5.4	Recorre aos protocolos do Ministério da Saúde/INCA?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E5.5	Busca apoio de outros colegas da equipe?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		

		99. Não quis responder		
E5.6	Realiza alguma outra estratégia que não foi citada?	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E5.7	Não tem dúvidas. (OBS: Marque SIM, apenas se o entrevistado responder que não apresenta nenhuma dúvida)	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		0. Não		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E6	O que você pensa sobre a qualidade das informações fornecidas pela sua equipe, sobre a usuária, no seu encaminhamento ao serviço de referência?	4. Ótima		<input type="checkbox"/>
		3. Boa		
		2. Regular		
		1. Ruim		
		0. Péssima		
		98. Não sabe responder		
E7	Caso o resultado determine encaminhamento a outro serviço, a equipe acompanha essa mulher na trajetória assistencial, verificando a adesão ao tratamento?	2. Sempre		<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E8	Esta equipe, se necessário, tem acesso aos relatórios dos serviços especializados de referência relativos a resultados parciais, durante a realização do tratamento da usuária?	3. Sim, o serviço encaminha automaticamente relatórios durante o tratamento		<input type="checkbox"/>
		2. Sim, se acionamos o serviço temos acesso às informações		
		1. Nunca busquei por estes relatórios		
		0. Não temos acesso aos relatórios		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
E9		99. Não quis responder		<input type="checkbox"/>
		2. Sempre		

	Esta equipe recebe a contrarreferência, quando o serviço especializado realiza a alta dessa usuária?	1. Às vezes 0. Nunca 98. Não sabe responder 99. Não quis responder		
E10	Você considera que, os ginecologistas que atuam na unidade de referência para diagnóstico e tratamento da lesão precursora, estão devidamente qualificados?	3. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 0. Discordo totalmente 97. Não se aplica 98. Não sabe responder 99. Não quis responder		<input type="checkbox"/>
E11	As mulheres com lesões precursoras têm acesso a COLPOSCOPIA (quando necessário) na unidade de referência?	2. Sempre 1. Às vezes 0. Nunca 97. Não se aplica 98. Não sabe responder 99. Não quis responder	Se 0: ir para E12	<input type="checkbox"/>
E11.1	Quanto tempo, em média, demora para estas mulheres conseguirem acesso a COLPOSCOPIA (quando necessário) na unidade de referência?	5. Menos de 15 dias 4. 15 dias à 1 mês 3. 1 a 2 meses 2. 2 a 3 meses 1. 3 a 6 meses 0. Mais de 6 meses 98. Não sabe responder 99. Não quis responder		<input type="checkbox"/>
E11.2	Qual a principal forma de acesso das mulheres à COLPOSCOPIA (quando necessário)?	0. Por meio do desembolso direto (via pagamento ao serviço privado) 1. Por meio de políticos (vereadores ou outro político) 2. Por meio de plano privado de saúde 3. Por meio do Sistema Único de saúde (SUS)		<input type="checkbox"/>

		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E12	As mulheres com lesões precursoras têm acesso a BIÓPSIA (quando necessário) na unidade de referência?	2. Sempre	Se 0: Ir para E13	<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E12.1	Quanto tempo, em média, demora para estas mulheres conseguirem acesso a BIÓPSIA (quando necessário) na unidade de referência?	5. Menos de 15 dias		<input type="checkbox"/>
		4. 15 dias à 1 mês		
		3. 1 a 2 meses		
		2. 2 a 3 meses		
		1. 3 a 6 meses		
		0. Mais de 6 meses		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E12.2	Qual a principal forma de acesso das mulheres à BIÓPSIA (quando necessário)?	0. Por meio do desembolso direto (via pagamento ao serviço privado)		<input type="checkbox"/>
		1. Por meio de políticos (vereadores ou outro político)		
		2. Por meio de plano privado de saúde		
		3. Por meio do Sistema Único de saúde (SUS)		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E13	As mulheres com lesões precursoras têm acesso ao HISTOPATOLÓGICO (quando necessário) na unidade de referência?	2. Sempre	Se 0: Ir para E14	<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		

E13.1	Quanto tempo, em média, demora para estas mulheres conseguirem acesso ao HISTOPATOLÓGICO (quando necessário) na unidade de referência?	5. Menos de 15 dias		<input type="checkbox"/>
		4. 15 dias à 1 mês		
		3. 1 a 2 meses		
		2. 2 a 3 meses		
		1. 3 a 6 meses		
		0. Mais de 6 meses		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E13.2	Qual a principal forma de acesso das mulheres ao HISTOPATOLÓGICO (quando necessário)?	0. Por meio do desembolso direto (via pagamento ao serviço privado)		<input type="checkbox"/>
		1. Por meio de políticos (vereadores ou outro político)		
		2. Por meio de plano privado de saúde		
		3. Por meio do Sistema Único de saúde (SUS)		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
E14	As mulheres com lesões precursoras têm acesso A EXÉRESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO (EZT) (quando necessário) na unidade de referência?	2. Sempre	Se 0: Ir para E15	<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E14.1	Quanto tempo em média, as mulheres conseguem ter acesso a EXÉRESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO (EZT) (quando necessário) na unidade de referência?	5. Menos de 15 dias		<input type="checkbox"/>
		4. 15 dias à 1 mês		
		3. 1 a 2 meses		
		2. 2 a 3 meses		
		1. 3 a 6 meses		
		0. Mais de 6 meses		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		

