

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Ana Laura Brandão Motta

**Avaliação das ações de prevenção ao câncer de colo de útero na Atenção Básica em
saúde no estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2017

Ana Laura Brandão Motta

Avaliação das ações de prevenção ao câncer de colo de útero na Atenção Básica em saúde no estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz

Coorientador(a): Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Rio de Janeiro
2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M921a Motta, Ana Laura Brandão.
Avaliação das ações de prevenção ao câncer de colo de útero na atenção básica em saúde no estado do Rio de Janeiro / Ana Laura Brandão Motta. -- 2017.
260 f. ; il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Marly Marques da Cruz.
Coorientadora: Márcia Cristina Rodrigues Fausto.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde.
3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Neoplasias do Colo do Útero.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.994098153

Ana Laura Brandão Motta

Avaliação das ações de prevenção ao câncer de colo de útero na Atenção Básica em saúde no estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Aprovada em: 30 de março de 2017.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Patty Fidelis de Almeida

Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Elisete Casotti

Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Mendonça

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Rosana Kuschinir

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz (Orientadora)

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Rodrigues Fausto (Coorientadora)

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

Ao meu filho,

Por esse amor desde o meu ventre até o apagar
dos meus olhos.

AGRADECIMENTOS

Sobre os caminhos, caminhar e destinos.....

Chegar não é mais valioso que a andança. O encontro é precioso e necessário!

Onde o tempo ao mesmo tempo pode ser o senhor de delicadezas, também pode ser avassalador.

Essa tese foi um caminhar profundo, com grande dose de esforço e uma poderosa rede de apoio.

Meus sinceros agradecimentos:

A Deus, por ter me dado fôlego e me levantado muitas vezes para que eu conseguisse continuar me esforçando.

Ao meu filho, por no meio disso tudo, ter me mostrado o amor, que não sei ainda nem nomear, talvez nunca saiba, justamente por ser único e tão potente.

Ao meu companheiro, por estar ao meu lado em tudo nessa vida.

Aos meus pais, por me darem a vida.

Ao meu irmão, por acreditar em mim e me incentivar.

À Juliana e a Graziela por serem minhas grandes amigas, por terem me ensinado o gosto pela saúde pública e por serem profissionais das quais muito me orgulho.

À Vanessa por literalmente estar nesse doutorado todo ao meu lado.

As minhas orientadoras Marly e Marcia por terem me indicado caminhos para chegar nesse produto final.

Ao Fred, Marcelo, Maria Pasionaria, Juliana, Luis Pedro, Edilene por estarem no dia a dia comigo acompanhando essa trajetória.

RESUMO

O debate político da saúde tem conferido foco à Atenção Básica (AB) como um locus privilegiado para a organização da atenção, além disso, questões relacionadas ao acesso e à resolutividade da AB são muito importante para o desempenho do seu papel na conformação dos sistemas de saúde e sua responsabilidade em relação às ações de promoção e prevenção à saúde, principalmente em relação às doenças crônicas não transmissíveis. A Estratégia Saúde da Família visa reorientar o modelo assistencial, ao incluir na sua prática a articulação das ações de saúde, por meio da expansão e qualificação da AB, gerando assim cenário favorável à reorganização, por exemplo, do rastreamento do câncer do colo do útero (CCU). O objetivo da tese é avaliar as ações de prevenção do câncer de colo de útero na AB em saúde no estado do Rio de Janeiro (RJ), considerando a disponibilidade, adequação e resolutividade. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal de abordagem quantitativa, que baseou-se na análise de diferentes bases de dados secundários. A avaliação da disponibilidade levou em consideração os equipamentos e insumos disponíveis nas unidades de AB e a adequação dos processos de trabalho desenvolvidos. A avaliação da resolutividade dos processos assistenciais foi realizada segundo indicadores como vacinação contra HPV e realização do rastreamento do CCU. Encontrou-se que a população feminina enfrenta obstáculos para acessar a rede de serviços de saúde no RJ em seu contato com a AB. Observa-se falta de insumos e equipamentos para a realização do exame; incipiência da realização de ações de educação em saúde; baixa porcentagem de equipes que realizam busca ativa de mulheres, para a sensibilização sobre o CCU e realização do exame citopatológico ou para busca das mulheres com exames alterados; falta de fluxo e não seguimento dos protocolos, diretrizes e inadequados encaminhamentos aos serviços de referência. Em relação à resolutividade das ações de prevenção observou-se redução do número de doses de vacina de HPV e baixa cobertura populacional; além da baixa razão do exame citopatológico, e a redução do quantitativo de atendimentos e solicitação do exame. Esta avaliação apresentou um retrato da disponibilidade, dos processos de trabalhos e da resolutividade de parcela importante das equipes de Saúde da Família existentes no estado e pode ser um ponto de partida para análises posteriores. Este registro pode ser o início de um processo consistente de monitoramento e avaliação da AB e objeto de contínuo aperfeiçoamento metodológico, dados os desafios postos pela complexidade tecnológica da AB e que exige dos interessados um debate permanente sobre o conteúdo e as formas de organização das práticas nesse âmbito do SUS em relação ao câncer de colo de útero.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Avaliação em saúde. Acesso aos serviços de saúde. Resolução de problemas. Neoplasias do colo do útero.

ABSTRACT

The political debate on health has focused on Primary Health Care (PHC) as a privileged locus for the organization of care, in addition, issues related to access and resolving PHC are very important for the performance of its role in the conformation of health systems and their responsibility in relation to health promotion and prevention actions, especially in relation to chronic noncommunicable diseases. The Family Health Strategy (FHS) that aims to reorient the care model by including in its practice the articulation of health actions through the expansion and qualification of the PHC, creating a favorable scenario for the reorganization, for example, of cervical cancer screening (CCS). The objective of the thesis is to evaluate the prevention practices of cervical cancer in the PHC in the state of Rio de Janeiro, considering the availability, adequacy and resolution. This is a descriptive study, cross-sectional, quantitative approach based on the analysis in different bases of secondary data (PMAQ-AB, SIAB, IBGE, INCA, SISCOLO, SPNI). Assessment of availability taking into account the equipment and inputs available in the PHC units and the adequacy of the work processes developed. The evaluation of the processes care of resolvability was performed according to indicators such as Papillomaviridae vaccination and realization of CCS screening. It was found that the female population faces obstacles to access the network of health services in RJ in its contact with the PHC. It is observed a lack of inputs and equipment to perform the exam; incipience of health education actions; low percentage of teams that perform active search of women, to raise awareness about CCS and to perform the cytopathological examination or to search for women with altered exams; lack of flow, and failure to follow protocols, guidelines and inadequate referral to referral services. Regarding the resolution of preventive actions, there was a reduction in the number of Papillomaviridae vaccine doses and low population coverage; Besides the low ratio of the cytopathological examination, and the reduction of the number of visits and request of the examination. This evaluation presented a picture of the availability, work processes, and resolvability of a significant portion of the Family Health teams existing in the state and can be a starting point for further analysis. This register can be the beginning of a consistent process of monitoring and evaluation of the PHC and object of continuous methodological improvement, given the challenges posed by the technological complexity of the PHC and that demanded of the interested parties a permanent debate on the content and the forms of organization of the practices in the UHS in relation to cervical cancer.

Keywords: Primary health care. Health Evaluation. Health Services Accessibility. Problem solving. Uterine cervical neoplasms.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Trajetória das diferentes formas de organização assistencial dos serviços de saúde e as iniciativas do MS que contribuíram para garantir e ampliar a organização da AB no Brasil	31
Figura 2 - Uma década de movimentos e iniciativas para o monitoramento e a avaliação da Atenção Básica no Brasil.....	43
Figura 3 - Linha de cuidado do câncer de colo de útero.....	69
Figura 4 - Mapa do estado do Rio de Janeiro e sua subdivisão por regiões	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistematização das principais características dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB	87
Quadro 2 - Quantitativo de unidades básicas de saúde e de ESF das regiões do estado e do município do Rio de Janeiro em relação às unidades básicas de saúde e equipes da AB participantes do PMAQ, nas regiões do estado e do município do Rio de Janeiro, nos anos de 2012 e 2014 respectivamente	89
Quadro 3 - Representatividade da amostra de acordo com os ciclos e módulos do PMAQ, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	91
Quadro 4 - Variáveis relacionadas à prevenção ao câncer de colo de útero selecionadas segundo as subdimensões de disponibilidade e adequação no instrumento do ciclo 1 do PMAQ.....	92
Quadro 5 - Composição do instrumento do Ciclo 1 do PMAQ - AB por módulo, número de perguntas existentes e pré selecionadas para o estudo e número de perguntas após os critérios de exclusão	93
Quadro 6 - Variáveis relacionadas à prevenção ao câncer de colo de útero selecionadas segundo as sub dimensões de disponibilidade e adequação no instrumento do ciclo 2 do PMAQ.....	94
Quadro 7 - Composição do instrumento do Ciclo 2 do PMAQ - AB por módulo e número de perguntas existentes e selecionadas para o estudo e número de perguntas após os critérios de exclusão	95
Quadro 8 - Quantitativo de indicadores construídos segundo disponibilidade e adequação para os ciclos 1 e 2 do PMAQ	96
Quadro 9 - Quantitativo de indicadores utilizados nas análises dos resultados, segundo disponibilidade e adequação do ciclo 1 e 2 do PMAQ.....	96
Quadro 10 - Compatibilização das variáveis do ciclo 1 e ciclo 2 do PMAQ para comparação dos resultados segundo disponibilidade e adequação.....	97
Quadro 11 - Quantitativo de indicadores utilizados nas comparações dos resultados, segundo disponibilidade e adequação do ciclo 1 e 2 do PMAQ.....	98
Quadro 12 - Matriz de análise- Etapas da avaliação, variáveis, técnicas de investigação e fontes	100
Quadro 13: Sistematização das etapas do estudo segundo conceito empregado, variáveis, perguntas, padrões e indicadores utilizados.	100
Quadro 14 - Unidades credenciadas para o atendimento do câncer que integram a rede do SUS nas regiões estado do RJ no ano de 2013	120

Quadro 15 - Trajetória das normativas relacionadas ao Câncer de Colo de útero em âmbito federal e estadual	121
Quadro 16 - Sistematização das atas das CIBs realizadas no período de 2012 a 2014.....	126
Quadro 17 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes a Disponibilidade de equipamentos para a prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	130
Quadro 18: Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes a disponibilidade de insumos da ESF para prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	131
Quadro 19 : Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes a disponibilidade de material impresso da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	134
Quadro 20 - Padrões de referência considerados e indicadores criados para as perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes a disponibilidade de equipamentos, insumos e material impresso da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero.....	135
Quadro 21 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à disponibilidade de equipamentos da ESF para prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e do município do Rio de Janeiro	139
Quadro 22: Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à disponibilidade de insumos da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e do município do Rio de Janeiro	140
Quadro 23: Padrões de referência considerados e os indicadores construídos para as perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à disponibilidade de equipamentos e insumos da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero	143
Quadro 24 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação das atividades desenvolvidas pelas equipes da AB para a prevenção do câncer de colo uterino segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	149
Quadro 25 - Padrões de referência considerados e os indicadores criados para as perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero	151
Quadro 26 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	155
Quadro 27 - Padrões de referência considerados e indicadores construídos para as perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero	157

Quadro 28 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação das atividades de educação em saúde com foco na prevenção do câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	162
Quadro 29 - Padrões de referência considerados e indicadores construídos para as perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação das ações de educação em saúde com foco na prevenção primária ao câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF.....	164
Quadro 30 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação das atividades de educação em saúde com foco na prevenção do câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	168
Quadro 31 - Padrões de referência considerados e os indicadores construídos para as perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação das ações de educação em saúde com foco na prevenção primária ao câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF	169
Quadro 32 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do Câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	172
Quadro 33 - Padrões de referência considerados e os indicadores construídos para as perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF	173
Quadro 34 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do Câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	176
Quadro 35 - Padrões de referência considerados e os indicadores construídos para as perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF	177
Quadro 36 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de atividade com foco na prevenção do Câncer de colo de útero em gestantes segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	180
Quadro 37 - Padrões de referência e indicador construído para a pergunta do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação do acompanhamento a gestantes com foco na prevenção do câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF	181
Quadro 38 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação da realização de atividade com foco na prevenção do câncer de colo de útero em gestantes segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	184

Quadro 39 - Padrões de referência considerados e indicadores construídos para as perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação do acompanhamento a gestantes com foco na prevenção do câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF..... 185

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Série histórica da proporção de cobertura populacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no estado e no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014.....	114
Gráfico 2 - Série Histórica da cobertura populacional pelas equipes de Atenção Básica nas regiões do estado e no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2014.....	115
Gráfico 3 - Série histórica da proporção de internações por condições sensíveis à atenção Básica nas regiões do estado e no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2014	117
Gráfico 4 - Diferença em relação aos indicadores de disponibilidade de equipamentos e insumos da ESF utilizados na prevenção do Câncer de colo de útero do ciclo 1 e 2 do PMAQ segundo as regiões e o município do Rio de Janeiro.....	146
Gráfico 5 - Diferença em relação aos indicadores do ciclo 1 e 2 que compõem as variáveis relacionadas à adequação dos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF em relação à prevenção do câncer de colo de útero segundo regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	160
Gráfico 6 - Diferença em relação aos indicadores do ciclo 1 e 2 que compõem as variáveis relacionadas à adequação da realização de ações de educação em saúde segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	171
Gráfico 7 - Diferença em relação aos indicadores do ciclo 1 e 2 que compõem as variáveis relacionadas à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	179
Gráfico 8 - Diferença em relação aos indicadores do ciclo 1 e 2 que compõem as variáveis relacionadas à adequação do acompanhamento de gestantes segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	187
Gráfico 9 - Série histórica de razão de exame citopatológico de colo útero em mulheres de 25 a 64 anos, segundo as regiões de saúde do estado e o município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014.....	191
Gráfico 10 - Série histórica do quantitativo de atendimentos a mulheres de 25 a 64 anos para coleta do preventivo citológico em unidades de Atenção Básica segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014.....	192
Gráfico 11 - Série histórica do quantitativo de solicitações de exames citopatológicos em unidades de Atenção Básica segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014.....	193

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População das regiões do estado e do município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014	113
Tabela 2 - Proporção do contingente populacional das regiões em relação a população total do estado do Rio de Janeiro em 2014	113
Tabela 3 - Taxa bruta e taxa ajustada de mortalidade por idade por câncer de colo de útero nas regiões do estado e no município do Rio de Janeiro no ano de 2015	119
Tabela 4 - Indicadores do ciclo 1 do PMAQ, referentes a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos da ESF utilizados na prevenção do Câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e do município do Rio de Janeiro	137
Tabela 5 - Indicadores do ciclo 2 do PMAQ referentes à disponibilidade de Equipamentos e insumos da ESF utilizados na prevenção do Câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	145
Tabela 6 - Indicadores do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF em relação à prevenção do câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	153
Tabela 7 - Indicadores do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF em relação à prevenção do câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	159
Tabela 8 - Indicadores do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de atividades de educação em saúde com foco na prevenção do câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	166
Tabela 9 - Indicadores do ciclo 2 do PMAQ, referentes à realização de atividades de educação em saúde com foco na prevenção do câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	170
Tabela 10 - Indicadores do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do Câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro.....	174
Tabela 11 - Indicadores do ciclo 2 do PMAQ referentes à realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	178
Tabela 12 - Indicadores do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de atividade com foco na prevenção do câncer de colo de útero em gestantes segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	182

Tabela 13 - Indicadores do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação da realização de atividade com foco na prevenção do Câncer de colo de útero em gestantes segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro	186
Tabela 14 - Quantitativo de doses aplicadas do imuno HPV quadrivalente segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro no período de 2012 a 2014	188
Tabela 15 - Cobertura Vacinal HPV- Quadrivalente Dose 1 - Sexo feminino de 11 a 13 anos de idade segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro no ano de 2014.....	189
Tabela 16 - Coberturas vacinais - HPV Quadrivalente Dose 2 - Sexo feminino de 11 a 14 anos de idade segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro no ano de 2014.....	190

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CADWEB	Cadastro Nacional de Usuários do SUS
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
CS	Centro de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CISMEPA	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Paraíba
CCU	Câncer de Colo de Útero
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
ICSAP	Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS

IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
M&A	Monitoramento e Avaliação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OTICS/RIO	Observatórios de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAtool	Primary Care Assessment Tool
PIASS	Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento
PI TEC	Programa Integrado de Tecnologia em Citopatologia
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMS	Pesquisa Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRO-ADESS	Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família em grandes centros urbanos
PROVAB	Programa de Valorização de profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
QUALICOPC	<i>Quality and Costs of Primary Care in Europe</i>
RJ	Rio de Janeiro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SISCOLO	Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISMAMA	Sistema de Informação de Câncer de Mama
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SISPLAN	Sistema de Planejamento
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Vacinação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL	26
2.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	41
2.3 DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	50
2.3.1 Disponibilidade e Adequação na Atenção Básica em Saúde	51
2.3.2 Resolutividade na Atenção Básica em saúde.....	57
2.4 CÂNCER DE COLO UTERINO E AS AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	62
2.4.1 Atenção Básica em Saúde e as ações de prevenção do câncer de colo de útero	70
3 OBJETIVOS	81
3.1 OBJETIVO GERAL	81
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	81
4 METODOLOGIA.....	82
4.1 ABORDAGEM E REFERENCIAL DE ANÁLISE.....	82
4.2 ETAPAS DO ESTUDO.....	84
4.2.1 Etapa 1: Avaliação da disponibilidade e adequação das práticas de prevenção ao câncer de colo de útero nas unidades de atenção básica em saúde.	84
4.2.2 Etapa 2: Avaliação da dimensão de resolutividade dos processos assistenciais de prevenção ao câncer de colo de útero	99
4.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO: O ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	107
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	126
4.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	127
5 RESULTADOS	129
5.1 DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	129
5.2 AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	147

5.3 RESOLUTIVIDADE DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CANCER DE COLO DE ÚTERO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	187
6 DISCUSSÃO	194
6.1 DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	197
6.2 ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO.....	201
6.3 RESOLUTIVIDADE DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CANCER DE COLO DE ÚTERO NA ATENÇÃO BÁSICA em saúde.....	216
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	220
REFERÊNCIAS	227
ANEXO A - VARIÁVEIS E PERGUNTAS RELACIONADAS A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO, PRESENTES NOS QUESTIONÁRIOS DO PMAQ NO CICLO 1.....	247
ANEXO B - Variáveis e perguntas relacionadas a prevenção do câncer de colo de útero, presentes nos questionários do PMAQ no Ciclo 2.....	251
ANEXO C - Padrões de referências e indicadores, segundo as sub dimensões de disponibilidade e adequação, para as perguntas do Ciclo 1 do PMAQ	254
ANEXO D - Padrões de referências e indicadores, segundo as sub dimensões de disponibilidade e adequação, para as perguntas do Ciclo 2- PMAQ	257
ANEXO E - Descrição das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, segundo os municípios que as compõem	260

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o debate político da saúde tem conferido foco e destaque à Atenção Básica (AB) como um locus privilegiado para a organização da atenção à saúde. Além disso, questões relacionadas ao acesso, à estrutura e disponibilidades de insumos e equipamentos, à adequação dos processos de trabalho e à resolutividade dos processos assistenciais da AB são muito importantes para o desempenho do seu papel na conformação dos sistemas de saúde e sua responsabilidade em relação às ações de promoção e prevenção à saúde, principalmente no que se refere às doenças crônicas não transmissíveis.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) faz parte do sistema de saúde brasileiro sendo o modelo proposto para a organização dos serviços de atenção primária à saúde (BRASIL, 2006). Ao incluir na sua prática a articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, por meio da expansão e qualificação da atenção primária, gera um cenário favorável à reorganização do modo, por exemplo, do cuidado do câncer do colo do útero.

Após mais de 20 anos de existência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e sua significativa abrangência nacional, observa-se iniciativas de avaliações das ações realizadas sobre as diversas dimensões e atributos da AB.

Entre os desafios presentes no campo da avaliação da AB encontra-se a realização de pesquisas que apótem evidências sobre os impactos das inovações propostas pela ESF na organização do sistema e na saúde das populações.

A maior parte das avaliações realizadas no país foca nos processos de implementação do ESF e avalia o impacto da atenção por meio de indicadores determinados por fatores como renda, saneamento, educação, entre outros. Ainda são escassos os estudos que propõem avaliar o desempenho do sistema de saúde de forma global. Outro desafio a ser enfrentado relaciona-se à criação de mecanismos institucionais que permitam regularidade de análise dos dados (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008).

Observa-se uma grande diversidade de abordagens e estudos avaliativos da AB, o que reflete a importância e necessidade do aprofundamento sobre as dimensões de acesso e as subdimensões de disponibilidade e adequação e a dimensão resolutividade dos processos assistenciais na formulação e implementação de políticas públicas de saúde e reforçando o seu potencial e objetivo de vislumbrar possibilidades de mudanças e aprimoramentos na organização do SUS.

Ao analisar a disponibilidade, a adequação e a resolutividade, percebe-se que são dimensões devidamente relevantes da AB e avaliar em que medida tais dimensões vêm sendo

alcançadas, constitui-se numa fundamental ferramenta de aprimoramento do SUS. Isto porque a garantia de acesso aos serviços de saúde no Brasil está assegurada, tomando-se como referência o texto constitucional e os princípios do SUS, a partir da corresponsabilidade dos entes federados, dos gestores, trabalhadores da saúde e dos usuários.

Ao reconhecer que a AB exerce o papel de porta preferencial para o sistema de saúde e que suas unidades representam serviços de busca regular por parte dos usuários, além de a AB também exercer o papel de filtro em relação aos demais níveis de atenção, é crucial compreender e analisar o acesso a esses serviços, assim como compreender a qualidade e os resultados dos processos alcançados.

O acesso constitui-se como desafio na construção do cuidado integral e como elemento de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde. A falta do acesso e da integralidade gera descontinuidade na atenção e compromete o acesso a encaminhamentos nas unidades básicas de saúde, comprometendo a resolutividade da atenção ofertada.

Para uma AB resolutiva é necessário a ampliação do acesso às demandas dos usuários e a capacidade em resolvê-las de forma qualificada. Para isso, dentre outras questões, a AB depende fortemente da integração com os demais níveis de atenção à saúde.

O papel da AB abrangente e resolutiva que atua na promoção, prevenção primária e secundária tem a possibilidade de redução de custos do câncer de colo de útero, sejam eles os custos emocionais e psicológicos para as mulheres e familiares que têm que lidar com essa patologia, assim como os custos econômicos para os sistemas de saúde com o tratamento e os cuidados paliativos.

O câncer de colo de útero é uma doença evitável e tratável, que possui uma história natural conhecida, e tem possibilidade de ser prevenida e detectada precocemente o que permite um excelente prognóstico. Este agravo se configura como uma questão antiga de saúde pública no Brasil e que já ocupa espaço na agenda governamental desde as décadas 1960-1970. No entanto, ainda apresenta grandes problemas estruturais e processuais não solucionados em relação ao cuidado em geral, principalmente a garantia da disponibilidade, adequação e da resolutividade.