E14.2	Qual a principal forma de acesso das mulheres a EXÉRESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO (EZT) (quando necessário)?	0. Por meio do desembolso direto (via pagamento ao serviço privado)		<input type="checkbox"/>
		1. Por meio de políticos (vereadores ou outro político)		
		2. Por meio de plano privado de saúde		
		3. Por meio do Sistema Único de saúde (SUS)		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
E15	Como você avalia os laudos emitidos pelo laboratório de referência em relação à citopatologia e histopatologia?	2. Totalmente de confiança		<input type="checkbox"/>
		1. Parcialmente de confiança		
		0. Não confio		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E16	Os laudos são liberados agilmente, permitindo que as condutas sejam realizadas em tempo oportuno?	2. Sempre		<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E17	A emissão de resultados do laboratório clínico para esta unidade de atenção primária é um problema frequente?	2. Sempre		<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E18	Em casos de resultados alterados, o laboratório prioriza o envio desses resultados para esta unidade?	2. Sempre		<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		

		99. Não quis responder		
E19	Qual o tempo para realização da colposcopia, quando há a identificação de citologia sugestiva de LESÃO INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU (LIAG/HSIL ou NIC II/NIC III)?	3. Até 3 meses		<input type="checkbox"/>
		2. Entre 3 a 6 meses		
		1. Entre 6 a 12 meses		
		0. Acima de 12 meses		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		
E20	Quando necessário, é realizado (nas unidades secundárias) o tratamento das lesões de alto grau pelo Cirurgia de Alta Frequência (CAF), para tratamento imediato das lesões após confirmação colposcópica?	2. Sempre		<input type="checkbox"/>
		1. Às vezes		
		0. Nunca		
		97. Não se aplica		
		98. Não sabe responder		
		99. Não quis responder		

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal da Bahia
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a), você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia)**”, desenvolvida pela mestrandu Eduarda Ferreira dos Anjos, sob responsabilidade do Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Este termo atende a Resolução 466/2012, e destina-se a esclarecer o(a) senhor(a) sobre os objetivos da pesquisa, já aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa e aprovada, também, pela FAPESB.

Objetivo: Este estudo será realizado na Região de Saúde de Vitória da Conquista, que faz parte da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia e pretende: Analisar as estratégias de planejamento e gestão do cuidado para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica em rede regionalizada na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia. Ressalta-se que o projeto elegeu a linha de cuidado à saúde da mulher, especificamente o cuidado referente ao câncer de colo uterino.

Metodologia: Sua participação constará respondendo a um questionário que será aplicado a médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Este instrumento busca compreender a visão dos profissionais em relação ao cuidado e serviços ofertados a mulheres.

Justificativa e Relevância: As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do percurso assistencial com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades. Tal escolha deve-se a importância epidemiológica e social do tema, destacando que tal agravo é o terceiro mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, sendo seu controle umas das prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde. As estratégias para planejamento e gestão em rede regionalizada, na perspectiva de um sistema integrado, são vitais no cerne de uma política social como o Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista o conjunto de problemas de saúde cujo enfrentamento transcende a capacidade gestora de apenas um ente subnacional, ou seja, pauta-se na necessidade de um sistema articulado, interdependente e cooperativo.

Desconfortos e riscos: Não ocorrerá nenhum procedimento invasivo. Porém, poderá ocorrer algum constrangimento durante a aplicação do questionário, sendo assim, para evitar que isso ocorra, se o(a) senhor(a) concordar em participar será convidado(a) a um ambiente reservado e tranquilo para responder as questões contidas no questionário.

Participação Voluntária: Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o (a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a UFBA ou com o serviço de saúde.

Benefícios: Sua participação é importante e contribuirá para o melhor conhecimento sobre a coordenação entre a Estratégia de Saúde da Família e os diferentes níveis de atenção à saúde na Região de Saúde, e os resultados poderão contribuir para a melhoria do SUS locorregional e brasileiro.

Garantia de esclarecimento: Os participantes da equipe do trabalho prestarão esclarecimentos da finalidade da pesquisa no momento em que o(a) senhor(a) for convidado(a) a participar. O(a) senhor(a) poderá, em qualquer momento, solicitar o esclarecimento de mais informações acerca do referido estudo entrando em contato direto com a mestrandu Eduarda Ferreira dos Anjos, por meio dos contatos (77)99150-1575 ou pelo e-mail eduardaanjos93@gmail.com.

Confidencialidade do estudo: Os dados advindos deste projeto serão mantidos em sigilo e utilizados para fins acadêmicos. O(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum momento como participante da pesquisa.