Portanto, faz-se necessário o investimento em processos avaliativos das ações de prevenção e promoção em saúde na AB, em particular no que concerne as ações voltadas ao cuidado do câncer de colo de útero. O processo avaliativo da Atenção Básica pode contribuir como mecanismo indutor para reflexões dos atores envolvidos com a gestão do cuidado.

A avaliação da disponibilidade, adequação e resolutividade dos processos assistenciais deve se consubstanciar como processo que de fato possa orientar mudanças e se traduzir em ações de melhorias para os usuários do SUS, pois uma federação que cuida de sua população executa políticas públicas que preservam a vida, garantem os principais direitos básicos e acima de tudo o bem estar. Parte-se do princípio que a utilização de processos avaliativos crítico-reflexivo e contínuos contribuem para que gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade para o alcance da resolutividade do sistema e satisfação dos usuários (BRASIL, 2005b).

No Brasil, desde 1988, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a detecção precoce da doença por meio do rastreamento de mulheres sexualmente ativas, utilizando-se o exame citopatológico do colo do útero (RIBEIRO *et al.*,2013). As avaliações relacionadas às ações de prevenção ao câncer de colo de útero e às análises do modo de rastreamento e do impacto dessas ações da Atenção Básica podem apoiar a melhoria da gestão do cuidado e da resolutividade.

Mesmo que avaliações recentes destaquem melhoras na cobertura do exame preventivo, ainda há problemas de acesso nas áreas mais pobres, em especial para mulheres negras. Em suma, o câncer de colo de útero traz à tona a questão da iniquidade racial e socioeconômica e que se materializa de forma diferente nas regiões. Assim, o câncer de colo de útero traça perfis de saúde evitáveis e injustos que requerem ser modificados, evidenciando a necessidade de pesquisas que tenham capacidade de avaliar essa situação e possa propor recomendações (RIBEIRO *et al.*,2013).

A seleção do estado do Rio de Janeiro para a presente análise ocorreu devido à história que o estado tem no contexto político do país e a extensa trajetória na organização de ações e serviços para a promoção à saúde e à prevenção do câncer de colo do útero.

Com base no exposto anteriormente, algumas questões de investigação foram elaboradas:

- a) Como está a disponibilidade e adequação no que se refere às ações de prevenção do câncer de colo de útero no estado do Rio de Janeiro?
- b) Como está a resolutividade dos processos assistenciais da ESF no estado do RJ? E quais são seus principais resultados nas ações de prevenção ao câncer de colo de útero na Atenção Básica no estado do Rio de Janeiro?
- c) Quais são as facilidades e barreiras para o acesso e para a garantia da resolutividade das ações de prevenção ao câncer de colo de útero na AB?

Essas questões orientaram a construção da presente tese, conformando assim o tema e os objetivos de investigação que serão detalhados a seguir.

ESTRUTURA DA TESE

Com intuito de aprofundar as questões de pesquisa acima mencionadas, o presente trabalho está estruturado da seguinte forma: introdução; referencial teórico que é composto por quatro tópicos.

O primeiro tópico apresenta o referencial teórico conceitual sobre os enfoques de APS com destaque para sua importância na conformação dos sistemas de saúde; a trajetória da APS e suas transformações na política nacional de saúde brasileira e por fim, os avanços e desafios da AB no contexto atual.

No segundo tópico é feita uma breve contextualização da avaliação no âmbito da AB demonstrando os diversos movimentos e iniciativas para a institucionalização do monitoramento e da avaliação diante da expansão da ESF no Brasil ao longo dos últimos vinte e dois anos.

O terceiro tópico consiste em uma apresentação das dimensões da avaliação da AB que foram aprofundadas na tese: o acesso e a resolutividade. Ao levar em consideração a complexidade da dimensão do acesso, alguns elementos e conceitos são essenciais para a compreensão e discussão, tais como a utilização dos serviços de saúde, a adequação dos processos assistenciais, a cobertura dos serviços, a acessibilidade, a estrutura, a disponibilidade de insumos e equipamentos, além do acolhimento.

Em seguida há a apresentação da avaliação da dimensão de resolutividade da AB que é refletida através de como a rede assistencial está organizada e como se constitui a qualidade do cuidado ofertado.

O quarto e último tópico do referencial teórico aborda as questões do câncer de colo de útero no âmbito da AB, destacando seu importante papel na promoção e prevenção à saúde, como as ações de educação em saúde, vacinação contra o HPV e as atividades de detecção precoce e rastreamento.

Na sequência, são apresentados os objetivos da tese e a metodologia que se apoiou na abordagem de avaliação de serviços de saúde, com destaque para a avaliação na perspectiva dos processos assistenciais nos contextos organizacionais e técnicos da Atenção Básica em relação à prevenção ao câncer de colo de útero no estado do Rio de Janeiro.

A realização da avaliação de resultados se deu em duas etapas, a saber:

- (1) Avaliação da estrutura dos serviços AB em relação à disponibilidade de equipamentos e insumos e a avaliação da adequação das práticas assistenciais para a realização das ações de prevenção do câncer de colo de útero;
- (3) Avaliação da resolutividade das ações de prevenção do CCU.

Cada etapa mencionada está relacionada a um objetivo específico e expressa um eixo de análise da pesquisa.

Os resultados são expostos exatamente de acordo com as etapas de estudo mencionadas.

A discussão dos resultados partiu do diálogo desses tópicos com as bibliografias relacionadas a cada tema abordado.

E por fim, as considerações finais que têm como proposta retomar e articular as principais discussões entre os referidos capítulos, além de suscitar reflexões derivadas do estudo sobre a avaliação do câncer de colo de útero considerando a disponibilidade, adequação e resolutividade, além de tecer algumas recomendações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem exercendo importante papel na organização das ações e serviços dos sistemas de saúde em diversos países desde meados do século XX, variando nos diferentes contextos históricos, políticos e socioeconômicos, bem como, assumindo diversas conformações de acordo com as distintas realidades. Há inúmeras concepções e práticas relativas à APS que se alteraram ao longo do tempo, assim como diferentes percepções quanto ao seu escopo para distintos atores envolvidos no campo da saúde.

A temática da APS está relacionada a um dos primeiros espaços dedicados à discussão conceitual sobre a APS, que foi a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata em 1978. Na Conferência foi elaborada a declaração que é considerada um marco histórico para a afirmação da importância da APS na conformação dos sistemas de saúde (FAUSTO, 2005).

A conferência expressou questionamentos aos modelos verticais de intervenção propostos pela OMS na década de 1960 para o combate a endemias e doenças transmissíveis em países em desenvolvimento, que se dava por meio de intervenções seletivas e descontextualizadas, e com ênfase no modelo médico hegemônico (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A literatura sugere, pelo menos, quatro linhas de interpretações para compreensão da APS (VUORI, 1986; GIL, 2006; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012):

a. Um conjunto de atividades - relacionadas às práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que se configuram como medidas intersetoriais e não se limitam às ações próprias do campo da saúde, tais como: educação em saúde; fornecimento de alimentos e nutrição apropriada; água potável e saneamento básico; cuidados de saúde materno e infantil; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento básico de problemas de saúde e provisão de medicamentos essenciais;

b. Um dos níveis de assistência - é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde que as pessoas entram em contato primeiro, o que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato;

c. Abrangente e integral - como concepção de modelo assistencial e estratégia de organização do sistema de ações e serviços, ou seja os serviços de saúde têm de ser: acessíveis; relevantes para as necessidades da população; funcionalmente integrado; baseado na comunidade; custo efetivo; e caracterizado pela colaboração entre os setores da sociedade;

d. Como filosofia - essa faceta é a essência do movimento de atenção primária à saúde que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde, pela justiça social e igualdade; a solidariedade internacional; a auto-responsabilidade; e uma aceitação de um conceito amplo de saúde. Sendo esses princípios que devem nortear as ações desenvolvidas no âmbito de um sistema de saúde.

Starfield (2002) considera que as várias concepções de APS não são excludentes, podendo coexistir em um mesmo sistema de saúde. Desse modo, propõe que a APS seja compreendida como uma abordagem que baseia e determina o trabalho dos demais níveis de atenção no sistema, organizando e racionalizando o uso dos recursos básicos ou especializados direcionados para a promoção, a prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar da população.

A abordagem abrangente da APS reforça a necessidade de reformas sociais que reduzam as disparidades acreditando em uma aliança entre médicos, enfermeiros, líderes comunitários e na construção de centros de saúde e postos de saúde polivalentes para que atuem contra as principais doenças e promovam o progresso social (CUETO, 2015).

De acordo com a proposição de Starfield para redesenhar as políticas e reorientar os sistemas de saúde pela APS, é necessário compreender os atributos essenciais e derivados de uma APS abrangente.

Os atributos essenciais são: a prestação de serviços de primeiro contato; a responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade ao longo da vida; a garantia do cuidado integral (considerando âmbito físico, psíquico e social da saúde); e a coordenação das ações e serviços para as necessidades menos frequentes e mais complexas. Os atributos derivativos são: orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (STARFIELD, 2002).

O conceito de APS abrangente foi amplamente difundido e influenciou as propostas de organização da atenção em diversos sistemas de saúde. Nesse contexto, a Fundação Rockefeller, em contrapartida, disseminou internacionalmente uma noção seletiva da APS, ancorada em análises de custo efetividade, com formulação de programas com foco em questões específicas de saúde, desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde e

doença (BAPTISTA *et al.*, 2009; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012) que pouco relacionava saúde ao desenvolvimento.

A tensão entre uma perspectiva de APS abrangente e a seletiva ocorreu durante a década de 1980 como reflexo do debate sobre a organização e funcionamento das particularidades dos sistemas de saúde, implementados sobre interesses conflitantes, assumindo características distintas nos processos de reformas dos países europeus e latino-americanos ao longo dos anos 1980 e 1990 (BAPTISTA *et al.*, 2009; CASTRO e MACHADO, 2012).

Em geral, nos países europeus, o termo APS referia-se a uma perspectiva mais abrangente e aos serviços ambulatoriais de primeiro contato, sendo base de um sistema de saúde universal e capaz de orientar a organização do sistema como um todo. Enquanto nos países periféricos, com sistemas de saúde menos estruturados no sentido da universalidade, o termo APS correspondia a programas seletivos e focalizados, dirigidos a populações pobres, onde o cenário de crise econômica e a emergência dos governos neoliberais favoreceram a disseminação do discurso seletivo (CUETO, 2004; GIOVANELLA, 2006; SALTMAN, RICO e BOERMA, 2006).

A APS seletiva designa um pacote de intervenções de baixo custo para combater as doenças, com a disseminação de programas, principalmente em países em desenvolvimento, amplamente divulgada e financiada por agências internacionais, com destaque para a realização de ações relacionadas ao cuidado materno infantil (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Observa-se, na sequência, o movimento de renovação da APS impulsionado pelas agências internacionais OMS e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) com meta de alcançar os oito objetivos do milênio acordados pelas Nações Unidas nos anos 2000.

Cerca de 25 anos depois de Alma Ata a temática ganha destaque novamente no cenário internacional e duas publicações da OPAS são bem importantes nesse sentido. Em 2003, foram lançadas recomendações para o fortalecimento da APS e, em 2005, foi divulgado o documento “Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas” que destacou a necessidade de alcançar a atenção universal e abrangente por parte dos sistemas de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Essa publicação sugere que a América Latina deva fortalecer a APS para enfrentar novos desafios a partir da garantia da satisfação do cidadão e da comunidade com os serviços e prestadores; da melhoria da qualidade da atenção e da gestão; do fortalecimento do

ambiente político e da estrutura institucional necessária para o cumprimento bem-sucedido de todas as funções do sistema de saúde (OPAS/OMS, 2005).

Segundo a OPAS/OMS (2005), para a renovação da APS seria necessário colocar essa temática em uma agenda mais ampla de equidade e desenvolvimento humano por meio do fortalecimento dos sistemas de saúde, promovendo melhorias sustentáveis na participação da comunidade e na colaboração intersetorial em todos os âmbitos, desde a articulação econômica e social, até a ação comunitária. Isso, com foco nos determinantes, sendo necessário também investir no desenvolvimento de recursos humanos.

Silveira, Machado e Matta (2015) reconhecem a importância do movimento de renovação da APS, como uma expressão de uma inflexão importante na agenda da OPAS, os autores reforçam uma visão de APS muito mais abrangente que a abordagem programática.

Diversos autores demonstram que sistemas de saúde com APS forte estão associados a melhores resultados de saúde (STARFIELD, SHI e MACINCKO, 2005; SALTMAN, RICO e BOERMA, 2006; MACINKO, STARFIELD e SHI, 2003; KRINGOS *et al.*, 2010). A partir de estudo realizado em países industrializados com orientação para a APS, observou-se a relação de uma APS abrangente a menores taxas de mortalidade principalmente relacionadas ao câncer, à doença cardiovascular, a doenças respiratórias, à mortalidade prematura e infantil. Além disso, indicam um aumento da expectativa de vida e melhoria na autopercepção de saúde dos usuários (STARFIELD, SHI e MACINCKO, 2005).

Os sistemas de saúde onde a APS dispõe de recursos adequados para facilitar o acesso, de maneira coordenada e contínua, através da aplicação eficiente de recursos e prestação de cuidados de qualidade contribuem para a equidade ao acesso às ações e aos serviços de saúde (KRINGOS *et.al.*, 2010a).

Apesar dos resultados positivos conferidos a uma APS estruturante do sistema de saúde, a consolidação da APS abrangente, principalmente na América Latina, passa por alguns desafios, como as transformações no perfil epidemiológico das populações; além da necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens divergentes de APS implementada nos países. Permanecendo ainda a necessidade de desenvolvimento nesses países de melhores práticas da APS, para serem mais eficazes e possuir o crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde, além de estratégias para alcançar cobertura universal dos sistemas de saúde (WHO, 2008).

O Relatório Mundial da Saúde, publicado pela OMS no ano de 2008, intitulado, “Atenção Primária: agora mais do que nunca”, reforça a necessidade de se instituírem

sistemas de atenção à saúde com base em uma APS forte e de qualidade, impulsionando a revitalização da temática da APS em comemoração aos 30 anos pós Alma-Ata (LAVRAS, 2011; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012). Esse relatório ressalta o papel da APS como coordenadora do cuidado e indica sua importância na garantia de atenção integral e contínua, com responsabilização pela saúde dos integrantes da comunidade.

Um grande desafio é enfrentar a fragmentação, ordenando os sistemas de saúde com base na APS, constituindo sistemas universais de saúde que garantam a atenção integral.

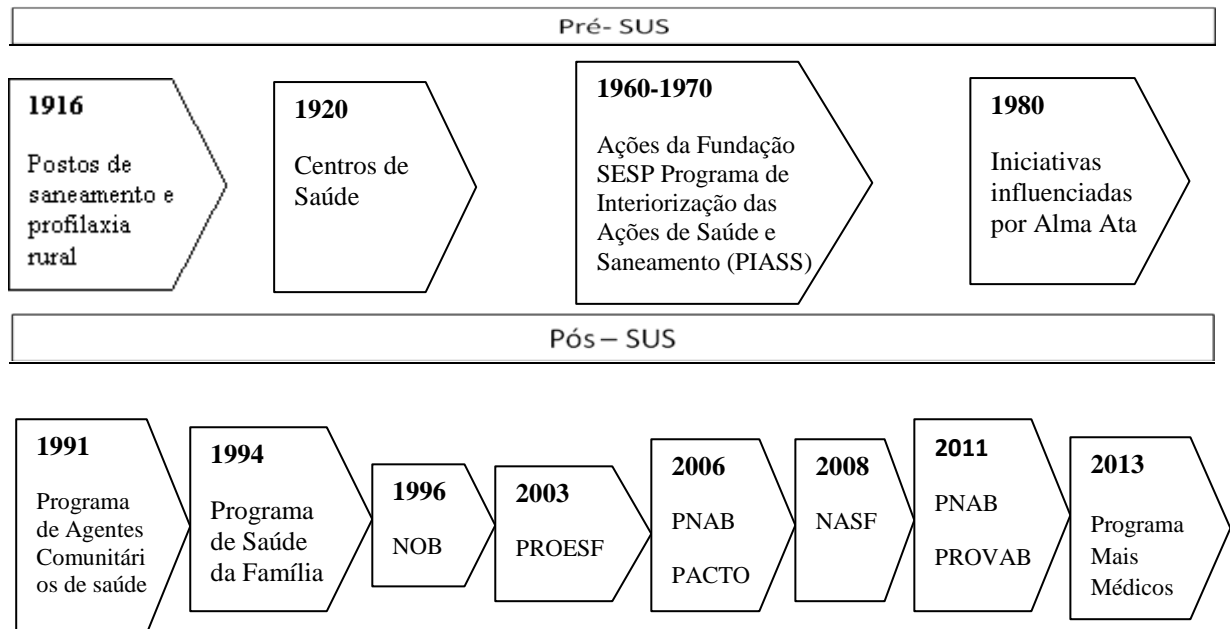
Além disso, é importante reforçar o papel dos serviços de APS como a porta de entrada do sistema com ação resolutiva, assim como aclarar o papel das equipes da APS na condução, coordenação do processo do cuidado, integração com os outros níveis assistenciais e a regulação dos fluxos de atendimento.

No Brasil, as ações de APS adquiriram status de política depois da reforma do sistema de saúde e foram designadas como ações de Atenção Básica (AB). Essas ações e serviços de APS apesar de possuírem uma longa trajetória histórica, constituíam-se como ações específicas, muitas vezes, dissociadas da política de saúde nacional, caracterizadas por diferentes formas de inserção nas políticas em contextos específicos tais como incentivos internacionais, como consequência da formação de médicos, além de outros.

A política de saúde brasileira apresenta historicamente uma dualidade na organização das ações e serviços de saúde, principalmente nos momentos anteriores à constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), com práticas realizadas de forma dicotomizada: as de saúde pública de caráter preventivo e coletivo, e as relacionadas à assistência médica previdenciária individual curativa, contudo observa-se que as ações de APS ao longo da história estiveram de forma geral mais relacionadas às práticas no âmbito da saúde pública.

Para compreensão da trajetória da APS no Brasil faz-se necessário um breve resgate da organização assistencial dos serviços de saúde no Brasil. Além de analisar uma série de iniciativas do MS que contribuíram para garantir e ampliar a organização da AB, que pode ser observado na Figura 1, a seguir:

Figura 1 - Trajetória das diferentes formas de organização assistencial dos serviços de saúde e as iniciativas do MS que contribuíram para garantir e ampliar a organização da AB no Brasil



Fonte: Elaboração própria.

Destaca-se em 1916 a conformação dos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, que tinham como objetivo combater doenças prioritárias (como malária, doença de chagas, ancilostomose). Essas estruturas se disseminaram no país de forma progressiva e com apoio da Fundação Rockefeller foram sendo implantadas nas capitais e no interior dos estados (CAMPOS, 2006).

O trabalho desenvolvido nos postos de saneamento e profilaxia rural e a formação de recursos humanos serviram de base para a criação de estruturas mais complexas, como os Centros de Saúde na década de 1920 que por sete décadas foram as unidades relacionadas à atuação da APS no Brasil (CAMPOS, 2006).

A temática da APS também esteve presente na pauta da agenda brasileira de saúde na década de 1970 com a criação do Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento (PIASS) (CASTRO e FAUSTO, 2012), formulado com base nas experiências docente-assistenciais em curso no país (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Posteriormente, destaca-se as ações desenvolvidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), pois para a execução completa e integral das ações, as unidades mistas e CS, relacionavam a medicina curativa e preventiva, de forma mais apropriada à execução prática do conceito de medicina integral. Pode-se dizer que as ações desenvolvidas pelo SESP foram

as bases para o aprimoramento teórico e prático do que viria a ser reconhecido como AB no Brasil (MELLO e VIANA, 2012).

Nesse período, as experiências em APS começaram a ganhar maior expressão a partir de iniciativas que visavam ampliar as práticas nos CS e influenciaram a formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção no Brasil (FAUSTO, 2005; CONILL, 2008).

Um marco de suma importância é a já citada conferência de Alma Ata (1978) que inspirou, no caso brasileiro, o referencial proposto para experiências que alteraram a perspectiva do cuidado até então praticado no início da década de 1980 e 1990, com um olhar maior para o território, contextualizando mais o processo de adoecimento a questões sociais e econômicas e se contrapondo ao olhar biologizante (GIL, 2006).

Nesse período, como abordado anteriormente, muitos países da América Latina implantaram programas focalizados de APS, de acordo com vários fatores como a crise econômica da década de 1980; a redução do apoio financeiro das agências internacionais a países em desenvolvimento e em consonância com as recomendações dessas importantes agências.

A partir de Alma Ata foram muitos os debates, propostas e experiências em torno da conformação da APS, desde programas seletivos e focalizados com tendência nos países com baixo desenvolvimento socioeconômico até experiências de conformação de uma APS mais robusta na perspectiva sistêmica.

O Brasil, por sua vez, possuía a perspectiva de uma ruptura ampla com o modelo anterior, envolvendo questões estruturantes, sendo o SUS constituído, em 1988, sob princípios e diretrizes como a universalização, a equidade, a garantia do acesso, a integralidade das ações em saúde, a descentralização e a participação da comunidade (FAUSTO, 2005; CASTRO e MACHADO, 2012).

Vários desenhos de AB são experimentados no país na década de 1990, período em que se iniciou a utilização do termo atenção básica¹, em referência ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção. Optou-se por essa expressão por conta da associação do termo atenção primária ao enfoque restrito e seletivo predominante nas reformas latino-americanas e

¹ Vários autores discutem os significados dos termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (AB) e sua adequação ao caso brasileiro. No Brasil, o Ministério da Saúde optou pelo uso do termo AB por conta da associação da APS ao enfoque restrito e seletivo predominante nas reformas latino americanas, o que era incompatível com as diretrizes do SUS (FAUSTO, 2005; CASTRO e MACHADO, 2012). A Política Nacional de Atenção Básica de 2011 considera ambos os termos como equivalentes. No presente projeto, optou-se por utilizar Atenção Primária à Saúde como conceito sinônimo de Atenção Básica, considerando-se o primeiro pela sua utilização internacional e o segundo em contexto nacional.

que era incompatível com as diretrizes abrangentes do SUS (FAUSTO, 2005; CASTRO e MACHADO, 2012).

O Ministério da Saúde (MS), durante a década de 1990, fortaleceu as ações de caráter preventivo com investimento em programas de ações básicas, dessa forma, são implementados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; MACINKO, ALMEIDA e OLIVEIRA, 2003).

Em 1994 o PSF foi definido como “um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e a comunidade, no nível de atenção primária” (BRASIL, 1994).

Por meio da definição da Norma Operacional Básica (NOB) em 1996, houve uma ampliação do processo de descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios e a criação de incentivos financeiros para implantação do PSF e do PACS, através de transferências per capita por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo (LIMA e VIANA, 2011), o que representou um fator de indução à adesão do PSF no país.

O Programa passa a ser considerado uma estratégia para reorientação do modelo assistencial, em 1998 (CONILL, 2002, 2008; ASSIS, 2015), assume assim um caráter substitutivo das práticas convencionais, conferindo uma nova institucionalidade na política governamental.

Nos anos 2000, observam-se importantes medidas governamentais no sentido do fortalecimento da AB em todo o país. Destacam-se ações relacionadas ao financiamento; formação e valorização dos profissionais da AB, medidas com intuito de ampliação da resolutividade, além de muitas iniciativas relacionadas à avaliação com o foco na melhoria da qualidade.

No início dos anos 2000, o processo de regionalização do SUS foi enfatizado e os serviços de AB foram apontados como principal porta de entrada do sistema através da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (2001-2002) (LIMA e VIANA, 2011; CASTRO e FAUSTO, 2012), denotando a importância da AB para a conformação da rede de atenção.

Apesar do incentivo aos processos de regionalização ainda persistem grandes diferenças entre os entes federados, com isso, fica evidente que a expansão da ESF não se deu de forma homogênea nos municípios, e em 2003, houve a implantação do Projeto de

Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF) para os grandes centros urbanos e regiões metropolitanas (CONILL, 2008).

Com a expansão da ESF, o MS passa, então, a investir nas iniciativas de avaliação e em 2005 cria uma ferramenta, a Avaliação para a melhoria da qualidade (AMQ) da ESF, que teve como objetivo avaliar a qualidade do cuidado ofertado na AB, por meio de metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade da ESF, essa ferramenta se inseriu no eixo três (monitoramento e avaliação da AB) do PROESF (BRASIL, 2005a).

Diante do exposto, o PSF ganhou importância política governamental e passou a ser considerada uma estratégia prioritária para a organização dos sistemas municipais de saúde em 2006, pela publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A PNAB formalizou a ESF enquanto estratégia por meio de acordo tripartite e representou uma ampliação do escopo e da concepção de AB, incorporando os atributos de APS propostos por Starfield (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Outro importante marco que ressaltou o fortalecimento da AB foi o Pacto pela Saúde (2006), que possuía o propósito de fortalecer a gestão regionalizada do sistema de saúde, propondo a redefinição das responsabilidades dos três entes da federação e o compromisso com os resultados sanitários. No pacto há definição de prioridades articuladas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida é um compromisso entre os gestores do SUS em torno de seis prioridades, sendo uma delas correspondente ao Fortalecimento da AB no país (BRASIL, 2006a).

Com o objetivo de ampliar a resolutividade das equipes de saúde da família, em 2008 há a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas para atuarem na lógica de apoio matricial, em parceria com a ESF compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob a sua responsabilidade (CASTRO E MACHADO, 2012).

Em relação às medidas que dizem respeito ao fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da AB é publicada, em 2008, a Lista Brasileira de Internações por condições sensíveis à AB (ICSASP) (BRASIL, 2008a). De acordo com essa lista, assume-se que, para algumas condições de saúde, a APS oportuna e de boa qualidade – por meio de atividades como a prevenção de doenças; o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de patologias agudas; e o controle e acompanhamento de patologias crônicas – pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência (REHEM, CIOSEK e EGRY, 2012), sendo essa uma

forma de avaliar o desempenho e a resolutividade da AB que vem sendo implantada no território nacional.

Uma revisão das diretrizes e normas para a organização da AB, ESF, PACS e NASF foi apresentada em uma nova versão da PNAB aprovada através da Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), nela também há destaque para a introdução de elementos ligados ao papel da AB na ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Para de alguma forma dialogar com a grande heterogeneidade presente no território nacional, a nova versão da PNAB também apresenta modelagens possíveis de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, alguns exemplos são a inclusão de Equipes de AB para a população de rua, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012).

Na PNAB são propostas, também, algumas alterações no financiamento, incluindo o Programa de Requalificação das UBS importante iniciativa para adequação da estrutura física e de equipamentos das unidades, e nos recursos que estão condicionados à implantação de estratégias prioritárias, tais como NASF; Consultórios na Rua; e aos recursos condicionados a resultados e à avaliação do acesso e da qualidade através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de 2011 (PMAQ) (BRASIL, 2012).

Outro marco importante da política de saúde é o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011c), que aborda a questão da organização do SUS, orienta a constituição de redes regionalizadas e hierarquizadas. As regiões de saúde devem conter no mínimo ações de APS, de urgência e emergência, psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde. Reafirma também que o acesso ao SUS terá como portas de entrada: a APS (sendo esta a prioritária); e atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011c).

Na perspectiva de estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da AB e da ESF, o MS lançou em 2011 o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), que prevê atuação de profissionais de saúde durante 12 meses em áreas com menos oferta de profissionais, supervisionados por uma instituição de ensino (BRASIL, 2011b).

Outra normativa importante para a trajetória da AB foi a promulgação da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013a) que instituiu o Programa Mais Médicos, pois um dos principais fatores limitantes da implementação da ESF está relacionada a formação e fixação de profissionais, principalmente a insuficiente oferta de profissionais médicos, com a formação adequada em medicina de família e comunidade (BRASIL, 2013a).

Ao analisar a trajetória acima descrita, observa-se a consolidação da ESF e o conjunto de iniciativas desenvolvidas para a qualificação da AB ofertada à população, através da incorporação de ferramentas que permitam a avaliação da implantação da ESF, que orientam o processo decisório e a melhora dos resultados para a população assistida pela ESF.

As ações de avaliação da AB se colocam com grande importância, pois se pode ressaltar as principais potencialidades e compreender os desafios existentes em relação a AB.

Atualmente a ESF pode ser considerada como uma das políticas federais de maior capilaridade e visibilidade do país, e tem sido responsável pelo aumento de cobertura para um expressivo contingente populacional às ações de saúde. Tal fato pode ser observado, por exemplo, através do crescimento percentual de cobertura populacional da ESF (de 10,8% da população brasileira coberta por ESF em 1998 para 63,95% de cobertura em 2016) e do aumento expressivo do número de equipes de ESF no país (de 3.062 equipes de ESF em 1998 para 40.298 em 2016). Vale ressaltar que essa expansão não ocorreu de forma uniforme no território nacional, retratando as diferenças entre as regiões do país.

Ressalta-se o aumento da cobertura da população por ESF como também a ampliação de escopo das ações, corroborada principalmente pelo crescente número de equipes de NASF, que passaram de 1.186 equipes em 2010 para 8.276 em 2016 (BRASIL, 2016).

A forma como ocorreu a implantação da ESF no país, expandindo-se principalmente em cidades de pequeno porte, localidades rurais e nas áreas periféricas das metrópoles colaborou para a promoção do acesso e para a ampliação das possibilidades de oferta de serviços às populações historicamente excluídas residentes em vazios assistenciais devido à pouca disponibilidade de equipamentos públicos nesses locais. A implantação em áreas rurais, para a população indígena, ribeirinha, e a incorporação de particularidades individuais, como das pessoas em situação de rua, de travestis, e de cuidadores familiares que vivem em isolamento social devido à sobrecarga de atividades, são exemplos que reforçam essa perspectiva (ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Ao longo dos mais de 20 anos de implementação a ESF apresenta inúmeros avanços. Segundo Viana e DalPoz (2005), a ESF constituiu uma estratégia de reforma do sistema de saúde visto que avançou na forma de remuneração das ações de saúde, na organização dos serviços, nas práticas assistenciais locais e no processo de descentralização.

No estudo de Arantes Shimizu e Merchán-Hamann (2016) foi verificado que na dimensão político-institucional a ESF favoreceu o incremento do processo de institucionalização da avaliação.

A expansão da ESF também favoreceu a adesão de um grande número de atores sociais (gestores; técnicos; profissionais de saúde; pesquisadores e população), além disso, conta com importante base de apoio social e com grande institucionalidade na maioria dos municípios (MACHADO, 2005).

A ESF teve importante papel no avanço das formas organizativas da população, aumentando as possibilidades de participação e controle da comunidade sobre as políticas públicas (VIANA e DAL POZ, 2005).

O processo de formulação da política de AB no âmbito nacional é compartilhado com diferentes atores, o que influencia a configuração dessa política e a participação nos espaços formais de pactuação e deliberação. A centralidade da AB na agenda dos diferentes gestores provocou mudanças nas relações intergovernamentais e na definição do papel de cada esfera em relação à condução dessa política (CASTRO e FAUSTO, 2012).

Observam-se mudanças graduais na política de AB no país, a exemplo do fortalecimento da articulação intersetorial, principalmente com o Ministério da Educação (MEC) através da articulação com programas como o Programa Saúde na Escola; e com o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) principalmente no acompanhamento que envolve as condicionalidades do Programa Bolsa Família; as alterações na política de educação permanente, com destaque para a atuação da secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a adoção de inovações importantes como o NASF (CASTRO e MACHADO, 2012).

Os serviços de APS têm se configurado como importantes fontes de cuidado regular e porta de entrada preferencial nos municípios (GIOVANELLA *et al.*, 2009). A existência de um serviço de primeiro contato, procurado regularmente a cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, facilita a formação de vínculos e a coordenação dos cuidados na ESF, elementos importantes para a garantia da resolutividade da atenção na AB.

O enfoque familiar é outro ponto positivo a ser destacado na dimensão técnico assistencial. Para isso, apontam-se a utilização de prontuários organizados por residência e de outras ferramentas para trabalho que colaboram para estreitar a relação entre os profissionais e as famílias. Por meio dessas tecnologias relacionais, tem-se a oportunidade de identificar melhor os fatores de risco socioeconômicos das famílias e contribuir para melhor manejo das ações de saúde, através do trabalho multidisciplinar, favorecendo o acolhimento, o vínculo, e a humanização (ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Em relação aos avanços dos resultados em saúde no Brasil, estudos mostram associação positiva entre a melhora nos indicadores de saúde e a implementação da ESF, com destaque para redução de hospitalizações sensíveis à APS, a redução da mortalidade infantil e mortalidade por doenças cardiovasculares, a melhora no acompanhamento das patologias crônicas (FACCHINI *et al.*, 2006; MACINKO, ALMEIDA e OLIVEIRA, 2003; ROSELLA *et al.*, 2014). Além de promover maior equidade, acesso e continuidade do cuidado (MALTA *et al.*, 2016).

É notável a amplitude das ações que podem ser oferecidas pela ESF buscando abranger todos os ciclos de vida, dos vários tipos de situações endêmicas e epidêmicas.

O aumento da oferta de serviços, a cobertura assistencial, a melhoria da infraestrutura, o aumento do financiamento são elementos importantes e fundamentais, mas precisam vir acompanhados da reconstrução do modelo de atenção, da responsabilização das equipes, dos gestores e da sociedade organizada para possibilitar avanços ainda maiores.

Apesar de resultados positivos na implantação da ESF e de diversos relatos de experiências municipais sugerindo potencialidades, o sucesso para a grande maioria da população brasileira, a ESF depende ainda de:

- política adequada de recursos humanos, que viabilize fixação dos profissionais de saúde, propiciando satisfação no trabalho;

- políticas de formação profissional e de educação permanente, eficazes ao desenvolvimento das atribuições da APS, de forma a dar mais densidade a sua atuação cada vez mais complexa;

- iniciativas locais criativas para enfrentar a diversidade existente com recursos adequados de investimento e custeio;

- sistema organizado de referências para ações e serviços de saúde dos diversos níveis de atenção para evitar a fragmentação e segmentação dos serviços, questão central para a qualidade e resolutividade da AB;

- reconhecimento e uso das ferramentas de planejamento e da programação em saúde como fundamentais para os processos de gestão e organização da oferta a partir das demandas.

Uma APS ampliada e mais robusta pressupõe ainda uma preocupação com os determinantes sociais da saúde e doença, o que demanda ações intersetoriais, necessitando assim a ampliação das estratégias de cuidado que envolva a população e outros setores.

A Promoção da Saúde tem sido considerada uma importante resposta a esses desafios na medida em que recupera a saúde como prática socialmente construída, compreendida em

um enfoque institucional e estratégico que considera os contextos dos atores sociais. Segundo o estudo de Teixeira *et al.* (2014), observou-se que as práticas relacionadas à prevenção realizadas pelas Equipes de SF ainda estão centradas na atenção a grupos de risco biológico, tais práticas, verticalmente estabelecidas como programas, são organizadas em pacotes e turnos fechados, objetivando o manejo clínico e, quando muito, a prevenção relacionada ao estilo de vida em um modelo preventivo de educação em saúde muito pouco efetivo, deixando às outras dimensões de promoção um lugar secundário ou pouco expressivo.

Em concordância com esses achados os resultados do estudo de Medina *et al.* (2014), demonstraram a incipiência da realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pelas equipes de AB no país.

É necessário reorganizar os processos do cuidado em saúde no âmbito da ESF deslocando o eixo centrado no profissional de saúde para outro que valorize o trabalho em equipe e que qualifique ainda mais a relação ente trabalhador e usuário, nesse sentido o acolhimento é uma possibilidade de mudança no processo de produção do cuidado, partindo também da premissa que é preciso atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso na atenção primária e nos demais níveis de atenção para garantir a integralidade.

É possível notar uma pretensa homogeneidade conceitual e ideológica, responsável por inibir as possibilidades de variação nos arranjos assistenciais da ESF, que levem em consideração as diversidades do país no desenho da ESF no âmbito nacional, bem como a falta de incentivo para a adoção de outros tipos de modelos transformadores no âmbito da AB (GIL, 2006; MACHADO, 2005; MELLO, FONTANELLA e DEMARZO, 2009).

Segundo diversos autores, ainda persistem grandes desafios para a AB (TEIXEIRA e SOLLA, 2006; VIANA *et.al.*, 2008; CONILL, FAUSTO e GIOVANELLA, 2010; BRASIL, 2013b; FAUSTO, MENDONÇA e GIOVANELLA., 2013), relacionados a:

- Estrutura, a situação inadequada da rede física das UBS e ambiência, se colocam como um desafio ainda a ser superado, haja visto que influencia na avaliação dos usuários em relação à qualidade dos serviços oferecidos e à resolutividade;
- Processos de trabalho e a necessidade de qualificação destes processos, principalmente quanto à resolutividade, integração entre os membros das equipes, orientação em função de prioridades, metas e resultados, além da sobrecarga de população adscrita por equipe e as precárias condições de trabalho oferecidas aos profissionais;

- Gestão do trabalho, retratada pela rotatividade dos gestores e profissionais das equipes, associado à fragilidade dos vínculos trabalhistas, o que gera insatisfação por parte dos profissionais envolvidos;

- Gestão, abordando questões que vão desde a necessidade de políticas intersetoriais para o enfrentamento de desafios da complexidade urbana, como por exemplo, a violência e suas repercussões para os serviços de saúde; até as condições de financiamento inadequado e insuficiente da AB.

A ESF se configura de modo específico nos muitos municípios brasileiros, principais responsáveis pela prestação de serviços de AB no país. A implantação da ESF foi acelerada nos municípios de pequeno porte com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Todavia, a implantação foi lenta nos grandes centros urbanos, onde se deparou com questões de maior complexidade, relacionadas a: profunda concentração demográfica, elevado grau de exclusão do acesso às ações e aos serviços de saúde, existência de agravos de saúde característicos das grandes metrópoles e oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Outro aspecto importante para compreender a implantação tão diferenciada da APS, são as desigualdades entre os municípios que se evidenciam em diferentes aspectos - por condições geográficas, socioeconômicas, político-institucionais, financeiras, configuração do sistema de saúde e associadas à complexidade das demandas da população, que indicam a fragilidade municipal para garantir o acesso e prover atenção integral e resolutiva.

Os dados coletados nos inquéritos do PMAQ permitiram traçar um panorama da AB e da atuação das Equipes de SF do país, observando que há disparidades importantes no acesso e na oferta de cuidados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios. Essas disparidades espelham as condições de desigualdade social do país, repercutindo no acesso e uso dos serviços, ou seja, a oferta de cuidados de uma Equipe de SF pode ser mais ou menos acessível, resolutiva, abrangente e integrada, a depender da localização (FAUSTO *et al.*, 2014).

De acordo com o estudo de Nunes *et al.* (2014), ainda persistem dificuldades de acesso nos serviços de APS e que inclusive o tempo na fila de espera foi mais frequente entre os mais pobres, indicando iniquidade que poderia ser evitável se a AB fosse mais efetiva.

Segundo o estudo de Fausto *et al.* (2014), ainda persistem barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente assim como a coordenação entre APS e atenção especializada. Essa falta de integração afeta a

resolutividade da AB, a realização de cuidado adequado e oportuno, entendendo que os elementos associados à integração da AB são dependentes de ações sistêmicas.

2.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O campo da avaliação em saúde é composto por uma diversidade de termos, conceitos e métodos, coerente com a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes na área da saúde. Há, também, uma polifonia conceitual provocada, fortemente, pela confluência de diferentes áreas de conhecimento que compõem o campo.

A política de saúde vem ganhando centralidade nas organizações, com interesse crescente em avaliação de políticas e programas de saúde (FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010).

Em um contexto em que se associam as exigências de acesso equitativo a serviços de qualidade, a avaliação em saúde se apresenta como um importante mecanismo para compreender e sistematizar a análise dos contextos, bem como, para responder às necessidades de informação dos responsáveis pela tomada de decisão (CHAMPAGNE *et.al.*, 2011).

Figueiró, Frias e Navarro (2010) resumem um conjunto de objetivos principais da avaliação, tais como: auxiliar no planejamento e desenvolvimento de uma intervenção (objetivo estratégico); subsidiar por meio de informações a melhoria de uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, alterada ou interrompida (objetivo somativo); utilizar processos de avaliação como incentivo para transformação de situações injustas ou problemáticas, visando ao bem-estar (objetivo transformador); ou contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Segundo Champagne *et al.* (2011), a avaliação contribui para tornar as políticas e programas mais coerentes graças a uma análise sistemática que descreve e explica as atividades, os efeitos, as justificativas e as consequências sociais dessas políticas e programas. O objetivo último da avaliação é a melhoria social, para qual pode contribuir auxiliando as instituições a aperfeiçoar e tornar coerentes as políticas e programas sociais.

Para avaliar uma intervenção, destacam-se dois tipos de estudos avaliativos: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa.

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, no que se refere a seus recursos e organização, serviços ou bens produzidos e os resultados

obtidos, com critérios e normas existentes (FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010). Por sua vez a pesquisa avaliativa se refere a um julgamento por meio de métodos científicos, que pode contemplar a análise: estratégica, lógica, de produção, de efeitos, de eficiência e a de implantação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

De acordo com as definições explicitadas a presente tese configura-se como uma pesquisa avaliativa.

A avaliação pode ser considerada como um dos tipos de julgamento que se faz sobre práticas sociais. Para Arretche (2001), qualquer forma de avaliação envolve um julgamento, ou seja, atribuir valor, medida de aprovação ou desaprovação a uma política pública, que no presente trabalho está relacionada à política de saúde, mais precisamente à política de AB no âmbito estadual.

A consolidação da ESF trouxe a necessidade de qualificação da AB ofertada à população. Contudo, é importante o desenvolvimento e implementação de ferramentas que permitam o reconhecimento dos avanços e dos desafios que ainda estão postos para a qualificação dos processos assistenciais na AB e para orientar com agilidade o processo decisório melhorando os resultados para a população assistida pela ESF. Nesse contexto, são crescentes a importância e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações.

Na última década, podemos observar diferentes movimentos e iniciativas no âmbito da avaliação desenvolvidas por diferentes atores, dentre esses podemos destacar ao menos três que se apresentam de forma importante na avaliação da AB no Brasil.

Inicialmente, destacam-se as iniciativas mais amplas e gerais de avaliação, que muitas vezes, têm como objetivo avaliar o sistema como um todo e claro incluindo a atenção básica. Um exemplo desse tipo de iniciativa é a Pesquisa Mundial de Saúde, coordenada pela OMS e que posteriormente foi realizada no Brasil.

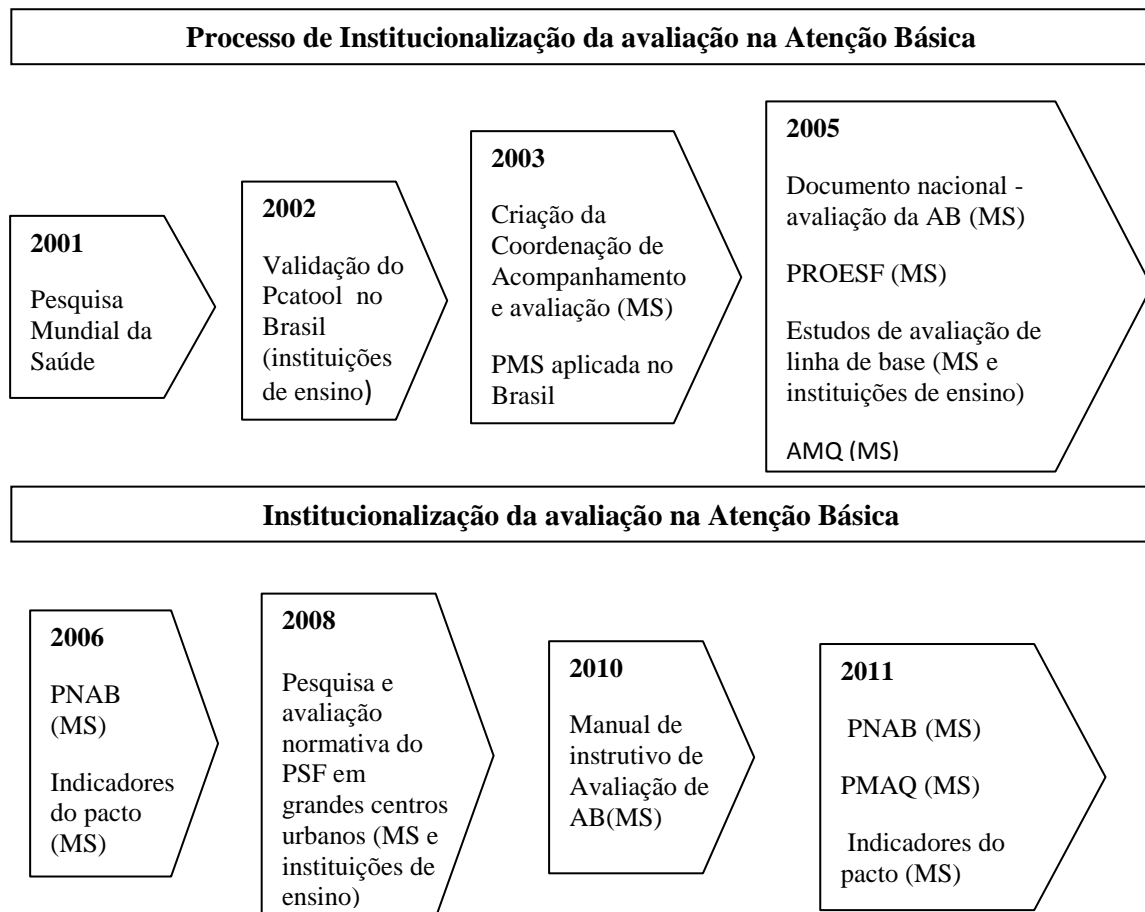
Um segundo tipo de iniciativa a ser destacado são as atividades que envolvem e articulam grupos de pesquisa e instituições de ensino, como a difusão do instrumento de avaliação da AB, o Pcatool, e a participação nos estudos de linha de base e do PROESF e mais recentemente no processo de avaliação das equipes de AB em todo o Brasil, no âmbito do Programa de Acesso e Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB).