Continua...

Termo de Consentimento: Se o(a) senhor(a) aceitar contribuir com a realização deste estudo deverá assinar, em duas vias de igual teor, este termo de consentimento livre e esclarecido no qual estão descritas todas as informações pertinentes ao trabalho. A pesquisadora responsável, ou membro de sua equipe, também assinará as duas vias deste termo, sendo que uma via com as assinaturas ficará em posse da equipe de pesquisadores e a outra via, também com as assinaturas, ficará com o(a) senhor(a).

Garantia de Indenização: A participação no referido projeto não trará nenhum prejuízo, com exceção do possível Desconforto e Risco descrito acima. No entanto, caso o(a) senhor(a) sinta-se prejudicado(a) de alguma forma, poderá solicitar as devidas providências para solucionar o ocorrido.

Consentimento para participação: Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Profissão: _____

Data: _____

Eduarda Ferreira dos Anjos
Pesquisadora mestranda

Adriano Maia dos Santos
Pesquisador orientador

Para maiores informações com relação ao Comitê de Ética entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP - SERES HUMANOS IMS/CAT-UFBA): Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Pavilhão Administrativo, Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias. CEP: 45029-094 - Vitória da Conquista, BA – Brasil. Site: <http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/>, Telefone: 3429-2720.

ANEXO A – Parecer de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa

INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE-UFBA-CAMPUS
ANÍSIO TEIXEIRA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia).

Pesquisador: Adriano Maia dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27247414.0.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 624.168

Data da Relatoria: 24/04/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto intitulado "Estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia) sob responsabilidade do pesquisador Adriano Maia dos Santos, visa analisar as estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica numa Região de Saúde da Bahia.

Os autores esperam com este estudo, realizar um diagnóstico da regulação para oferta adequada e acesso de serviços de média densidade tecnológica.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem como objetivo principal analisar as estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica numa Região de Saúde da Bahia.

Como objetivos específicos o estudo propõe (i) Discutir o processo de planejamento, gestão e regulação assistencial do acesso aos serviços especializados (consultas, exames e procedimentos) de média densidade tecnológica, numa Região de Saúde; (ii) Identificar como os gestores na Comissão Intergestores Regional (CIR) planejam e empregam as diferentes ferramentas de gestão

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITORIA DA CONQUISTA

Telefone: (61)0161-6161

E-mail: drlucianorosa@yahoo.com.br

**INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE-UFBA-CAMPUS
ANÍSIO TEIXEIRA**



Continuação do Parecer: 624.168

propostas no Pacto pela Saúde e no Decreto 7508/11 para integração da rede de serviços de saúde; (iii) Descrever a rede e a oferta de serviços especializados de média densidade tecnológica disponibilizados no território regional; (iv) Discutir os dispositivos facilitadores e limitantes para planejamento e integração da rede de serviços na Região de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos os pesquisadores relatam que pode trazer ao participante alguns riscos como constrangimento e receio em responder às questões. Mas também relatam que estes riscos serão minimizados, pois em momento algum o participante será obrigado a responder qualquer questão. Com relação aos benefícios o estudo propõe o conhecimento acerca dos avanços e limites na integração e acesso aos serviços de saúde na Região de Saúde. Pretendem debater os resultados na academia e nos serviços e, assim contribuir para implantação de políticas que possam auxiliar nas políticas de saúde da referida região.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, aborda a regulação do acesso como o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente da disponibilidade de recursos financeiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde objetiva, promover o acesso equânime, universal e integral aos usuários do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O processo de regulação do acesso pode constituir-se em um poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária, permitindo às instâncias de gestão (estadual, municipal e federal) regular o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde (VILARINS, 2010). A regulação, ao garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, atua sobre a oferta dos serviços, assume o planejamento das ações e estabelece a adequação desta oferta de acordo com as necessidades identificadas. Contudo, para que a regulação do acesso à assistência seja efetiva são necessárias políticas de avaliação e fiscalização, que dentre outros fatores, identifiquem às necessidades de saúde da população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória exigidos pelo CEP IMS/CAT foram anexados. exigidos

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITORIA DA CONQUISTA

Telefone: (61)0161-6161

E-mail: drlucianorosa@yahoo.com.br

INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE-UFBA-CAMPUS
ANÍSIO TEIXEIRA



Continuação do Parecer: 624.168

Recomendações:

As recomendações feitas em parecer anterior foram esclarecidas adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do protocolo de pesquisa foi verificado que o mesmo não apresenta pendências éticas. Assim, indico a aprovação do mesmo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O coordenador do CEP IMS/CAT avaliou os esclarecimentos realizados pelo proponente do protocolo de pesquisa e verificou não haver mais pendências. Assim, o aprovou ad referendum.

VITORIA DA CONQUISTA, 24 de Abril de 2014

Assinador por:
Luciano Pereira Rosa
(Coordenador)

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITORIA DA CONQUISTA

Telefone: (61)0161-6161

E-mail: drlucianorosa@yahoo.com.br