A terceira iniciativa caracteriza-se na perspectiva da institucionalização do Monitoramento e Avaliação (M&A) da AB no âmbito do Ministério da Saúde com a definição de diferentes iniciativas na gestão governamental, sobretudo na integração do M&A

e o desenvolvimento e o fortalecimento de capacidade técnica, contribuindo para a qualificação da atenção à saúde ao promover a construção de processos mais estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS, para os quais destacamos a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e o PMAQ (BRASIL, 2005a; CRUZ *et al.* 2014).

Essas iniciativas podem ser observadas na Figura 2- Uma década de movimentos e iniciativas para o monitoramento e a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil:

Figura 2 - Uma década de movimentos e iniciativas para o monitoramento e a avaliação da Atenção Básica no Brasil



Fonte: Elaboração própria.

No âmbito das iniciativas mais amplas de avaliação temos, no ano de 2001, a proposição da OMS da elaboração da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) em vários países para obtenção de informações populacionais, na qual a AB também estava contemplada na pesquisa (SZWARCOWALD e VIACAVA, 2008).

Na perspectiva da participação dos grupos de pesquisa e instituições de ensino, uma contribuição importante foi a difusão da metodologia de avaliação da AB, através do *Primary Care Assessment Tool* (PCAtool), que consiste em uma metodologia desenvolvida sob coordenação de Barbara Starfield e equipe da *Johns Hopkins*. Esse instrumento mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, baseando-se em um modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde, de acordo com aspectos de estrutura, processo e resultados de Donabedian. Os instrumentos são autoaplicáveis para crianças, adultos, profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde (MACINCKO e ALMEIDA, 2004).

No Brasil, o PCATool foi validado por um grupo de pesquisa no Rio Grande do Sul e em outra iniciativa adaptado por Almeida, Macincko e Oliveira (2003). Em 2002, foi realizado um estudo seccional de validação da versão infantil do instrumento PCATool no município de Porto Alegre no Rio Grande do Sul (HARZHEIN *et al.*, 2006).

Posteriormente, no Brasil, a PMS foi aplicada em 2003, através de inquérito em amostra populacional, em âmbito nacional e em 2005, para as avaliações dos estudos de linha de base do PROESF, o instrumento de pesquisa foi adaptado para avaliar: acesso, utilização e desempenho da AB (SZWARCOWALD, MENDONÇA e ANDRADE, 2006).

No âmbito governamental a avaliação de qualidade na AB tem merecido um olhar privilegiado nos últimos anos. No ano de 2003, foi criada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) da AB, inicialmente denominada de Coordenação de Investigação, em que visava à reorganização interna do MS com a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) (BRASIL, 2001), na busca de institucionalizar a avaliação da AB.

Tendo como cenário a expansão da ESF, colocando em questão novos desafios, principalmente relacionados à qualificação das equipes e à resolutividade, em 2003, o MS redefiniu a missão da CAA da AB que passou a ser a de monitorar e avaliar / instrumentalizar a gestão e fomentar/ consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS, objetivo esse que ainda é muito atual diante da realidade das instâncias decisórias.

A partir de 2004 há um movimento relacionado à política de institucionalização da avaliação da AB, conduzida pela CAA do DAB do MS, que teve como eixo o desenvolvimento da capacidade técnica em avaliação das estruturas gestoras estaduais e destaca-se como um dos objetivos da referida política: Identificar aspectos relevantes da AB para serem monitorados e avaliados, com destaque para o Programa Saúde da Família (PSF) (FELISBERTO, 2004).

Ainda na perspectiva da iniciativa governamental, a CAA propôs, em 2005, a política de institucionalização da avaliação, com o propósito de reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, e divulgando para a sociedade, as consequências e efeitos da implantação e implementação das políticas de AB (BRASIL, 2005).

A partir de 2005, o MS conferiu mais concretude a essas propostas e desenvolveu a um documento que informa quais são os marcos teórico-conceituais que dão embasamento à forma de atuação do DAB/MS em relação às suas diretrizes e formas de atuação voltadas para M&A da AB, para dessa qualificação os processos decisórios nos âmbitos da gestão e do cuidado, e com foco na integralidade e resolutividade das ações. O objetivo era envolver mais diretamente os governos estaduais e municipais no processo de acompanhamento e avaliação da AB, na lógica da descentralização (BRASIL, 2005a).

O referido documento foi composto por seis eixos (1) monitoramento e avaliação; (2) desenvolvimento da capacidade avaliativa; (3) articulação sistemática e integração das ações; (4) cooperação técnica e articulação institucional; (5) indução e gestão de estudos e pesquisas e (6) produção de informação e comunicação.

Esses eixos configuram-se de forma muito importante no âmbito da institucionalização de uma política de avaliação da atenção básica em saúde, pelo seu caráter transversal e integrador, representando de fato fortalecimento do monitoramento e avaliação. E possuía quatro focos centrais, a saber: municipal, estadual, federal e as instituições de ensino e pesquisa (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2006). O 1º foco, municipal, tinha como projetos estratégicos: estudos de linha de base; monitoramento do componente I do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF); e Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família; o 2º foco é o estadual, em que se destacou o projeto de fortalecimento da capacidade técnica das SES.

O 3º foco é o federal que teve como alvo a mobilização interna, articulação intra e intersetorial e qualificação da equipe em monitoramento e avaliação. Por fim, o 4º foco refere-se às instituições de ensino e pesquisa, cujo envolvimento se deu com os estudos de linha de base, a rede de centros colaboradores e o fomento e gestão de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a).

O MS também demandou um conjunto de pesquisas a instituições acadêmicas para orientar a elaboração do Projeto de Expansão e Consolidação da ESF (PROESF) (FAUSTO, MENDONÇA e GIOVANELLA, 2013).

Uma das iniciativas mais abrangentes de avaliação da AB ocorreu em 2005 e 2006 em que foram desenvolvidos os estudos avaliativos de linha de base, selecionados por edital

público abarcando 227 municípios do país com população acima de 10000 habitantes, tendo por objetivo fortalecer a institucionalização da AB, o planejamento local em saúde e identificar os movimentos de expansão da ESF. As propostas dos estudos foram estruturadas de acordo com edital segundo modelo teórico que incluía quatro dimensões, a saber: político institucional; organização da atenção; cuidado integral e desempenho dos sistemas de saúde (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008, FAUSTO, MENDONÇA e GIOVANELLA 2013).

As avaliações nesses estudos consideraram a perspectiva de: gestores, profissionais, usuários do sistema de saúde e representantes do controle social (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008).

Uma versão adaptada por Almeida e Macincko do PCATool também foi utilizada como instrumento de avaliação em estudos do Proesf para o desenvolvimento desses estudos avaliativos do tipo linhas de base da implantação do SF (IBAÑEZ *et al.*, 2006).

Com a expansão da ESF, como proposta para consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da AB foi desenvolvido pelo DAB/MS, e sua coordenação de avaliação e especialistas no tema de avaliação, o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ), que é uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvida especificamente para a ESF (BRASIL, 2005b).

Seu principal objetivo era fomentar a melhoria da qualidade, através de um diagnóstico da organização e do funcionamento dos serviços, baseado nos princípios e diretrizes da AB e posteriormente, pelo desenvolvimento de projetos de intervenção em aspectos críticos. Foram elaborados cinco instrumentos de autoavaliação, baseados em padrões de qualidade e dirigidos a: gestores municipais da saúde, coordenação da SF, unidade SF, equipe SF, profissionais de nível superior da SF (BRASIL, 2005a).

A implementação do AMQ, todavia, não foi acompanhada de incentivos e recursos, ou seja, era implementado segundo adesão voluntária e com isso não alcançou ampla difusão no território nacional como um todo. Mais recentemente, os instrumentos do AMQ foram adaptados em uma versão modificada que faz parte da autoavaliação no âmbito do PMAQ-AB.

Dando sequência aos avanços da avaliação no âmbito da AB em 2006, a PNAB apresentou princípios, fundamentos e áreas de atuação da AB, bem como as responsabilidades e as competências de cada esfera de gestão. Dentre os fundamentos estabelecidos nesta política, destaca-se o processo de avaliação e acompanhamento sistemático e descentralizado

dos resultados alcançados, como parte integrante do processo de planejamento e programação das esferas de governo (BRASIL, 2006).

Um elemento importante é que a PNAB trouxe como responsabilidades tanto do nível federal, estadual e municipal, o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégicos organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da AB; assim como a definição de estratégias de articulação entre os níveis de gestão do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da AB; realizando também o monitoramento e avaliação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica o que se constituiu uma importante ferramenta para a avaliação das ações da AB (BRASIL, 2006).

Em relação às iniciativas envolvendo as instituições de ensino, o DAB financiou nos anos de 2008 a 2009 estudos de avaliação da AB, entre eles se destaca o estudo de implementação em quatro centros urbanos (GIOVANELLA *et al.* 2009). Foi realizada a avaliação normativa de PSF no Brasil em amostra de unidades básicas de saúde e de equipes de saúde da família e saúde bucal, com o propósito de monitoramento da implantação e do funcionamento das equipes a partir da adaptação dos instrumentos de avaliação normativa (BRASIL, 2004; FAUSTO, MENDONÇA e GIOVANELLA, 2013).

Em 2010, o Ministério da Saúde, publicou o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool — Brasil). Para cada atributo essencial da APS há um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção, conforme segue: acesso de primeiro contato (utilização); acesso de primeiro contato (acessibilidade); grau de afiliação com serviço de saúde; longitudinalidade; coordenação (integração de Cuidados); coordenação (sistema de informações); integralidade (serviços disponíveis); integralidade (serviços prestados), além de questões sobre os atributos derivativos: orientação familiar e orientação comunitária (BRASIL, 2010a).

A partir de 2011, a gestão do DAB/MS teve como uma das prioridades o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa foi criado mediante a Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011, como base para repasse do incentivo financeiro por desempenho denominado “Componente Qualidade” do Piso de Atenção Básica variável (BRASIL, 2011b).

O principal objetivo do PMAQ-AB é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, por meio da instituição de processos contínuos e progressivos, que ampliem a capacidade das três esferas de governo em ofertar serviços com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2013b).

Complementando uma lacuna importante da AB, o PMAQ implementa ações de monitoramento e avaliação, através da investigação do desempenho das equipes, avaliado por um conjunto de critérios e está organizado em fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB.

O PMAQ está fundamentado em sete diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento, que estão relacionados: à construção de um parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da AB; o estímulo ao processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados por essas equipes; ao fomento de processos de mudança de cultura gerencial e qualificação da AB; ao desenvolvimento de cultura de negociação e contratualização de compromissos e resultados; ao estímulo à mudança do modelo de atenção, que deve priorizar as necessidades de saúde da população e a satisfação dos usuários, e ao estímulo de caráter proativo das equipes quanto à melhoria dos processos desenvolvidos na APS (BRASIL, 2011b).

No âmbito desse Programa, foi realizada a avaliação externa em todo o país, que contou com a participação de instituições de ensino e pesquisa na organização e execução do trabalho de campo. As equipes de AB aderiram voluntariamente ao PMAQ-AB e contemplaram primordialmente três eixos de avaliação: estrutura, processo e satisfação do usuário (BRASIL, 2012; CRUZ et al, 2014).

O PMAQ-AB é constituído por quatro fases complementares que compõem um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. A primeira fase é chamada de adesão e contratualização, a segunda é denominada desenvolvimento, a terceira de avaliação externa e a quarta, que representa o início do novo ciclo, é chamada de recontratualização (BRASIL, 2011a).

Arelado ao programa, também foi criado o Incentivo financeiro do PMAQ, chamado de componente de qualidade do piso da atenção básica variável, em consonância com a necessidade de melhoria do financiamento da AB no SUS, o MS criou esse novo componente do PAB, condicionando assim novos repasses financeiros de acordo com a adesão ao processo de avaliação e seus resultados, ou seja, a indução financeira aos municípios segundo a condição de desempenho das equipes de AB (FAUSTO, MENDONÇA e GIOVANELLA, 2013).

Segundo o MS, o PMAQ está articulado a três movimentos mais amplos, relacionados com o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011c) e com o Programa de Avaliação para a

Qualificação do SUS. Um primeiro movimento envolve a valorização da AB no conjunto da RAS e sua função como porta de entrada do sistema.

Um segundo movimento está associado à perspectiva de governança sistêmica e financiamento do SUS, no qual o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) é apresentado como uma possibilidade de planejamento regionalizado que estaria adequado aos contextos e singularidades regionais, além de reforçar a lógica de contratualização por metas, monitoramento de indicadores e alcance de resultados. E um terceiro movimento, baseado no conjunto de estratégias para avaliação de desempenho e qualificação do SUS, o que inclui o Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) e iniciativas como o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) (PINTO, SOUSA e FLORENCIO, 2012; CONASS, 2011).

A implementação do PMAQ propiciou espaços para ação cooperativa entre gestores (federal, estadual e municipal) e Instituições de ensino Superior (IES), além de envolver instâncias como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS) (FAUSTO, MENDONÇA e GIOVANELLA, 2013). Para a fase da avaliação externa foi utilizado um instrumento, elaborado conjuntamente pelo DAB/MS e as instituições parceiras, contendo padrões de qualidade, baseados nas normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas da Atenção Básica, assim como conhecimentos técnicos e científicos.

A participação das instituições de ensino na fase da avaliação externa, além da elaboração dos instrumentos de coleta de dados estende-se à seleção e treinamento das equipes de entrevistadores, à organização e execução do trabalho de campo e à análise das informações coletadas. Com base nas informações coletadas, o DAB/MS é responsável por proceder a avaliação de desempenho das equipes participantes do PMAQ.

O estudo de Almeida e Giovanella (2008) destacou algumas características dos estudos avaliativos induzidos pelo MS, são eles: o foco na implantação do PSF, a fragmentação na realização das pesquisas por diferentes instituições acadêmicas e com objetivos e metodologias similares; baixa regularidade de análise e divulgação dos dados produzidos e resultados; e a dificuldade de interação entre gestores e pesquisadores, dificultando o uso da informação para apoio à tomada de decisão.

Em contrapartida, a ação de instituições de ensino e pesquisa que até então não haviam participado de avaliações em AB promovidas pelo MS, é considerada como um aspecto positivo, pois permite acumular experiências em pesquisa e induzir a formação de pessoal nas diferentes regiões do Brasil (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008; BODSTEIN *et al.*, 2006).

O desenvolvimento atual de diferentes iniciativas no campo da avaliação da AB representa a tentativa de resgate da compreensão destes diversos aspectos relacionados à implementação das práticas avaliativas nas diferentes dimensões do sistema, bem como a busca da superação das dificuldades para sua aplicação e, para, com base nisso, estruturar sistemas de avaliação que possibilitem promover mudanças com vistas ao alcance de melhores resultados em saúde.

De acordo com Cruz *et al.* (2014), a inserção de processos avaliativos na rotina da gestão e dos serviços tem propiciado mudanças na cultura institucional, que envolve diferentes atores e mediações, renovando e potencializando as ações de saúde na AB.

De acordo com o cenário exposto sobre a avaliação da AB e as lacunas ainda existentes, sem dúvida a presente pesquisa tem a possibilidade de colaborar, já que envolve a avaliação segundo a disponibilidade, estrutura, adequação e resolutividade dos processos assistenciais da AB no estado do Rio de Janeiro.

2.3 DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O campo da avaliação em saúde é marcado pela diversidade de abordagens e dimensões de análise, esta característica não é diferente no que se refere aos estudos avaliativos da atenção básica.

Segundo o estudo de Junior *et al.* (2015), que realizaram uma revisão da produção brasileira na temática da avaliação em saúde no contexto da ESF, mostrando haver diversidade de marcos conceituais adotados, com destaque para o aporte teórico de pesquisadores consagrados internacionalmente como Donabedian (1973; 1988) e Bárbara Starfield (2002; 2005), e novas propostas, como o uso de condições traçadoras, como por exemplo as ICSAP enquanto avaliação indireta da AB.

Segundo o mesmo estudo as publicações sobre avaliação da ESF, têm em geral a finalidade de medir estruturas, indicadores, resultados e impactos, amplitude, cobertura de ações, e grau de satisfação de usuário, de forma a responder sobre a qualidade e a efetividade dos serviços e ações ofertadas (JUNIOR *et al.* 2015).

A dimensão do acesso e suas subdimensões de disponibilidade e adequação e a dimensão da resolutividade das ações quer seja no âmbito individual, quer seja no coletivo, apresentam-se como atributos fundamentais e interligados, que fazem uma síntese dos principais processos assistenciais em saúde. Ter acesso ao cuidado que não possua

resolutividade, da mesma forma que a existência de serviços resolutivos aos quais não se consiga acessar, não agrega valor à saúde.

Dentre as dimensões da qualidade do cuidado em saúde que têm sido propostas, o acesso e a resolutividade das ações apresentam-se como as duas principais, pois compreendem de forma abrangente todas as demais (EMMERICK, 2011).

No presente trabalho a avaliação irá centrar-se em aspectos da estrutura dos serviços, da AB, da adequação das ações realizadas pelas equipes AB e da resolutividade dos processos assistenciais, em relação ao câncer de colo de útero na AB no estado do Rio de Janeiro. A seguir será abordada a discussão conceitual dessas importantes dimensões

2.3.1 Disponibilidade e Adequação na Atenção Básica em Saúde

O acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, principalmente no contexto de crise econômica que se instala na última década, demarcando a existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consulta e atendimento, bem como estratégias para sua superação (ASSIS e JESUS, 2012).

Um elemento a se considerar nessa discussão é que, muitas vezes, a dimensão acesso é empregada de forma imprecisa e pouco clara sendo um conceito que se ampliou ao longo do tempo e dos distintos contextos e que apresenta sub dimensões e muitos outros conceitos associados.

Nesse sentido, faz-se necessário uma compreensão multidimensional, levando em consideração características sociais e políticas, necessariamente presentes nas formulações e execução de políticas de saúde como a estrutura e a disponibilidade, cobertura dos serviços, acessibilidade, organização do serviço, adequação dos processos assistenciais, acolhimento, necessidades e aceitação da população, buscando sempre a resolubilidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema.

Uma definição muito utilizada na literatura nacional e internacional sobre o tema é a de Penchansky e Thomas (1981) que definem acesso como grau de ajuste entre usuários e o sistema de saúde na construção da continuidade do cuidado, definindo as subdimensões que compõem o conceito:

- Acessibilidade - adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos usuários;
- Disponibilidade – volume, estrutura e tipo de serviços em relação às necessidade em saúde;

- Adequação - forma como os serviços organizam-se para receber os usuários e a capacidade dos pacientes para se adaptar a essa organização;
- Capacidade aquisitiva (*affordability*) – relaciona-se ao aspecto do custo, os preços dos serviços e à capacidade de pagamento dos usuários;
- Aceitabilidade - representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Quando existem barreiras ou problemas com quaisquer um dos componentes das dimensões apresentadas, os usuários são afetados de três formas mensuráveis: na utilização dos serviços; na redução da satisfação do usuário e nos padrões de prática (menos tempo a cada usuário individualmente, uso inadequado da emergência, entre outros) (EMMERICK, 2011).

O acesso na AB relaciona-se a outros importantes conceitos, tais como os aspectos do acolhimento, seguimento do tratamento ao longo do sistema, responsabilização com a população adscrita, tanto em relação aos serviços que lhe são ofertados quanto na atuação no território.

Mais concretamente, o acesso e o acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da adequação das ações atingindo assim a integralidade do cuidado.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica.

Uma vez que a simples disponibilidade e a estrutura do serviço não configuram diretamente o acesso e que este se concretiza com a utilização do serviço, o acesso constitui-se em fator mediador, pois ocorre na interface entre a capacidade de produção e oferta de serviços e a utilização real destes (DONABEDIAN1988; TRAVASSOS E MARTINS, 2004) e conseqüentemente na adequação dos processos de trabalho e atividades realizadas.

Na ampliação do conceito do acesso, posteriormente, Kringos *et al.* (2010) acrescentaram duas outras dimensões do acesso: a utilização dos serviços de APS, que indica o real consumo desses serviços, e a equidade no acesso, referente à adequação entre a provisão de serviços e as necessidades de saúde.

O uso de serviços de saúde pode ser entendido como uma expressão positiva do acesso, no entanto, a utilização dos serviços depende também dos fatores individuais, tais como as características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais, psíquicas e as necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença). Colocadas em conjunto

com as necessidades da população e características dos prestadores de serviço e organização dos serviços (recursos disponíveis, características da oferta) ou até de forma mais ampla as características da política de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004; ASSIS e JESUS, 2012).

Garantir acesso a serviços é uma das mais destacadas responsabilidades dos sistemas públicos universais de saúde, assim como é o SUS, na perspectiva de viabilizar não apenas a atenção a problemas de saúde, mas também articular ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, porém garantir acesso ainda representa um constante desafio ao sistema de saúde brasileiro, mesmo após a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), sendo assegurada a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado.

No Brasil, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS em que é possível encontrar inúmeras barreiras decorrentes, dentre outras questões da expressiva diversidade socioeconômicas ou pelas barreiras geográficas mesmo com avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde.

Dentro desse contexto, a questão do acesso ganha importância e começa a ser abordada de maneira mais complexa na medida em que, apesar da garantia da lei, na prática, ainda existe acesso seletivo, focalizado e excludente em várias regiões a serviços vinculados ao SUS (ASSIS e JESUS, 2012), por isso, dentro dessa realidade é extremamente pertinente incorporar também a discussão da justiça social e da equidade.

Outro fator que compromete o acesso ao SUS por parte dos usuários é o modelo assistencial predominante em nosso país, onde há diferenças na distribuição dos profissionais de saúde, em geral pequena capacidade instalada e financiamento irregular do setor de saúde, o que tem levado a uma oferta desigual e inadequação dos serviços (RIBEIRO-SOBRINHO, SOUZA, CHAVES, 2008).

Fica evidente assim a necessidade de investigações para identificar a adequação da oferta e a cobertura dos serviços na perspectiva de contribuir para a definição de estratégias para a equidade do acesso dos usuários brasileiros.

A cobertura de ações e serviços implica a capacidade de um aparato político-administrativo em legitimar-se mediante a suposta ou real satisfação de demandas e na confrontação de várias opções tecnológicas de organização de serviços da população. A mensuração da cobertura tem conotação política, embora, com frequência, como destaca Aquino e Barreto (2008), seja utilizada com enfoque meramente administrativo (como critério para o cumprimento de metas) ou somente técnicos.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, os serviços de AB configuram-se como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde no Brasil, com a expectativa que esse nível de atenção seja acessível e resolutivo em relação às necessidades de saúde, realizando o acolhimento com escuta qualificada, assim como a demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2011b).

Ao analisar a realidade brasileira, existem importantes diferenças na cobertura, no acesso e na oferta de cuidados na AB nos municípios, em parte em função de mecanismos de gestão e das desigualdades sociais do país, com repercussões importantes no uso dos serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2016).

O aumento da cobertura e uma ampla distribuição geográfica das unidades básicas de saúde que adotam a ESF promovem o acesso da população usuária do SUS, aumentando também a capacidade potencial de respostas às necessidades dos usuários.

É importante o uso de séries históricas de indicadores de cobertura como ferramenta para a avaliação da adequação e disponibilidade de recursos da AB, permitindo o acompanhamento da evolução das ações de saúde, ao longo do tempo, no âmbito de um determinado território (CARDOSO e VIEIRA-DA-SILVA, 2012).

No caso da ESF, uma estratégia de reorganização do primeiro nível de atenção do SUS, cabe a reflexões acerca da definição da população-alvo e suas necessidades, de quais necessidades de saúde devem ser atendidas na AB e qual o elenco de ações e serviços de saúde que devem ser implementados. Estas questões conferem contornos próprios e complexos aos problemas conceituais, metodológicos e operacionais relativos às estimativas de cobertura e oferta dos serviços no SUS.

Apenas a disponibilidade de um serviço não garante sua efetiva utilização e que, apesar da ESF se constituir numa estratégia técnica e política com potencialidade para equalizar a relação oferta-demanda da população, na prática, ainda apresenta lacunas na tentativa de desburocratizar o acesso aos serviços (SOUSA *et al.*, 2014).

Observam-se alguns limites para o acesso aos serviços básicos de saúde que podem ser explicados devido a fatores como a baixa capacidade de interação entre as equipes da AB (unidades tradicionais e ESF); a desintegração entre a ESF e os demais níveis de complexidade do sistema e a pouca competência da AB em suas relações com outros setores da sociedade e do governo (ASSIS e JESUS, 2012).

Problemas relacionados ao acesso à AB também foram observados no estudo de Finkler *et al.* (2014), no qual ficou evidenciada a existência de barreiras organizacionais, impedindo ou dificultando o acesso ao cuidado por meio de dispositivos burocráticos.

Percebeu-se, ainda, que o cuidado é fragmentado e descoordenado dos serviços de AB, demonstrando que tais serviços carecem de estruturação e desenvolvimento de cuidados de saúde resolutivos e integrados.

Outros vários estudos apontam que os usuários descrevem o acesso a AB como algo burocrático e demorado, desde o tempo de espera e a forma de agendamento da consulta na AB, o escopo de ações ofertadas pelas equipes, o acolhimento à demanda espontânea e a capacidade de atendimento a pequenas urgências para garantia do acesso oportuno e universal dos usuários às ações de saúde, independentemente de serem de grupos prioritários/programáticos ou não (RAMOS e LIMA, 2003; SCHIMITH e LIMA 2004; GOMES e PINHEIRO, 2005; TAKEMOTO e SILVA, 2007; TESSER, POLI NETO e CAMPOS, 2010; CAMPOS *et al.*, 2014; SOUSA *et al.*, 2014; FAUSTO *et al.*, 2014).

Marques e Lima (2007) também apontam a burocratização das ações e procedimentos no âmbito da AB, afirmando que, muitas vezes, se perde a noção das necessidades dos cidadãos, das potencialidades do sistema e da possibilidade de formação de redes de atendimento.

Na realidade estudada por Sousa *et al.* (2014), verificou-se que a demora no agendamento, a baixa oferta de consultas especializadas e exames complementares nos serviços de referência, bem como a distância entre a localização desses serviços e a moradia dos usuários são alguns dos aspectos que restringem o acesso dessa população à rede de serviços básicos de saúde.

As dificuldades mencionadas para marcação de consultas com alguns especialistas e a demora na realização de alguns exames comprometem o papel ordenador da AB e reduz sua resolutividade.

Schwartz *et al.* (2010) se deparam com questões semelhantes as já relatadas e ressalta a importância do diálogo e do acolhimento das demandas da população adscrita da ESF aproveitando esse momento para informar de maneira clara e acessível a respeito da hierarquização dos serviços de saúde, a forma de organização e o cardápio de opções que o serviço tem a oferecer.

Ao pensar sobre a reorganização do acesso nos serviços de saúde, verifica-se que é urgente a mudança no atendimento por ordem de chegada, como ainda ocorre em muitas unidades do país, para evitar a exclusão de uma parte da população que procura esses serviços, além de garantir o acesso oportuno, entendido como a utilização dos serviços em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível para a saúde dos usuários (SOUSA *et al.*, 2014).

A definição em manter a porta aberta para quem chega com demandas na AB não deve ser confundida, necessariamente, com garantia de acesso. O acesso estaria ligado à obtenção de determinado tipo de ação adequada para que seja resolutiva para o tipo de problema de saúde do usuário.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, que foi uma pesquisa de âmbito nacional e base domiciliar, realizada mediante parceria do MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), visou à coleta, de dados sobre acesso e utilização de serviços de saúde, através da cobertura da ESF e informações sobre visitas domiciliares, foram obtidos registros de entrevistas em 64.348 domicílios e os informantes de cada residência responderam para os demais onde foram coletadas informações válidas para cerca de 205.000 moradores (MALTA *et al.*, 2016).

A proporção de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família no Brasil foi de 53,4%, a região Nordeste apresentou o maior percentual (64,7%), o Sudeste teve o menor valor (46,0%), entre os estados os três com menor proporção de domicílios cadastrados foram Distrito Federal (12,5%), Palmas (30%) e Rio de Janeiro (32,2%) (MALTA *et al.*, 2016).

Esse estudo também apontou outra dimensão além da ampliação da cobertura das equipes de saúde da família no Brasil, que foi a priorização de serviços, como visita domiciliares em famílias mais vulneráveis, visando à inclusão e a redução da iniquidade em saúde. De maneira semelhante, a distribuição de escolaridade acompanhou a renda, assim, quanto menor a escolaridade, maior a população coberta pela ESF (MALTA *et al.*, 2016).

No estudo de Sousa *et al.* (2014), também foram identificadas várias dificuldades de acesso a partir da percepção dos usuários, no qual foram pontuadas a ausência de acolhimento e baixa resolubilidade como aspectos negativos da qualidade dos serviços de AB. Essas barreiras encontradas pelos usuários na busca de atendimento de suas necessidades assistenciais contribuem para adiar o atendimento oportuno dos problemas de saúde, comprometendo assim a resolutividade da atenção.

Em relação ao câncer de colo de útero (CCU), as atribuições da AB vão desde cadastro e identificação da população prioritária até o acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos.

A cobertura ainda insuficiente de exame citopatológico, principalmente para as mulheres em idade avançada, reflete problemas no acesso à AB por parte das usuárias e fragilidade na busca ativa de casos (SILVA *et al.*, 2014).

Dificuldade no acesso à AB relaciona-se, sobretudo, à baixa flexibilidade no agendamento de consultas, essas restrições colocadas pela dinâmica do atendimento e sua

burocratização são importantes obstáculos para utilização, contribuindo para dificultar e desmotivar a busca do serviço pelas mulheres, podendo retardar a realização do exame preventivo (SILVA *et al.*, 2014), exame esse que é importante para a detecção precoce do câncer de colo de útero.

No estudo de Rico (2015), alguns problemas elencados para a realização da prevenção ao câncer de colo de útero são os horários inadequados, a escassez de profissionais, os maus tratos recebidos durante o atendimento, assim como a demora na entrega dos resultados. Os únicos facilitadores que algumas participantes reconhecem são os agentes comunitários de saúde que, muitas vezes, simplificam o acesso a consultas ao agendá-las nas visitas domiciliares.

Além da melhoria do diagnóstico e da qualidade da informação, parte da manutenção das taxas de mortalidade de câncer de colo de útero podem estar relacionadas à dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde; à baixa cobertura populacional; ao baixo percentual do rastreamento da população feminina na faixa etária preconizada e à disponibilidade do serviço de saúde, fatores que influenciam o comportamento preventivo feminino (SANTOS e MELO, 2011).

Segundo Nascimento *et al.* (2015), houve avanços inequívocos no sentido do aumento da população atendida, através da intensificação da política de rastreamento, por intermédio do fortalecimento e da qualificação da rede de atenção básica e da ampliação dos centros de referência, todas estas ações podem ser inferidas com base no aumento da cobertura e no número de exames realizados.

Nas últimas décadas, as ações governamentais enfatizaram o aumento da cobertura populacional do exame de papanicolau, no entanto, como já foi discutido, há a necessidade de melhorar a resolutividade e a qualidade do serviço prestado, tornando as ações de rastreamento mais efetivas.

2.3.2 Resolutividade na Atenção Básica em saúde

A produção científica nacional e internacional sobre resolutividade em saúde não é tão vasta, tanto do ponto de vista teórico-conceitual quanto metodológico. No entanto, para o presente estudo esta é uma dimensão central pela preocupação com a qualidade dos processos assistenciais da atenção básica em saúde, em particular aos relacionados à promoção e prevenção ao câncer de colo de útero.

De acordo com o Manual para a Organização da Atenção Básica de 1998, resolutividade pode ser entendida como a eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e os fatores de risco aos quais a população está exposta (BRASIL, 1998).

A resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de avaliá-los a partir dos processos e resultados obtidos no atendimento ao usuário.

O conceito de resolutividade foi muito utilizado em investigações na década de 1980 para analisar as características tecnológicas do processo de trabalho e de forma geral relacionava-se à resolução dos problemas trazidos ao serviço e à satisfação dos clientes e do profissional de saúde (TURRINI, LEBRÃO e CESAR, 2008; ROSA, PELEGRINI e LIMA, 2011).

Atualmente a resolutividade tem sido discutida com diversas abordagens, dependendo de quem avalia e o que se avalia nos serviços de saúde. De acordo com esses diferentes enfoques, a resolutividade assume uma perspectiva ampla que envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência e contra referência preestabelecida, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos dos usuários, entre outros (TURRINI, LEBRÃO e CESAR, 2008; ROSA, PELEGRINI e LIMA, 2011).

A reorganização do processo de trabalho, considerando as diferentes realidades sanitárias, sociais e geográficas do país pode tomar a resolutividade dos problemas de saúde e a satisfação de seus usuários como eixos norteadores, aliados ao financiamento público para a realização de ações que atendam às necessidades da população, bem como a inclusão dos usuários no planejamento das ações (ROSA, PELEGRINI e LIMA, 2011).

A resolutividade pode ser alcançada por meio de um atendimento acolhedor, mediante responsabilização dos profissionais, com atitudes criativas e flexíveis, a partir das tecnologias disponíveis em cada nível de atenção.

Considera-se resolutividade a resposta satisfatória dos processos de trabalho desenvolvidos pelo serviço de saúde ao usuário quando busca atendimento em relação a alguma necessidade de saúde. Essa resposta não compreende somente a cura de doenças, mas também o alívio ou minimização do sofrimento, assim como a promoção e manutenção da saúde (ROSA, PELEGRINI e LIMA, 2011; COSTA *et al.*, 2014).

Dessa forma a resolutividade está associada à implantação de novos serviços e de novos equipamentos; à incorporação de novas tecnologias; à organização dos processos assistenciais; à conformação de redes; além da articulação e complementaridade de serviços e redes existentes.

A resolutividade é um ponto relevante para o debate da integralidade na perspectiva da forma como as redes assistenciais estão organizadas e como se constitui a qualidade do atendimento ofertado ao usuário (STARFIELD, SHI e MACINCKO, 2005).

Sabe-se que uma maior resolutividade da APS pode reduzir demandas por consultas especializadas e exames de maior complexidade, reservando os recursos financeiros para garantir os procedimentos mais prioritários (COSTA *et al.*, 2014).

De outro ponto de vista, a resolutividade dos serviços na perspectiva de um modelo hierarquizado por níveis de atenção pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento especializado e, segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de APS até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde (TURRINI, LEBRÃO e CESAR, 2008), como é o caso do CCU que envolve todos os níveis assistenciais.

A partir da virada do século, como consequência da expansão experimentada pelos serviços de AB no Brasil, a política nacional de saúde é premissa a efetivar o princípio da integralidade, surgindo, então, a necessidade da melhoria da qualidade da assistência e da resolutividade dos serviços de saúde prestados à população.

Tais necessidades têm desencadeado iniciativas de avaliação que apesar dos esforços tem se revelado uma tarefa espinhosa. Essa dificuldade, em parte decorre da falta de referências de estudos sobre esse tipo de avaliação, da carência de informações que permitam análise das reais condições da organização dos processos assistenciais, da capacidade de oferta e utilização dos serviços de saúde bem como das distintas interpretações decorrentes da variabilidade dos conceitos utilizados nas abordagens de avaliação.

Apesar dessas dificuldades, não se pode prescindir de parâmetros para identificar determinantes da resolutividade, de qualidade da atenção e das relações existentes entre elas. Entre os obstáculos de natureza metodológica para se classificar e graduar essas variáveis encontram-se os registros incompletos de atendimento, a multiplicidade de atores e de intervenções que interagem no processo de cuidado, o caráter extremamente dinâmico e complexo do processo saúde e doença e a interferência de fatores externos aos serviços de saúde (TANAKA e SANTO, 2008).

Estudos apontam que, no âmbito da APS, a resolutividade das ações de saúde está implicada no trabalho efetivo da equipe multiprofissional, que busca solucionar os problemas individuais e coletivos demandados pela população (COSTA *et al.*, 2014).

Fausto, Mendonça e Giovanella (2014), em análise dos dados do PMAQ-AB, destacam a visibilidade de espaços para o desenvolvimento de ações com vistas a resolutividade, porém, os melhores achados foram em relação ao grupo materno-infantil. Cabe melhorias, por exemplo, em serviços como vacinação e coleta de material para exames, assim como, quanto ao apoio assistencial/matricial às equipes.

No estudo de Magalhães Junior, Gariglio e Teixeira (2002), que discute a rede de Belo Horizonte, foi encontrado que os médicos da rede básica não esgotam os recursos assistenciais disponíveis nesse nível de atenção, antes de encaminhar a especialistas, o que gera uma forma de operar a rede de serviços com baixa solidariedade, baixa responsabilização no cuidado e baixa resolutividade da atenção básica.

Um exemplo similar da baixa resolubilidade da AB pode ser expressa através do quantitativo de encaminhamentos inapropriados ocasionando aumento da demanda para atenção especializada, com conseqüente aumento no tempo de espera por esse nível assistencial como observado no estudo de Sousa *et al.* (2014).

A resolutividade na AB está associada ao conhecimento técnico dos profissionais, mas também pode ser alcançada por meio de um atendimento acolhedor, mediante responsabilização das equipes, com atitudes criativas e flexíveis.

Nesse sentido, o trabalho resolutivo em saúde baseia-se no cuidado corresponsável, em que prevaleça o protagonismo da equipe multiprofissional, no sentido de aprofundar os saberes e as práticas no campo da saúde. Essa ação pressupõe produção de vínculos que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde e proporcionar satisfação ao usuário (ROSA, PELEGRINI e LIMA, 2011; COSTA *et al.*, 2014).

As ações de saúde devem necessariamente se traduzir em ações efetivas e que satisfaçam os usuários coletivamente, com a garantia de procedimentos eficazes diante do conjunto de problemas de saúde identificados e assim serem resolutivas.

Supõe-se que quanto maior a resolutividade de um serviço, mais voltado e preparado está para atender às necessidades de saúde da população, mesmo que isto signifique encaminhá-lo para outro serviço para continuidade do atendimento quando necessário (TURRINI, LEBRÃO e CESAR, 2008).

O entendimento sobre resolutividade da atenção à saúde é fundamental para a reorganização da qualidade dos serviços da AB. Assim, profissionais de saúde e gestores podem realizar autoanálise de seus processos de trabalho e propor intervenções mais adequadas, em função das necessidades e expectativas sobre o serviço.

Nesse sentido, pensar os determinantes como: a autonomia, o vínculo entre a equipe multiprofissional na busca da resolutividade, no contexto do cuidado, exige construção de novas práticas, reordenamento do modelo de atenção e acolhimento no fazer cotidiano da rede de serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2014).

Portanto, a busca de estratégias avaliativas que produzam retratos desta realidade representa uma contribuição relevante para o planejamento, gestão e avaliação da atenção à saúde.

Alguns estudos têm abordado a resolutividade através do uso de um elemento traçador, como é o caso dos estudos que utilizam, por exemplo, as internações por condições sensíveis a atenção primária. No presente estudo utilizou-se as ações de promoção e prevenção ao câncer de colo de útero na atenção básica em saúde no estado do Rio de Janeiro.

Com a equipe de ESF espera-se que por intermédio da adscrição da clientela, estabeleçam vínculos entre a equipe de referência e as famílias, objetivando maior resolutividade dos processos de atenção à saúde. Os meios de prevenção primária do CCU consistem nas atividades de educação em saúde e informações sobre o uso de preservativos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e orientações sexuais que estimulem o sexo seguro e no âmbito da prevenção secundária a realização do diagnóstico precoce e o rastreamento (COSTA *et al.*, 2014).

A prevenção secundária é feita com o teste papanicolau ou exame preventivo, realizado nos postos ou unidades de saúde com encaminhamento para tratamento em níveis de maior complexidade e mesmo após a cura, a AB ainda permanece responsável pelo acompanhamento das usuárias podendo prevenir recidivas (BOTTARI, VASCONCELLOS e MENDONÇA, 2008; VALE *et al.*, 2010).

Para debater de forma mais completa a resolutividade, se faz necessário compreender o câncer de colo de útero e quais são as atividades esperadas e preconizadas para a AB com o caráter de promoção à saúde e prevenção do câncer de colo de útero.

2.4 CÂNCER DE COLO UTERINO E AS AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (BRASIL, 2013c).

O câncer do colo do útero (CCU) é considerado um importante problema de saúde pública, foi estimada a ocorrência de 527 mil casos novos em mulheres, no mundo, em 2012, configurando, assim, o quarto tipo de câncer mais comum nessa população. A taxa de incidência do câncer do colo do útero vem diminuindo, ao longo das últimas três décadas, associado às implementações de programas de prevenção (INCA, 2015).

De acordo com a última estimativa mundial, essa neoplasia foi responsável por 265 mil óbitos em mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento (INCA, 2015).

Para o ano de 2016, no Brasil, são esperados 16.340 casos novos de CCU, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na Região Norte (23,97/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (20,72/100 mil) e Nordeste (19,49/100 mil), ocupa a segunda posição; na Região Sudeste (11,30/100 mil), a terceira; e, na Região Sul (15,17 /100 mil), a quarta posição (INCA, 2015).

Para o estado do Rio de Janeiro, no ano de 2016, são esperados 1490 casos novos de CCU, e o risco estimado de 16,90 casos a cada 100 mil mulheres. Já a taxa de mortalidade do estado é de 6,09, em relação às regiões do estado, as maiores taxas de mortalidade de câncer de colo de útero são, região metropolitana I com 6,61 e a metropolitana II com 6,47 (INCA, 2015).

O Câncer de Colo Uterino possui o alto potencial de prevenção e cura e se justifica pela evolução lenta da doença, com etapas bem definida e facilidade de detectar precocemente as alterações, viabilizando diagnóstico rápido e tratamento eficaz (SILVA *et al.*, 2014a).

Na fase pré-clínica do câncer de colo de útero não se evidenciam sintomas, de forma que a detecção de possíveis lesões precursoras se faz pela realização periódica do exame citológico (OLIVEIRA *et al.*, 2010)

Vários são os fatores de risco para o CCU e os principais estão associados às baixas condições socioeconômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo e à infecção pelo Papiloma Vírus Humana (HPV), o uso de contraceptivos orais, múltiplos partos e a coinfeção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e *Chlamydia trachomati* (OLIVEIRA *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2014a).

Um estudo da Comissão Europeia relata que alguns países alcançaram significativa redução nas taxas de mortalidade por CCU a partir da implementação de programas de rastreamento, merecem destaque Finlândia, Dinamarca e Suécia, com reduções de 80, 66 e 52% respectivamente. No Brasil, após mais de uma década da implantação do programa de rastreamento, o declínio da taxa de mortalidade ajustada pela idade foi de 17,4% até o ano de 2009. Dentre os fatores envolvidos no contexto do programa de rastreamento brasileiro, vale ressaltar a extensão territorial e a diversidade socioeconômica, política e cultural do Brasil, o que sugere a necessidade de identificar as falhas do programa e os fatores que as determinam (SILVA *et al.*, 2013).

O rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, recomendado pelo MS, é o exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. A rotina é a repetição do exame papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano (INCA, 2015). O diagnóstico realizado em fase avançada da doença parece ser o maior responsável pela manutenção das taxas de mortalidade elevadas.

De acordo com o objeto da presente tese será destacado o desenvolvimento das ações de promoção e prevenção desempenhadas pela Atenção Básica em relação ao Câncer de colo de útero.

As linhas de cuidado são estratégias de representação do percurso assistencial com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades, a linha de cuidado relacionado ao controle do CCU por sua vez envolve todos os níveis de atenção.

A construção dessa linha de cuidado pressupõe que a trajetória do usuário, desde a sua entrada no sistema de saúde, preferencialmente na AB, passando por diferentes serviços, garantindo a continuidade do acesso desse usuário ao leque de cuidados necessários para atender ao seu problema de saúde.

A linha de cuidado do CCU tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promoção à saúde e à prevenção do CCU, através do acesso às vacinas de HPV, diagnóstico precoce e o

rastreamento das lesões precursoras, além do tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno (BRASIL, 2013c).

No contexto da Rede Temática de Oncologia, a linha de cuidado do CCU implica na organização de um conjunto de ações e serviços de saúde, estruturados com base em critérios epidemiológicos e de regionalização para dar conta dos desafios atuais em que os quadros relativos a esse câncer são de alta relevância epidemiológica e social.

O 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, atribuições da AB e o tratamento câncer do colo do útero (BRASIL, 2011b).

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, 2013a).

A organização da linha de cuidado envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com a evidência disponível na literatura científica.

A seguir, pode-se observar a estrutura de organização da linha de cuidado do câncer de colo de útero na Figura 3.

Figura 3 - Linha de cuidado do câncer de colo de útero



2.4.1 Atenção Básica em Saúde e as ações de prevenção do câncer de colo de útero

A presente tese aborda as ações que são de responsabilidade da AB, correspondente às ações preventivas, à detecção precoce e o rastreamento do CCU.

O Governo federal lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011–2022 que aborda quatro principais doenças, quais sejam: doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, diabetes e câncer (BRASIL, 2011).

Os objetivos do plano de ações acima mencionados são: promover o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco; além de fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. Entre as metas nacionais propostas no plano estão: ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011).

No plano, as principais ações para o enfrentamento do câncer do colo do útero são o aperfeiçoamento do rastreamento dos cânceres do colo do útero e da mama e a universalização desse exame 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, 2011).

A ESF tem como objetivo reorientar o modelo assistencial, ao incluir na sua prática a articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, assim gera-se um cenário favorável para ações em relação à saúde da mulher (VALE *et al.*, 2010).

As atividades da ESF são desenvolvidas em múltiplas dimensões da prevenção primária e secundária, entre elas: atividades de educação em saúde, vacinação, realização das consultas e do exame de papanicolau e efetivação da busca ativa, que visa identificar mulheres faltosas na coleta do exame, aquelas que nunca o realizaram e outras que abandonaram o tratamento de alguma lesão.

Uma das principais atividades que devem ser desenvolvidas no âmbito da AB são as ações de prevenção primária são as ações de educação em saúde e a aplicação da vacina de HPV.

Vacina contra HPV

Infecções persistentes por HPV podem levar a transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para lesões intraepiteliais precursoras do CCU, as quais, se não diagnosticadas e tratadas oportunamente, evoluem para o CCU. A infecção por HPV é a doença sexualmente transmissível (DST) mais comum em todo o mundo e a maioria das pessoas sexualmente ativas, homens e mulheres, terá contato com o vírus durante algum momento da vida (INCA, 2015).

Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo apresentam infecção por HPV em algum período da vida, correspondendo a uma prevalência de 10,4%, entretanto, mais de 90% dessas infecções por HPV regridem espontaneamente em seis a 18 meses. Existem hoje 13 tipos de HPV reconhecidos como oncogênicos pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC), desses, os mais comuns são o HPV16 e o HPV18, que juntos são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero (INCA, 2015).

De acordo com dados da OMS, uma em cada dez pessoas estão infectadas pelo HPV no mundo sendo detectados 500 mil novos casos de câncer cervical por ano. Aproximadamente 70% destes novos casos são observados em países em desenvolvimento, sendo que cerca de 230 mil mulheres acabarão evoluindo para morte em decorrência de CCU. Mulheres acima de 50 anos apresentam grandes chances de portar o vírus, e dessa forma possibilitar o desenvolvimento de uma neoplasia relacionada ao HPV (ZARDO *et al.*, 2014).

A evolução da infecção pelo HPV no organismo humano é caracterizada na grande maioria dos casos como autolimitada e ocorrendo sua eliminação espontânea em aproximadamente dois anos, sem causar lesões e sintomas, pois se sabe que somente a infecção pelo vírus não é suficiente para desenvolver o carcinoma. Entretanto, sua persistência no organismo está intimamente relacionada ao risco aumentado de lesões do trato genital inferior, incluindo o câncer (MELO *et al.*, 2012; ZARDO *et al.*, 2014).

A progressão do câncer do colo do útero é lenta. A partir de uma infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), são necessários de 10 a 20 anos para que esse câncer se desenvolva. A partir de uma lesão precursora, aquela que antecede o aparecimento da doença, são necessários de 5 a 15 anos. Por isso, o CCU é considerado altamente passível de prevenção por meio de programas de rastreamento, que facilitam a detecção e o tratamento de lesões precursoras com o objetivo de reduzir as taxas de incidência e de mortalidade da doença (SILVA *et al.*, 2013).

Sabe-se que a vacinação é um método eficaz e de relevante custo-benefício para se combater uma doença de etiologia infecciosa. Assim, em 2006, a *Food and Drug Administration* (FDA), aprovou a vacina quadrivalente como agente imunizador contra o HPV, nesse mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (Anvisa) regulamentou a comercialização dessa vacina (ZARDO *et al.*, 2014).

A vacina de HPV pode ser analisada como uma estratégia eficiente e relevante, pois mais de 35 países já incluíram a vacina no calendário vacinal de imunização, entre eles podemos citar: Austrália, Canadá, México, Estados Unidos, Panamá, Bélgica, Portugal, Alemanha, Holanda, Dinamarca, Espanha, Suíça, Suécia, França e Reino Unido (ZARDO *et al.*, 2014).

No Brasil, o MS implementou, no calendário vacinal, em 2014, a vacina tetravalente contra o HPV para meninas de 9 a 13 anos. Essa vacina protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV (INCA, 2015).

As vacinas para o HPV previnem além do CCU, outros tipos de cânceres relacionados ao HPV. É estimado que se houvesse vacinação completa da população, os casos de câncer cervical poderiam ser reduzidos em dois terços. Deve-se levar em conta que o Brasil possui uma boa experiência em cobertura vacinal com a realização de programas nacionais, mostrando com isso sua capacidade de realizar uma vacinação eficiente contra os tipos de HPV na população alvo para tal se faz necessária uma acessível AB e resolutiva (ZARDO *et al.*, 2014).

Por se tratar de uma infecção de transmissão vertical, o ideal é a vacinação profilática em idade anterior à primeira relação sexual. Isto implicaria em vacinar crianças e adolescentes de ambos os sexos (ZARDO *et al.*, 2014).

Outra iniciativa de prevenção importante, desenvolvida no âmbito da AB, são as atividades de detecção precoce e rastreamento.

Deteção precoce e rastreamento

Essas iniciativas objetivam identificar lesões sugestivas de câncer de colo de útero para investigação e tratamento que é realizado principalmente através do exame papanicolau. A lógica do rastreamento é identificar casos ainda em fase inicial, para os quais as intervenções terapêuticas podem ser benéficas, tanto em termos de sobrevida quanto de qualidade de vida.

O teste citopatológico é realizado com rapidez, é fácil, prático, seguro e possui um custo unitário relativamente baixo, valor menor do que oito reais ou três dólares, de acordo com a Tabela de Procedimentos Ambulatoriais do SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2010, TOMASI *et al.*, 2015).

Embora o rastreamento do câncer do colo do útero por meio da citologia cérvico-vaginal seja reconhecido como o método de rastreamento mais bem-sucedido na história da medicina, sua efetividade está relacionada a uma sequência de eventos que vão desde as estratégias de captação da mulher, coleta do exame citológico, leitura do esfregaço e tratamento oportuno das alterações identificadas.

A efetividade da detecção precoce do CCU, por meio do exame papanicolau (ou colpocitologia oncológica, Pap teste ou citopatológico de colo uterino), associado ao tratamento da lesão intraepitelial, pode reduzir em 90,0% a incidência desse tipo de câncer, impactando significativamente na diminuição das taxas de morbimortalidade, dependendo do padrão de qualidade e cobertura de rastreamento de, no mínimo, 80,0% da população alvo (OLIVEIRA *et al.*, 2010; CORREA *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2014a; TOMASI *et al.*, 2015).

Para os diagnósticos obtidos nos exames de papanicolau, o MS preconiza as seguintes condutas: citologia normal e alterações benignas devem seguir a rotina de rastreamento citológico (anual); para alterações pré-malignas recomenda-se a repetição da citologia em seis meses; para alterações malignas, a colposcopia é imediatamente indicada e, apresentando lesão na colposcopia, recomenda-se a biópsia (SILVA *et al.*, 2014a).

As ações de prevenção secundária do CCU são uma estratégia fundamental, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias. Além de abordagens para grupos específicos (por exemplo, gestantes, mães de crianças em puericultura, idosas), é fundamental que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço, estimulando-a a realizar os exames de acordo com o preconizado (BRASIL, 2013c).

Outro conjunto de atividades também deve ser desenvolvido tais como o gerenciamento e contatos para o provimento de recursos materiais e técnicos, controle da qualidade dos exames, verificação, comunicação dos resultados e encaminhamentos para os devidos procedimentos quando necessário (MELO *et al.*, 2012).

A importância do seguimento das mulheres examinadas é elemento fundamental para avaliação da resolutividade das ações de controle do CCU. O importante é que a equipe de ESF seja capaz de fazer esse seguimento, identificar e ter acesso facilitado às informações que permitam a avaliação das ações (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Como a AB é a coordenadora do cuidado, ela deve acompanhar as usuárias durante todo o tratamento, avaliando a necessidade de intervenções durante esse processo, em especial no caso do cuidado paliativo, a equipe deve estar preparada para acolher essa usuária e propiciar o seu tratamento. Grande parte das necessidades em cuidados paliativos pode ser realizada pela equipe na UBS ou no domicílio da usuária (BRASIL, 2013b).

Apesar de se conhecer os benefícios do exame citopatológico de colo uterino, estudos, mostram que a cobertura deste exame no Brasil ainda é baixa de acordo com o preconizado pela OMS. Com relação à adequação da periodicidade de realização de exame citopatológico, a maioria dos estudos aplica o critério de ter realizado pelo menos um exame nos últimos três anos e tem demonstrado que esta também não alcança os indicadores desejáveis (CORREA *et al.*, 2012).

Apesar da melhora na cobertura do exame citológico no Brasil, esta ainda é considerada insuficiente para reduzir a mortalidade por CCU, pois devemos considerar que a qualidade dos exames e o estadiamento nos quais os casos são diagnosticados são outros fatores que podem influenciar esse cenário.

É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático dos usuários da sua área adscrita, a partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizaram, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame. Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames e dos exames insatisfatórios no caso do colo do útero.

No Brasil, ainda predomina, a realização do rastreamento não relacionado com as normas estabelecidas, e sim com a procura ocasional dos serviços de saúde determinada por razões diversas. Essa modalidade tem sido designada de rastreamento oportunístico, e não tem sido eficiente em reduzir as taxas de incidência e mortalidade do CCU, pois apresenta baixa cobertura, super-rastreia um pequeno grupo de mulheres, portanto, é menos custo-efetivo.

Reduzir a frequência dos exames em excesso significa aperfeiçoar os recursos disponíveis, o objetivo não deve ser a redução do número de coletas, e sim desenvolver estratégias para que aquelas mulheres sob maior risco de desenvolver CCU tenham acesso ao sistema, seja por demanda espontânea ou por busca ativa.

Estudos epidemiológicos mostram risco elevado no desenvolvimento dessa doença entre mulheres que nunca realizaram o exame e um aumento no risco proporcional ao tempo decorrido desde o último papanicolau (SILVA *et al.*, 2014; TOMASI *et al.*, 2015).

No estudo de Discacciati, Barboza e Zeferino (2014), em relação ao intervalo desde o último exame citopatológico realizado, no Rio de Janeiro predominaram aqueles com intervalo de um e dois anos e a prevalência dos diagnósticos citopatológicos alterados foi de 6,8%.

O estudo de Vale *et al.* (2010) revelou que no município avaliado, apesar da implantação da ESF, o rastreamento do CCU permanece ocorrendo de modo predominantemente oportunístico.

Os profissionais da AB devem conhecer os hábitos de vida, os aspectos culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas, realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher e ao controle dos cânceres do colo do útero.

A educação permanente dos profissionais da ESF pode ser um caminho para aprimorar esse cuidado, pois poderá auxiliar na padronização de atendimentos, melhorar o vínculo com as mulheres, aumentar a adesão ao exame preventivo e contribuir para uma assistência de melhor qualidade. Além disso, poderá auxiliar na atualização dos profissionais para a realização do exame de papanicolau, no procedimento e periodicidade das coletas, na interpretação dos resultados e na informação às mulheres com alterações nos exames.

Apesar da ampla divulgação da importância do exame de papanicolau ocorrida nos últimos anos e das campanhas promovidas pelo MS, estudos apontam diversos fatores que ainda influenciam na realização do exame, dentre eles destacam-se idade avançada, o baixo nível socioeconômico, situação conjugal, assim como a limitação do acesso aos serviços de saúde, por barreiras culturais e geográficas (RAMOS *et al.*, 2014).

Aspectos relacionados às crenças e atitudes da mulher em relação ao CCU e à autopercepção da severidade e suscetibilidade à doença também foram identificados como limitantes à realização deste exame. Características relacionadas ao serviço como carências de recursos materiais para a realização do exame, aspectos burocráticos incluindo tempo de espera tanto para marcação como para o atendimento foram mencionadas em outros estudos como barreiras ao acesso ao exame (CORREA *et al.*, 2012).

O diagnóstico precoce é fundamental, porém, tem como entraves a baixa capacitação dos profissionais, dificuldades de absorção da demanda, da gestão na definição do fluxo assistencial hierarquizado nos diferentes níveis de atenção e sistemas de referência (MELO *et al.*, 2012; SILVA, 2014). Quanto mais tardia for a sua detecção, menores são as possibilidades de reduzir os danos, condição que dimensiona a importância de ações preventivas.

Os achados do estudo de Correa *et al.* (2012), encontraram que a adequação da periodicidade do exame foi mais frequente entre as mulheres com 25 anos ou mais; de maior escolaridade, especialmente entre as de nove anos ou mais de estudo; entre as que realizaram pré-natal na última gestação e aquelas que consultaram na UBS da área de abrangência para exame ginecológico no último ano. Por outro lado, a adequação foi menos frequente entre as mulheres de estrato socioeconômico baixo e primíparas.

A qualidade do exame de papanicolau é fundamental para o sucesso das ações de rastreamento. De acordo com vários autores, o sucesso de um programa de rastreio está relacionado a vários fatores, como: cobertura efetiva da população de risco, qualidade na coleta e interpretação do material, tratamento e acompanhamento adequados, além de um bom sistema de referência e contra referência (RAMOS *et al.*, 2014).

Para serem obtidos os benefícios desse exame no cenário da prevenção secundária do CCU, todos os passos dos procedimentos a ele relacionados, desde a coleta e a adequabilidade da amostra são importantes. A qualidade das amostras cervicais pode ser avaliadas pela presença de células da região ectocervical, do canal endocervical e da junção escamo-colunar, onde se localiza a maioria dos carcinomas cervicais e lesões precursoras (AMARAL *et al.*, 2014).

De acordo com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas, devem ser consideradas amostras insatisfatórias aquelas com: esfregaços com material acelular, obscurecidos pela presença de sangue, piócitos, dessecamento e superpopulação celular, e como amostras rejeitadas aquelas com erro de identificação, lâmina danificada e causas alheias ao laboratório (DISCACCIATI, BARBOZA e ZEFERINO, 2014).

A grande variabilidade do desempenho diagnóstico do exame citopatológico é sua grande fragilidade. A comprovação da diferença na qualidade poderia ser feita pelo monitoramento externo de qualidade, o que está previsto, mas não é realizado amplamente.

Segundo a experiência de países com programas de rastreamento organizados a escala de produção dos laboratórios é apontada como uma característica relevante para a qualidade da leitura das lâminas. A OPAS preconiza que um laboratório de excelência, para manutenção de padrões de qualidade, necessita ter uma produção mínima de 15 000 exames/ano (SILVA *et al.*, 2013).

A detecção de atipias, de lesões precursoras e do CCU por meio do exame citopatológico é realizada com base no critério subjetivo de inspeção visual, o que requer atenção e qualificação técnica adequada do citopatologista. Deste modo, é notória a importância da padronização dos critérios diagnósticos nos laboratórios de análise das

lâminas. A atenção à qualidade dos laboratórios e a padronização das ações nesse âmbito foram previstas pelo Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero do Ministério da Saúde (SILVA *et al.*, 2013).

São necessárias medidas de controle da qualidade dos laboratórios para a redução dos índices de resultados falso negativos e falso positivos para isso os laboratórios devem dispor de programa de controle de qualidade interno, programa de avaliação de controle de qualidade externo, periódicos programas de treinamento dos profissionais, monitoramento de procedimentos de coleta, fixação e transporte de material citológico e laboratório revisor indicado por órgão competente ou laboratório de referência da região (SILVA *et al.*, 2013), questões essas que ainda se colocam como desafios para a realidade brasileira.

Sabe-se que o preenchimento do formulário de requisição do exame citopatológico do colo do útero é um dos elementos da fase pré-analítica fundamentais para a qualidade deste exame, que conseqüentemente refletirá na qualidade do programa de rastreamento. A falta de informações para a realização do exame citopatológico pode impedir o cadastramento da mulher no sistema e a identificação das mulheres que fazem parte do grupo de risco para o desenvolvimento de lesões precursoras do CCU (AMARAL *et al.*, 2014).

O preenchimento correto dessas informações é importante, pois auxilia o profissional a interpretar os resultados citopatológicos durante a análise dos exames no laboratório, além de possibilitar a identificação dos casos que devem ser revisados de acordo com o recomendado pelo MS. A devolução do formulário de requisição devido à falta de preenchimento correto, pode provocar atraso na entrega do resultado para a mulher. Além de causar transtornos na rotina do serviço, gera custos adicionais ao sistema de saúde (AMARAL *et al.*, 2014).

A adoção de tais padrões em toda a rede poderá influenciar, inclusive, o comportamento das unidades de saúde em relação à coleta do material para o exame.

Dentre as características importantes para a garantia de sucesso dos programas de rastreamento, devem ser considerados fatores inerentes à organização do programa: a capacitação dos profissionais, o monitoramento do serviço, a padronização dos registros e gestão do funcionamento dos sistemas de informação, o adequado diagnóstico e acompanhamento das mulheres com alterações detectadas. Essa infraestrutura dificilmente é encontrada no país e no estado do Rio de Janeiro.

Acredita-se que para o alcance de maior efetividade nas ações de prevenção ao CCU no Brasil, faz-se necessária a melhoria dos níveis de adequação desta ação programática na rede básica de saúde, havendo a necessidade de se promover melhorias substanciais, principalmente o aperfeiçoamento e implantação de sistemas de registro das atividades

desenvolvidas na UBS, a qualificação das equipes e o aumento do aporte de insumos e materiais necessários ao pleno desenvolvimento das ações.

O acompanhamento regular e sistemático para promover ações de rastreamento e controle da doença são digitados e armazenados no Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero (SISCOLO).

Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero

O SISCOLO é um sistema informatizado de entrada de dados desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em parceria com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), instalado nos laboratórios prestadores de serviço, em que devem ser registrados todos os exames citopatológicos realizados para o SUS (DISCACCIATI, BARBOZA e ZEFERINO, 2014), implantado em janeiro de 2000, destina-se ao armazenamento de dados sobre identificação da mulher, informações demográficas, epidemiológicas e dos exames (GIRIANELLI, THULER e SILVA, 2009).

O SISCOLO abrange um conjunto de informações apenas sobre os exames realizados, a partir do qual se identificam as mulheres com exames alterados, compreendendo assim um sistema que não é capaz de identificar o universo de mulheres sob risco de desenvolver CCU e de fato atuar na prevenção e apoiar estratégias de rastreamento que visem a aumentar a cobertura e a estabelecer regularidade nos controles, pois só identifica mulheres que acessam o sistema (RAMOS *et al.*, 2014).

Destaca-se a falta de controle sobre quem está fazendo os exames e o intervalo entre eles, o que resulta no super rastreamento de algumas mulheres em detrimento do público mais vulnerável. Além disso, há coleta de citologias desnecessárias (em intervalos menores ou para grupos etários não previstos pelo programa de rastreamento) que representam uma grande quantidade em relação ao total de exames (SILVA *et al.*, 2014).

Outras limitações podem ser citadas como a ausência de mecanismos que garantam a obrigatoriedade na submissão de dados (sociodemográficos, procedimentos e exames realizados anteriormente) no Sistema; a falta de acesso às informações dos exames de rastreamento nas UBS onde é realizada a coleta do material (SILVA *et al.*, 2014).

Um estudo que avaliou a qualidade dos dados presentes no SISCOLO observou que a completude foi excelente para maioria dos campos analisados, bem como a validade para os resultados dos exames realizados, já a sensibilidade do sistema para a base de dados dos exames citopatológicos foi moderada (77,4%). É possível que a sensibilidade do SISCOLO

seja diferente em outros grupos populacionais ou em outras regiões do país, como ocorre com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), esses sistemas que apesar de serem obrigatórios e terem maior tempo de implantação, ainda apresentam variação regional de cobertura (GIRIANELLI, THULER e SILVA, 2009).

Outra limitação do sistema apontada é o fato dos dados estarem restritos à população usuária do SUS, não englobando as mulheres que realizam os exames em serviços de saúde suplementar, impossibilitando a mensuração da quantidade real de exames diagnósticos realizados no país por falhas no processo de informação (GIRIANELLI, THULER e SILVA, 2009).

Em 2011, o SISCOLO passou por reformulação, visando ao fortalecimento de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero, sendo criado, então, o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

O SISCAN é uma versão web que integra na mesma plataforma o SISCOLO e o SISMAMA, permitindo que as unidades de saúde informatizadas e com acesso à internet possam solicitar exames, visualizar os resultados e acompanhar as mulheres com exames alterados (seguimento), além de ser integrado ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADWEB), o que permite a identificação das mulheres pelo número do cartão SUS (SARTORI, 2016).

O SISCAN propõe-se, também, a gerar o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado, que é um arquivo destinado ao faturamento dos procedimentos, com isso, ao final de cada competência, o laboratório prestador de serviços encerra os dados e as informações são exportadas para a base nacional automaticamente.

Pelo SISCAN, é possível, minimamente, a gerência da assistência à mulher com a solicitação de exames e visualização de laudos pela UBS. A coordenação municipal tem condições de acessar relatórios gerenciais, visualizar laudos e gerenciar seguimentos intramunicipais e monitorar as unidades locais. Uma das atribuições das coordenações local e regional estabelecidas pelo SISCAN é a coordenação e articulação do cuidado e monitoramento do seguimento (FARIAS e BARIBIERI, 2016).

O SISCOLO/SISCAN é uma importante ferramenta de auxílio ao controle do câncer do colo do útero, e seus dados são imprescindíveis para o conhecimento epidemiológico, nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais de saúde que inserem os dados no sistema o conheçam, o que pode favorecer maior precisão na inserção de dados.

A ligação do sistema com o CADWEB traz dificuldade ao cadastro no SISCOLO/SISCAN, pois, se a usuária não possuir cadastro no CADWEB, não é possível registrar dados. Outro aspecto relevante é que os dados sociodemográficos são exportados diretamente para o SISCOLO/SISCAN, com exceção da variável escolaridade. Assim, se a usuária não tiver seus dados no CADWEB atualizados, informações desatualizadas são levadas ao SISCOLO/SISCAN, sem poderem ser alteradas (SARTORI, 2016).

O estudo de Sartori (2016), concluiu que o SISCOLO/SISCAN atinge parcialmente seu objetivo, mostrando que o sistema necessita de grande aprimoramento. Alguns problemas são apontados no sistema tais como: não gera nenhum tipo de relatório; falta de filtros suficientes para liberação do exame; a não permissão para acompanhar dados de rastreamento do câncer do colo do útero em nível local ou realizar planejamentos.

No estudo de Sartori (2016), os profissionais relataram equipamentos insuficientes para uso do sistema (computador, impressora e internet com velocidade adequada) e a falta de capacitação quanto ao uso do sistema.

Uma análise dos sistemas de atenção à saúde, feita numa perspectiva internacional, constatou que os sistemas são fragmentados e organizam-se por um conjunto de pontos de atenção isolados e sem comunicação, sendo incapazes de prestar uma atenção contínua à população dificultando que a AB exerça seu papel de coordenadora do cuidado, com qualidade e de forma integral (FARIAS e BARIBIERI, 2016), realidade essa que se pode observar hoje no cenário desse sistema de informação no Brasil.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as ações de prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica em saúde no estado do Rio de Janeiro, considerando a disponibilidade, adequação e resolutividade dos processos assistenciais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar a disponibilidade e adequação das ações de prevenção na Atenção Básica em Saúde em relação ao câncer de colo de útero no estado do Rio de Janeiro;
- b) Analisar a dimensão da resolutividade dos processos assistenciais relacionados às ações de prevenção ao câncer de colo de útero, desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em saúde no estado do Rio de Janeiro.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM E REFERENCIAL DE ANÁLISE

O presente trabalho apoiou-se nos referenciais de avaliação de programas de saúde, com destaque para a avaliação de resultados na perspectiva dos processos assistenciais, em especial nos contextos organizacional e técnico da Atenção Básica.

O estudo consiste em uma pesquisa avaliativa, que visa analisar, mediante métodos válidos e reconhecidos, ações de prevenção do câncer de colo de útero da AB no estado do Rio de Janeiro, relacionadas a disponibilidade, adequação e resolutividade dos processos assistenciais .

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa.

A técnica de investigação baseou-se na análise de dados secundários. Para tal foi analisado um conjunto de dados pertencentes ao componente da ‘Avaliação Externa’ disponíveis no banco do PMAQ-AB e outros dados secundários disponíveis no DATASUS, tais como os do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), SISCOLO, Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) e Sistema de Informação do Programa Nacional de Vacinação (SIPNI).

O câncer de colo de útero foi considerada como condição traçadora para avaliação proposta nesse estudo.

Condição traçadora é uma técnica sistematizada por Kessener, Kalk e Singer (1973), originária das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos, tendo sido, frequentemente, aplicada ao campo da avaliação de serviços de saúde. Esses autores consideram a premissa de que determinados problemas ou agravos à saúde podem servir como traçadores para análise da prestação de serviços e da qualidade da atenção à saúde (KESSENER, KALK e SINGER 1973; SAMICO, FIGUEIRÓ e FRIAS, 2010; SOUSA *et al.*, 2014).

A técnica mencionada utiliza agravos específicos de saúde para obtenção de dados que serão usados para avaliar a qualidade dos serviços de forma relacional e não isoladamente ao longo de todas as etapas da atenção à saúde, mensurando assim os processos assistenciais e o resultado da atenção, incluindo a dimensão do acesso e suas subdimensões de disponibilidade e adequação e a dimensão da resolutividade (SAMICO, FIGUEIRÓ e FRIAS, 2010).

Inicialmente o uso dessa metodologia foi bastante restrito, devido aos rigorosos critérios para sua utilização, porém, atualmente é considerada uma das abordagens mais úteis

para avaliação da atenção primária à saúde e ambulatorial por permitir a análise horizontal e sequencial do atendimento prestado, possibilitando a avaliação de serviços de saúde de forma mais ampla (TANAKA e SANTO, 2008).

Nos Estados Unidos, a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* tem aplicado esse método em seus processos de auditoria e em estudos de custo-efetividade (TANAKA e SANTO, 2008).

Considerando os serviços de saúde como uma intervenção, é possível adaptar o uso dessa técnica para a avaliação de políticas e programas mediante a seleção de traçadores ou marcadores que possam refletir o funcionamento e a qualidade dessas intervenções. Vale destacar que essa técnica tem sido utilizada em vários estudos avaliativos sejam de ações, serviços, programas ou políticas de saúde (KESSENER, KALK e SINGER, 1973; TRAVASSOS e MARTINS, 1985; PENNA, 1997; SAMICO, FIGUEIRÓ e FRIAS, 2010).

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), o desenvolvimento de método avaliativo pautado no uso de condição marcadora facilita a definição dos focos nas avaliações das ações programáticas de saúde e aumenta o potencial de utilidade dos resultados das pesquisas.

Para Silva *et al.* (2014), esse tipo de avaliação permite abranger os múltiplos pontos de atenção envolvidos e a integração dos serviços, ou seja, é importante para eventos em saúde que envolvam múltiplos níveis de atenção .

As condições traçadoras propostas por Kessener, Kalk e Singer (1973), para avaliar a qualidade da atenção, têm como guia patologias que atendam aos seguintes critérios: patologias que estão cobertas por programas consolidados, cujas normas de assistência conseguiram aprovação consensual por parte dos profissionais de saúde e que se sustentam por definição prévia acerca dos recursos e procedimentos adequados a cada nível de atenção para a implementação de atividades (PENNA, 1997; BOTTARI, VASCONCELLOS e MENDONÇA, 2008).

O câncer de colo de útero atende aos critérios estipulados por Kessener, Kalk e Singer (1973), pois possui etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidos, o que significa que existe um conhecimento científico aprofundado sobre os fatores causais, formas de detecção e tratamento da doença, além de ser um evento de magnitude prevalente em nosso meio. O câncer de colo de útero também é objeto de um programa nacional estruturado e consolidado para seu controle, há bastante tempo, envolvendo todos os níveis assistenciais.

Vale ressaltar que a doença possui evolução lenta e seu tratamento é conhecido e eficaz, principalmente nas lesões precursoras.

As características biológicas do CCU e a existência de um método simples, barato, seguro e aceitável pela população feminina para a sua detecção precoce, o exame citopatológico, permitem que seu potencial de prevenção e cura seja elevado (BOTTARI, VASCONCELLOS e MENDONÇA, 2008; SILVA *et al.*, 2014).

No estudo de Bottari, Vasconcellos e Mendonça (2008), o CCU se mostrou adequado para a avaliação de um conjunto de indicadores de estrutura e processo, permitindo detectar a existência de deficiências na AB prestada no município estudado.

No estudo de Silva *et al.* (2016), o câncer de colo de útero também foi utilizado para avaliar a coordenação do cuidado por parte da atenção básica na continuidade assistencial de mulheres com câncer de colo de útero no estado de Pernambuco.

4.2 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi realizado por meio de duas etapas. A primeira etapa é configurada através da avaliação da disponibilidade, levando em consideração a estrutura disponível nas unidades de AB e a adequação das ações de prevenção do CCU.

A segunda etapa é representada pela avaliação da resolutividade das ações de prevenção primária e secundária ao CCU desenvolvidas no âmbito dos processos assistenciais da AB.

As etapas serão descritas detalhadamente, a seguir, e sistematizadas, ao final da seção de metodologia, que apresenta a matriz de análise do estudo, composta pelas etapas da avaliação, variáveis, técnicas de investigação e fontes consultadas.

4.2.1 Etapa 1: Avaliação da disponibilidade e adequação das práticas de prevenção ao câncer de colo de útero nas unidades de atenção básica em saúde.

Na primeira etapa foi desenvolvida a análise da disponibilidade de equipamentos e insumos e adequação das práticas de prevenção ao câncer de colo de útero nas unidades de atenção básica.

A matriz conceitual da primeira etapa do estudo foi construída com base nas definições de Penchansky e Thomas (1981), onde disponibilidade é compreendida como o volume e tipo de serviços ofertados pelos serviços de saúde e adequação refere-se a forma como os serviços de saúde organizam-se para atender os usuários.

A análise da disponibilidade é relevante, pois expressa a estrutura das equipes. No campo da avaliação, a estrutura é um dos componentes para a análise de desempenho e resolutividade dos serviços de saúde, considerando que estruturas adequadas favorecem a oferta de serviços oportunos e de qualidade (DONABEDIAN, 1988).

Donabedian (1988) propôs um esquema sistêmico de análise que considera a tríade: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se às condições relativamente estáveis dos serviços de saúde, entre elas, os instrumentos, os recursos materiais e humanos e o contexto físico e organizacional no qual são realizadas as ações de saúde.

Dessa forma, as características da estrutura contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado e influenciam seus consequentes resultados.

Os indicadores de estrutura revelam as condições estruturais para a melhoria e qualidade da prestação dos serviços, todavia, esta não seria uma relação causal de certeza, mas de probabilidade.

Donabedian (1988), alerta que a melhor estratégia para a avaliação requer a seleção de indicadores representativos da tríade mencionada: estrutura, processo e resultados, como proposto no presente trabalho.

As subdimensões de acesso, adequação e disponibilidade e a dimensão da resolutividade, que foram trabalhadas na presente tese, estão intimamente ligadas.

A subdimensão da disponibilidade é bastante relevante, pois contextualiza as condições de estrutura das equipes visitadas, o que é fundamental para o alcance de bons resultados dos processos de trabalho, verificado pela subdimensão de adequação, ou seja, ainda que sozinhas essas subdimensões não sejam suficientes para expressar grau de acesso, ao serem analisadas conjuntamente, a análise torna-se mais concreta. E por consequência tanto a estrutura quanto os processos de trabalho se coadunam aos resultados desses processos assistenciais produzidos no âmbito da atenção, aqui representados pela dimensão de resolutividade.

Para o cumprimento da etapa 1 foram utilizadas informações do banco de dados do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Foram consideradas informações do ciclo 1 e 2 do programa.

O PMAQ incluiu o levantamento de informações para verificar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de AB participantes do PMAQ, através de visita da equipe de avaliação externa e certificação (avaliação externa ocorre de acordo com padrões específicos para avaliar município, infraestrutura das UBS, processo de trabalho e satisfação

dos usuários). Nessa fase o MS atuou em conjunto com Instituições de Ensino Superior Brasileiras (BRASIL, 2011b).

O ciclo 1 do PMAQ foi realizado no período de julho a novembro de 2012.

O instrumento utilizado para a realização da avaliação externa do ciclo 1 é composto por três módulos, a saber:

- Módulo I - Observação na UBS, com questões de infraestrutura da unidade de saúde.
- Módulo II - Entrevista com os profissionais sobre processo de trabalho da equipe de atenção básica e saúde bucal e verificação de documentos na UBS.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

O ciclo 2 do PMAQ-AB teve as 4 fases do ciclo 1 mantidas e sua fase 3 (avaliação externa) foi realizada entre novembro de 2013 e abril de 2014.

O instrumento utilizado para avaliação externa do ciclo 2, sofreu modificações, na organização e no conteúdo, sendo constituído pelos seguintes módulos:

- Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, com questões de infraestrutura da unidade de saúde.
- Módulo II - Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de atenção básica e verificação de documentos na UBS.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde.
- Módulo IV – Entrevista com profissionais que compõem o NASF.
- Módulo V – Observação da infraestrutura das equipes de saúde bucal.
- Módulo VI – Entrevista com o profissional de saúde bucal sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal.

No ciclo 1 houve adesão limitada ao PMAQ por parte dos municípios, podendo participar até cinquenta por cento das equipes de saúde da família de cada município. No ciclo 2 não houve limite para o número de equipes que poderiam aderir ao programa por município, devido ao aumento do financiamento para o PAB variável por desempenho. Logo, foi possível a recontractualização de todas as equipes do ciclo 1 e a inclusão de novas equipes, de acordo com a adesão voluntária de cada gestão municipal, com isso ocorreu um considerável aumento da adesão de um ciclo para o outro.

A sistematização das características do ciclo 1 e 2 do PMAQ-AB podem ser observadas no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Sistematização das principais características dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB

Características	PMAQ-AB ciclos 1	PMAQ-AB ciclos 2
Período	2011 a 2012	2013 a 2014.
Período da coleta de dados	Junho a novembro de 2012	Novembro de 2013 a abril de 2014.
Instrumento de coleta de dados	Módulos I, II e III	Módulos I, II, III, IV, V e VI.
Limite para adesão das equipes ao PMAQ	50% das equipes de saúde da família de cada município	Sem limites
Número de usuários entrevistados no estado do Rio de Janeiro	3313	6948
Número de profissionais entrevistados no estado do Rio de Janeiro	1047	1881
Número de municípios participantes do censo do módulo 1	92	90*

Fonte: Elaboração própria a partir dos instrumentos do ciclo 1 e 2 do PMAQ-AB- Disponível em: ciclo 1: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo e ciclo 2: Disponibilizados pela coordenação do PMAQ – AB; portaria de homologação do ciclo 2; relatório descritivo do ciclo 2, 2015.

*Cabe ressaltar que no ciclo 2, dois municípios do estado do Rio de Janeiro não participaram do PMAQ, a saber: o município de Trajano de Moraes da região Serrana e Cambuci da região Noroeste.

O presente estudo faz uso de uma amostra representativa das regiões e do município do Rio de Janeiro, como será abordado nos quadros 2 e 3 a seguir.

No Quadro 2, podemos observar o quantitativo total de unidades básicas de saúde (UBS) nas regiões do estado e no município do Rio de Janeiro e o quantitativo de unidades básicas participantes do PMAQ, podendo assim analisar o alto percentual de unidades estudadas no módulo 1 de ambos os ciclos.

Em relação às equipes no módulo 1 há mais equipes no ciclo 2 do que no ciclo 1, essas diferenças se justificam porque no ciclo 1 foi realizado o censo das UBSs brasileiras, com isso o banco também contém informações de UBSs cujas equipes não aderiram ao PMAQ, no ciclo 2 a adesão de municípios/equipes foi maior do que no ciclo 1.

Além disso, nesse mesmo Quadro (2) podemos observar o quantitativo de unidades de ESF nas regiões do estado e no município do Rio de Janeiro e o quantitativo de profissionais respondentes por cada unidade de ESF participantes do PMAQ, assim também foi possível observar a alta porcentagem de unidades estudadas no módulo 2 de ambos os ciclos.

Vale ressaltar que os dados de Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família foram consultados através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), considerando dados do ano de 2012 para o ciclo 1 e ano de 2014 para o ciclo 2.

Quadro 2 - Quantitativo de unidades básicas de saúde e de ESF das regiões do estado e do município do Rio de Janeiro em relação às unidades básicas de saúde e equipes da AB participantes do PMAQ nos anos de 2012 e 2014 respectivamente

	Nº de UBS	Nº de UBS participantes do PMAQ	Nº de unidades ESF	Nº de ESF participantes do PMAQ	% de equipes\unidades estudadas		Nº de UBS	Nº de UBS participantes do PMAQ	Nº de unidades de ESF	Nº de ESF participantes do PMAQ	% de equipes \unidades estudadas									
													Ciclo 1				Ciclo 2			
													Mod I		Mod II		Mod I	Mod II	Mod I	
Baía da Ilha Grande	69	68	55	24	98%	35%	72	55	86	55	76%	64%								
Baixada Litorânea	137	126	108	55	92%	40%	141	76	116	77	54%	66%								
Centro-Sul	145	137	107	84	94%	58%	158	101	110	101	64%	92%								
Médio Paraíba	244	220	182	145	90%	59%	250	152	196	185	61%	94%								
Metropolitana I	634	506	1067	414	80%	65%	608	351	1215	882	58%	73%								
Metropolitana II	291	267	362	187	92%	64%	306	223	376	341	73%	91%								
Noroeste	149	125	84	32	84%	21%	147	69	83	67	47%	81%								
Norte	218	182	58	37	83%	17%	201	54	76	55	27%	72%								
Serrana	213	128	132	69	6%	32%	215	108	141	118	50%	84%								
Estado do Rio de Janeiro	2099	1830	2124	1047	87%	49,29	2098	1189	2377	1881	57%	79%								
Município do Rio de Janeiro	249	51	734	324	21%	44,14	250	172	831	613	69%	74%								

Fonte: 1-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2017).2-DAB/MS. 3-PMAQ CICLO 1. 4-PMAQ CICLO 2

A representatividade estatística da amostra das unidades de AB e de ESF participantes do PMAQ, ou seja, o nível de confiança do modelo utilizado foi calculado considerando a seguinte fórmula:

$$n_0 = \frac{(z^2 \times p \times q)}{e^2}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$n_{final} = n \times perda + n$$

Onde N representa o total da população estudada, que no caso são as unidades básicas de saúde e as unidades de ESF de cada região do estado e do município do Rio de Janeiro.

O n_0 representa o tamanho da amostra, ou seja, unidades básicas de saúde e as unidades de ESF participantes do PMAQ e n seu tamanho ajustado.

Ainda, as proporções populacionais p e q foram quantificadas em 0,5 cada e o erro amostral admitido foi de 0,06.

Uma vez que a amostra foi definida sua representatividade é inferida ao se calcular o z referente a cada tamanho amostral.

Sabe-se que o z refere-se à posição de uma variável aleatória com distribuição normal com média 0 e desvio padrão 1. Desta forma, para cada z tem-se uma probabilidade associada. Tal probabilidade refere-se ao nível de significância do modelo, ou seja, a representatividade da amostra.

O Quadro 3 apresenta para cada região do estado e para o município do Rio de Janeiro, por módulo e ciclo do PMAQ esta representatividade da amostra.

Quadro 3 - Representatividade da amostra de acordo com os ciclos e módulos do PMAQ, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

	Representatividade da Amostra			
	ciclo 1		ciclo 2	
	Mod I	Mod II	Mod I	Mod II
Baia da Ilha Grande	100,0%	76,5%	93,8%	90,5%
Baixada Litorânea	99,9%	87,7%	91,9%	94,5%
Centro-Sul	100,0%	97,5%	96,2%	99,8%
Médio Paraíba	100,0%	99,6%	98,3%	100,0%
Metropolitana I	100,0%	99,8%	99,9%	100,0%
Metropolitana II	100,0%	98,4%	99,8%	100,0%
Noroeste	99,6%	78,8%	89,5%	96,5%
Norte	99,9%	85,9%	83,3%	92,7%
Serrana	100,0%	90,5%	94,7%	99,4%
Estado do Rio de Janeiro	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Município do Rio de Janeiro	99,6%	99,6%	99,3%	100,0%

Fonte: Elaboração própria.

Ainda, o estudo abarca todos os municípios do estado de forma homogênea, não incorrendo no risco de eventual viés regional. Desta forma, conclui-se que a amostra ora utilizada representa, de forma satisfatória, a população estudada.

A decisão de utilização de dados provenientes do PMAQ-AB foi suscitada por algumas razões, são elas:

a. O PMAQ é um dos principais, mais atuais e amplos programas de avaliação em AB, no que se refere ao número de equipes participantes, UBS visitadas, usuários entrevistados e instituições de ensino envolvidas em seu processo de planejamento e desenvolvimento;

b. O importante montante financeiro destinado à AB, referente aos pagamentos por desempenho, a partir do PAB-variável, cujo repasse se inicia desde o momento da adesão das equipes/município ao PMAQ-AB;

c. Divulgar os resultados do PMAQ busca gerar reflexões sobre algumas das contribuições desse programa e da avaliação em saúde, principalmente a AB do estado do Rio de Janeiro;

d. Disponibilidade dos bancos de dados.

O banco de dados do ciclo 1 do PMAQ está disponibilizado no site do DAB/Ministério da Saúde, e o banco de dados do ciclo 2 do PMAQ foi fornecido pelo DAB/Ministério da Saúde às instituições de ensino participantes da avaliação externa do programa em 2015.

Para a seleção das variáveis do ciclo 1 do PMAQ-AB realizou-se uma busca inicial nos instrumentos do Programa, em relação às variáveis correspondentes à prevenção ao câncer de colo de útero e a disponibilidade e adequação dos processos de trabalho da AB. Buscou-se examinar a efetivação das dimensões estudadas da AB de acordo com o censo realizado nas unidades e as respostas dos profissionais.

Foram analisadas a pertinência de cada variável selecionada de acordo com a matriz conceitual.

No Quadro 4, a seguir, é possível observar as variáveis relacionadas ao câncer de colo de útero, selecionadas do instrumento do ciclo 1 em relação à disponibilidade e adequação:

Quadro 4 - Variáveis relacionadas à prevenção ao câncer de colo de útero selecionadas segundo as subdimensões de disponibilidade e adequação no instrumento do ciclo 1 do PMAQ

Sub dimensão do acesso	Variáveis
Disponibilidade	Equipamentos e materiais
	Insumos para atenção à saúde
Adequação	Organização da agenda
	Equipe de atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde - Utilização de protocolos
	Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos
	Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas e exames
	Atenção ao câncer do colo do útero e de mama
	Planejamento familiar
	Atenção ao pré-natal, parto e puerpério
	Promoção da saúde
	Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio
	Saúde da mulher

Fonte: Elaboração própria a partir dos instrumentos do ciclo 1 do PMAQ-AB.

No **Anexo A**, observa-se detalhadamente as variáveis e perguntas pré-selecionadas relacionadas à prevenção do câncer de colo de útero presente nos questionários do ciclo 1 do PMAQ.

A partir disso, foi realizada análise descritiva das variáveis do ciclo 1, identificando-se a disponibilidade e a qualidade dos dados das variáveis pré-selecionadas do questionário.

Após a primeira tabulação, aplicou-se um critério de exclusão de acordo com os resultados: variáveis com erro no banco foram eliminadas da seleção, assim como variáveis

com 30% ou mais de respostas “Não sabe/não respondeu”, entendendo que essa última é proveniente de uma formulação ou compreensão inadequada da pergunta.

De acordo com o Quadro 5, a seguir, pode-se observar a composição do instrumento PMAQ ciclo 1, por módulo, número de variáveis existentes e número de variáveis selecionadas após a aplicação do critério de exclusão, mencionado acima, para a análise da disponibilidade e adequação do estado do Rio de Janeiro:

Quadro 5 - Composição do instrumento do Ciclo 1 do PMAQ - AB por módulo, número de perguntas existentes e selecionadas para o estudo e número de perguntas após os critérios de exclusão

Módulo	Ciclo 1		
	Número de perguntas do instrumento	Número de perguntas selecionadas	Número de perguntas após critérios de exclusão
I	450	9	9
II	387	24	17
III	277	18	7
Total	1064	51	33

Fonte: Elaboração própria a partir dos instrumentos do ciclo 1 do PMAQ-AB

Também foi realizada a seleção das variáveis do ciclo 2 do PMAQ relacionadas à disponibilidade e à adequação dos processos assistenciais em relação ao câncer de colo de útero desenvolvidas na AB.

De forma geral nos instrumentos dos ciclos 1 e 2, observa-se similaridade em relação às suas variáveis, apesar de diferenças na organização do instrumento.

No Quadro 6, a seguir, é possível observar as variáveis relacionadas ao câncer de colo de útero, selecionadas do instrumento do ciclo 2 de acordo com as subdimensões de disponibilidade e adequação:

Quadro 6 - Variáveis relacionadas à prevenção ao câncer de colo de útero selecionadas segundo a disponibilidade e adequação no instrumento do ciclo 2 do PMAQ

Módulo	Variáveis
Disponibilidade	Equipamentos e Materiais
	Insumos para Atenção à Saúde
Adequação	Atenção à Saúde
	Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe
	Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério
	Promoção da Saúde
	Atividades nas Escolas
	Saúde da Mulher

Fonte: Elaboração própria a partir dos instrumentos do ciclo 2 do PMAQ-AB. Ciclo, disponibilizados pela coordenação do PMAQ – AB.

No **Anexo B**, observa-se detalhadamente as variáveis e perguntas pré-selecionadas relacionadas à prevenção do câncer de colo de útero presente nos questionários do ciclo 2 do PMAQ.

Aplicou-se o mesmo critério de exclusão, utilizado para os dados do ciclo 1 e a composição do instrumento PMAQ ciclo 2, por módulo, número de variáveis existentes, variáveis selecionadas e número de variáveis após a aplicação dos critérios de exclusão, para análise do presente estudo no estado do Rio de Janeiro, o que está descrita no quadro 7, a seguir.

O questionário do PMAQ-AB foi revisado a cada ciclo, nessas revisões, algumas variáveis foram excluídas, outras reformuladas e novas introduzidas, por isso o quantitativo de perguntas selecionadas variou entre um ciclo e o outro.

Quadro 7 - Composição do instrumento do Ciclo 2 do PMAQ - AB por módulo e número de perguntas existentes e selecionadas para o estudo e número de perguntas após os critérios de exclusão

Módulo	Ciclo 2		
	Número de perguntas do instrumento	Número de perguntas selecionadas	Número de perguntas após critérios de exclusão
I	477	12	12
II	234	13	11
Total	922	37	29

Fonte: Elaboração própria a partir dos instrumentos do ciclo 2 do PMAQ-AB. Disponibilizados pela coordenação do PMAQ – AB.

Posteriormente foi realizada análise descritiva das perguntas selecionadas do banco do PMAQ, de acordo com cada módulo (I e II) tanto do ciclo 1 como do ciclo 2, levando em consideração a estrutura e a adequação para a realização das ações relacionadas à prevenção do câncer de colo de útero por regiões de saúde do estado e do município do Rio de Janeiro. As tabulações, frequências envolvendo os dados dos bancos foram calculados por meio do *software* SPSS 22.0 e no Microsoft Excel versão 2010 para organização das tabelas e elaboração dos gráficos.

As tabulações dos resultados envolveram frequência simples com tabelas organizadas segundo a disponibilidade e a adequação.

A próxima etapa foi a criação de indicadores a partir das perguntas selecionadas e suas respectivas respostas, em que foram definidos padrões de referência sendo consideradas a resposta correspondente ao melhor padrão de qualidade, ou seja, para cada uma das subdimensões, buscou-se itens elementares na estrutura das UBS e adequação dos processos de trabalho relacionados à maior qualidade e resolutividade na prática das equipes da AB em relação ao câncer de colo de útero.

Salienta-se que padrões de qualidade sempre são provisórios, pois à medida que são alcançados, novas exigências podem, e devem ser colocadas para ampliar a qualidade em processo contínuo de atenção à saúde.

Os padrões de referência foram definidos segundo a literatura a respeito do tema, levando em consideração principalmente os documentos do Ministério da Saúde, são eles: Caderno de Atenção Básica nº 13: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama de 2013 e as Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero do INCA de 2016.

No **Anexo C**, são apresentados o conjunto de perguntas, o padrão de referência estabelecido segundo a literatura e os indicadores criados para cada subdimensão:

disponibilidade e adequação para as variáveis do ciclo 1 e no **Anexo D** são apresentados os padrões de referência do ciclo 2.

A sistematização da produção dos indicadores pode ser observada no Quadro 8, a seguir:

Quadro 8 - Quantitativo de indicadores construídos segundo disponibilidade e adequação para os ciclos 1 e 2 do PMAQ

Subdimensão	Quantitativo de indicadores construídos	
	Ciclo 1	Ciclo 2
Disponibilidade (Mod.1 - equipamentos e insumos)	9	12
Adequação (Mod.2 - processos de trabalho)	23	17
Total	32	29

Fonte: Elaboração própria.

A partir dos padrões de referência construídos, foram realizadas as análises descritivas simples dos indicadores selecionados e a verificação de consistência destes, além da possibilidade de uso dos indicadores, com isso o número dos indicadores diminuiu bastante, como pode ser observado no Quadro 9, a seguir, que apresenta o quantitativo de indicadores utilizados de fato na análise dos resultados.

Quadro 9 - Quantitativo de indicadores utilizados nas análises dos resultados, segundo disponibilidade e adequação do ciclo 1 e 2 do PMAQ

Subdimensão	Quantitativo de indicadores utilizados	
	Ciclo 1	Ciclo 2
Disponibilidade (Mod.1 - equipamentos e insumos)	9	12
Adequação (Mod.2 - processos de trabalho)	14	11
Total	23	23

Fonte: Elaboração própria.

Após essa etapa, foi possível realizar a comparação entre os dois ciclos para poder identificar avanços e retrocessos no período analisado em relação à disponibilidade e adequação das ações de prevenção ao câncer de colo de útero na AB.

Para a realização da comparação foi necessário a compatibilização dos indicadores construído para ambos os ciclos, feito de acordo com o Quadro 10, a seguir:

Quadro 10 - Compatibilização das variáveis do ciclo 1 e ciclo 2 do PMAQ para comparação dos resultados segundo disponibilidade e adequação

(continua)

Disponibilidade	
Ciclo 1	Ciclo 2
Foco de luz para exame ginecológico	Foco de luz para exame ginecológico
Mesa para exame ginecológico com perneira	Mesa para exame ginecológico com perneira
Espéculo descartável	Espéculo descartável
Escovinha endocervical	Escovinha endocervical
Espátula de Ayres	Espátula de Ayres
Fixador de lâmina	Fixador de lâmina
Lâmina de vidro com lado fosco	Lâmina de vidro com lado fosco
Porta-lâmina	Porta-lâmina
Adequação	
Processos de trabalho geral	
Ciclo 1	Ciclo 2
A equipe possui protocolos para CCU?	A equipe utiliza protocolos para CCU
A equipe de AB realiza a coleta do ex.citopatológico na unidade?	Ex. citopatológico de colo de útero é realizado/coletado na unidade
A equipe de AB possui registro de mulheres c/ ex.citopatológicos alterados?	A equipe mantém registro das usuárias c/Citopatológico alterado
Educação em saúde	
Ciclo 1	Ciclo 2
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde para Mulheres (CCU)	A equipe oferta ações educativas direcionadas a Mulheres (CCU)
A equipe realiza programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva	A equipe oferta ações educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva
Visita domiciliar e busca ativa	
Ciclo 1	Ciclo 2
Nas VDs, é realizada busca ativa de mulheres com coleta do ex. citopatológico em atraso	A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: CCU em atraso
Nas VDs, é realizada busca ativa de mulheres com resultados do ex. citopatológico alterado	A equipe realiza busca ativa dos Citopatológicos alterado

Quadro 10 - Compatibilização das variáveis do ciclo 1 e ciclo 2 do PMAQ para comparação dos resultados segundo das subdimensões de disponibilidade e adequação
(conclusão)

Acompanhamento de gestante	
Ciclo 1	Ciclo 2
No acompanhamento das gestantes, há registro de Coleta de ex. citopatológico realizado	No acompanhamento das gestantes, há registro sobre coleta de citopatológico

Fonte: Elaboração própria.

Como é possível observar as variáveis possuem similaridade de forma geral entre os dois ciclos.

A compatibilização das variáveis dos dois ciclos resultou em um quantitativo de 16 indicadores para a comparação (dos ciclos 1 e 2 do PMAQ) para análise das subdimensões: disponibilidade e adequação, como observado na sistematização do Quadro 11, a seguir:

Quadro 11 - Quantitativo de indicadores utilizados nas comparações dos resultados, segundo disponibilidade e adequação do ciclo 1 e 2 do PMAQ

Subdimensão	Quantitativo de indicadores utilizados na comparação
Disponibilidade (Mod1 - Equipamentos e insumos)	8
Adequação (Mod 2- Processos de trabalho)	8
Total	16

Fonte: Elaboração própria.

Para a comparação do ciclo 2 com o ciclo 1 a partir dos indicadores, utilizou-se as equipes compatíveis, ou seja as mesmas equipes do ciclo 2 que participaram também do ciclo 1, no intuito de obter uma comparação de resultados mais precisa.

Para selecionar as mesmas equipes foi preciso identificá-las pelo INE e assim selecionar as mesmas equipes nos dois bancos de dados, ou seja, tanto do ciclo 1 quanto do ciclo 2. Através das equipes é possível identificar as Unidades Básicas de Saúde selecionadas à qual tais equipes estão vinculadas.

No intuito de uma melhor visualização dos resultados foram elaborados gráficos de barras para disponibilidade e adequação, por variáveis e regiões de saúde do estado e município do RJ.

A seguir a apresentação sistematizada dos passos metodológicos realizados na etapa 1:

1º - Busca inicial nos instrumentos do ciclo 1 e 2 do PMAQ de acordo com a matriz conceitual, de perguntas relacionadas à promoção à saúde e prevenção ao câncer do colo de útero (seleção apresentados nos Anexos A e B);

2º - Análise descritiva com frequência simples das variáveis selecionadas;

3º - Aplicação dos critérios de exclusão (eliminação de erros no banco e elevado número de “não se aplica”);

4º - Construção de indicadores a partir dos padrões de referência (apresentados nos Anexos 3 e 4);

5º - Análise descritiva dos indicadores;

6º - Compatibilização dos indicadores do ciclo 1 e 2 do PMAQ;

7º - Realização da comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ.

4.2.2 Etapa 2: Avaliação da dimensão de resolutividade dos processos assistenciais de prevenção ao câncer de colo de útero

Nessa etapa, foi avaliada a resolutividade dos processos assistenciais das ações de prevenção primária e secundária ao câncer de colo de útero desempenhadas pela AB. A estratégia de coleta de dados foi realizada com base em dados secundários do DATASUS: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de câncer de colo de útero (SISCOLO) e Sistema de Informação do Programa Nacional de Vacinação (SIPNI).

As ações de prevenção primária do câncer de colo de útero estão relacionadas à diminuição do risco de contágio pelo HPV, logo dentre essas ações foi considerado a vacinação contra HPV, informações sobre o quantitativo de doses aplicadas do imuno HPV aplicadas e a cobertura populacional da vacinação na faixa etária recomendada, disponíveis no SIPNI.

Em relação às ações de prevenção secundária, estão as de detecção precoce e rastreamento, logo foi considerado: a realização do exame citopatológico, através de informações sobre a razão de exame citopatológico de útero em mulheres de 25 a 64 anos, o quantitativo de atendimentos para coleta de exames preventivos citopatológicos e o

quantitativo de solicitações de exames citopatológicos em unidades básicas de saúde, disponíveis no SIAB, no SISCOLO e no SISCAN.

Os dados relativos à dimensão resolutividade não expressam as ações realizadas pelas equipes de AB participantes dos ciclos 1 e 2 do PMAQ no estado do Rio de Janeiro. Os dados dessa dimensão abrangem o estado como um todo, mesmo que a amostra das equipes participantes seja representativa do total de equipes de AB presentes no estado, ainda assim, não é possível atribuir tais resultados especificamente às respostas das equipes analisadas no PMAQ.

Nessa etapa também foi realizada a análise descritiva dos indicadores por regiões de saúde do estado e o município do Rio de Janeiro.

No quadro 12, a seguir, pode ser observada a matriz de análise de acordo com as duas etapas do estudo.

Quadro 12 - Matriz de análise- Etapas da avaliação, variáveis, técnicas de investigação e fontes

Etapas da avaliação	Variáveis	Técnicas de investigação/Fontes
Etapa 1: Análise da disponibilidade e adequação	Equipamentos e materiais, insumos, organização da agenda, utilização de protocolos, visita domiciliar, planejamento familiar, atividades nas escolas, integração com a rede de atenção, atenção ao pré natal e diversos aspectos da saúde da mulher.	Análise de dados secundários. Principais fontes: Avaliação externa do PMAQ (módulos I, II e III) do ciclo 1 e 2.
Etapa 2: Análise da resolutividade da AB	Indicadores de ações de prevenção primária e secundária envolvendo a vacina contra HPV e a realização do exame citopatológico	Análise de dados secundários. Principais fontes: SIAB e SIPNI.

Fonte: Elaboração própria.

O quadro 13, sistematiza as informações que constam na metodologia, pois é possível observar de forma mais detalhada cada etapa do estudo, segundo o conceito empregado; variáveis, perguntas/padrões e indicadores.

Quadro 13: Sistematização das etapas do estudo segundo conceito empregado, variáveis, perguntas, padrões e indicadores utilizados.

ETAPA 1: DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS DA ESF PARA PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO			
CONCEITO	VARIÁVEIS	PERGUNTAS/PADRÃO	INDICADORES
<p>Volume e tipo de serviços ofertados pelos serviços de saúde Penchansky e Thomas (1981).Estrutura: dos componentes para a análise de desempenho e resolutividade dos serviços de saúde.Contribui para o desenvolvimento dos processos de cuidado (DONABEDIAN, 1988).</p>	PMAQ CICLO 1		CICLO 1 (2011-2012) módulos I e II
	Equipamentos e materiais	Foco de luz para exame ginecológico	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 foco de luz
		Mesa para exame ginecológico com perneira	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 mesa
	Insumos para atenção à saúde	Espéculo descartável	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espéculo descartável
		Escovinha endocervical	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível escovinha cervical
		Espátula de Ayres	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espátula de ayres
		Fixador de lâmina	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível fixador de lâminas
		Lâmina de vidro com lado fosco	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível lâmina e vidro
	Material impresso para atenção à saúde	Porta-lâmina	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível porta lâmina
		Ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (SISCOLO)	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível ficha de Siscolo
	PMAQ CICLO 2		CICLO 2 (2013-2014) modulos I e II
	Equipamentos e materiais	Foco de luz para exame ginecológico	% de EqAB que afirmaram ter Foco de luz para exame ginecológico
		Quantos em condições de uso?	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 Foco de luz para exame ginecológico em condições de uso
	Insumos para Atenção à Saúde	Mesa para exame ginecológico com perneira	% de EqAB que afirmaram ter Mesa para exame ginecológico com perneira
		Quantos em condições de uso?	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 Mesa para exame

			ginecológico para exame ginecológico em condições de uso
		Espéculo descartável	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espéculo descartável
		Escovinha endocervical	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível escovinha cervical
		Espátula de Ayres	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espátula de ayres
		Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas)	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível fixador de lâminas
		Lâmina de vidro com lado fosco	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível lâmina de vidro
		Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível porta lâmina
		Preservativo masculino	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível Preservativo masculino
		Preservativo feminino	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível Preservativo feminino
ETAPA 1: ADEQUAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DA ESF PARA A PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO			
CONCEITO	VARIÁVEIS	PERGUNTAS/PADRÃO	INDICADORES
Forma como os serviços de saúde organizam-se para atender os usuários. Penchansky e Thomas (1981).	PMAQ CICLO 1		CICLO 1 (2011-2012) modulos I e II
	Organização da agenda	Processo de trabalho geral	
	Equipe de atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde - Utilização de protocolos	Possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para CCU	% de EqAB que afirmaram possuir protocolos para CCU
	Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e	A equipe de AB realiza a coleta do ex. citopatológico na unidade	% de EqAB que afirmaram realizar coleta de ex.citológico

definição de fluxos		
Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas e exames	A equipe de AB realiza a coleta do ex. citopatológico na unidade documento que comprova	% de EqAB que afirmaram possuir documento que comprova coleta de ex.citológico
Atenção ao câncer do colo do útero e de mama	A equipe de AB possui registro com o n ° de mulheres com coleta atrasada de ex.citopatológico	% de EqAB que afirmaram possuir registro de coleta atrasada
Planejamento familiar	A equipe de AB possui registro de mulheres com ex. citopatológicos alterados	% de EqAB que afirmaram possuir registro de exames alterados
Atenção ao pré-natal, parto e puerpério	A equipe de AB realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado	% de EqAB que afirmaram realizar o seguimento das mulheres após tratamento
Promoção da saúde	Educação em saúde	% de EqAB que afirmaram realizar Exame citopatológico de colo de útero
Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio	Equipe programa ofertas para a Prevenção e acompanhamento de CCU	% de EqAB que afirmaram realizar programação para prevenção e acompanhamento de CCU
Saúde da mulher	A equipe de AB utiliza estratégias de divulgação/ sensibilização para realização do ex. citopatológico	% de EqAB que afirmaram utilizar estratégias de divulgação\sensibilização para realização do ex. citopatológico
	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Mulheres CCU	% de EqAB que afirmaram ofertar ações educativas e de promoção à saúde direcionadas a mulheres com o tema de prevenção ao CCU
	A equipe realiza estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva	% de EqAB que afirmaram realizar estratégia de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva

	Visita domiciliar e busca ativa	
	Nas VD dos ACS, é realizada busca ativa de Mulheres elegíveis para realização do ex. citopatológico	% de EqAB que afirmaram realizar na VD a busca ativa no território de: Mulheres elegíveis para realização do ex citopatológico
	Nas vd dos ACS, é realizada busca ativa de Mulheres com coleta do ex. citopatológico em atraso	% de EqAB que afirmaram realizar na VD busca ativa no território de: Mulheres com coleta do ex citopatológico em atraso
	Nas vd dos ACS, é realizada busca ativa de Mulheres com resultados do ex. citopatológico alterado	% de EqAB que afirmaram realizar na VD busca ativa no território de: Mulheres com resultados do ex citopatológico alterado
	Acompanhamento de gestante	
	No acompanhamento das gestantes, há registro de Coleta de exame citopatológico realizado	% de EqAB que afirmaram realizar no acompanhamento da gestante o exame citopatológico
PMAQ CICLO 2		CICLO 2 (2013-2014) módulos I e II
Atenção à Saúde	Processo de trabalho geral	
Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe	A equipe utiliza protocolos para CCU	% de EqAB que afirmaram utilizar protocolos para estratificação de risco para quais situações de CCU
Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	Exame citopatológico de colo de útero é realizado na unidade	% de EqAB que afirmaram realizar exame citopatológico de colo de útero
Promoção da Saúde	A equipe possui o registro das mulheres elegíveis para exame citopatológico	% de EqAB que afirmaram possuir registro de mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero
Atividades nas Escolas	A equipe mantém registro dos usuários encaminhados para outros pontos de atenção- Citopatológico alterado	% de EqAB que afirmaram manter registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção com Citopatológico alterado

	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção com Citopatológico alterado	% de EqAB que afirmaram manter registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção com Citopatológico alterado
	Saúde da Mulher	Educação em saúde	
		A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para mulheres (câncer do colo do útero e de mama)	% de EqAB que afirmaram ofertar ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para mulheres (câncer do colo do útero e de mama)
		A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva	% de EqAB que afirmaram ofertar ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva
		Visita domiciliar e busca ativa	
		A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Câncer do colo do útero.	% de EqAB que afirmaram realizar busca ativa em relação Câncer do colo do útero
		A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Citopatológico atrasado.	% de EqAB que afirmaram realizar busca ativa em relação a Citopatológico atrasado
		Acompanhamento de gestante	
		No acompanhamento das gestantes, há registro sobre Coleta de exame citopatológico realizada na gestante	% de EqAB que afirmaram possuir registro sobre Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
		A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	% de EqAB que afirmaram receber os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias
ETAPA 2: RESOLUTIVIDADE DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO			
CONCEITO	VARIÁVEIS	PERGUNTAS/PADRÃO	INDICADORES

Resposta satisfatória dos processos de trabalho desenvolvidos pelo serviço de saúde ao usuário quando busca atendimento em relação a alguma necessidade de saúde (ROSA, PELEGRINI e LIMA, 2011; COSTA et al., 2014).	Vacinação contra o HPV	Quantitativo de doses do imuno HPV aplicadas	Quantitativo de doses aplicadas do imuno HPV quadrivalente segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro (Fonte: SISPNI)
		Cobertura populacional da vacina em relação ao público alvo	Cobertura Vacinal HPV- Quadrivalente Dose 1 - Sexo feminino de 11 a 13); Coberturas vacinais - HPV Quadrivalente Dose 2 - Sexo feminino de 11 a 14 anos de idade (Fonte:SISPNI)
	Rastreamento do CCU através do exame citopatológico	Realização do exame citopatológico, em mulheres na faixa etária preconizada	Razão de exame citopatológico de colo útero em mulheres de 25 a 64 anos (Fonte: Ministério da Saúde)
	Promoção e prevenção da saúde: redução do risco de contágio	Quantitativo de atendimento para coleta de preventivo	Número de atendimentos para coleta do preventivo citológico em unidades de Atenção Básica (SIAB)
	Deteção precoce: detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença	Solicitações de exames citopatológicos em unidade de atenção básica	Número de solicitações de exames citopatológicos em unidades de Atenção Básica (Fonte: SIAB)

Fonte: Elaboração própria

Optou-se em realizar a descrição dos dados e as análises de todas as etapas do estudo segundo as regiões de saúde, mesmo reconhecendo que a AB é de responsabilidade de execução municipal, pois muitos municípios do estado do Rio de Janeiro, isoladamente, não conseguem resolver os desafios de uma AB de qualidade e resolutiva, garantindo o acesso integral à rede de atenção. Além do fato de muitos municípios do Brasil e do estado do Rio de Janeiro apresentarem características extremamente diversificadas quanto à sustentabilidade financeira e capacidade de gestão.

A AB, apesar de estratégia prioritária, é somente um dos pontos da rede de atenção, que não cumpre o seu papel no SUS se estiver desarticulada dos demais níveis de atenção. Logo, a organização da rede de atenção de qualidade, a partir da AB, depende de cooperação entre os entes federativos. Estratégias que envolvam uma atuação articulada entre os entes, com enfoques nas especificidades de cada região são essenciais para que a AB consiga exercer a função de ordenação da rede regionalizada.

Além disso, os dados da cidade do Rio de Janeiro serão apresentados em separados aos dados da região Metropolitana I, por ser uma das capitais mais importantes do país tanto, por conta de sua trajetória histórica, como em relação ao seu grande contingente populacional e capacidade instalada podendo assim produzir algum tipo de viés na análise dos dados.

Acredita-se que a discussão da disponibilidade, adequação e resolutividade dos processos assistenciais relacionados ao câncer de colo de útero desenvolvidos na AB, possam contribuir com elementos para os desafios e fortalecimento não só da atenção básica como também para repensar a organização da rede de atenção com a proposição de melhorias e avanços.

4.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO: O ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Essa contextualização possui caráter exploratório realizado através da descrição da organização das ações de promoção e prevenção ao câncer de colo de útero na Atenção Básica em Saúde no estado do Rio de Janeiro.

Para a elaboração da contextualização foi realizada revisão de literatura, análise com base em dados secundários: demográficos (IBGE), cobertura assistencial (SIAB), indicadores assistenciais (SIAB), indicadores de mortalidade (INCA, SIM) e capacidade instalada

(INCA). Também foram consultadas e analisadas as atas das reuniões da Comissão Intergestoras Bipartites e as normativas relacionadas ao tema publicadas no período de análise (2011 a 2014).

O estado do Rio de Janeiro possui um contexto histórico importante para a compreensão da estruturação da rede de atenção à saúde e a organização das ações de promoção e prevenção ao CCU.

As questões do setor saúde se manifestam de maneira bastante severa no estado do Rio de Janeiro, e umas das razões é por conta desse contexto apresentar perspectivas da história política do país e por ter sido capital da república. Com isso, é importante compreender o complexo desenvolvimento do SUS no estado, especialmente no que diz respeito à precariedade dos serviços de atenção, levando em consideração a configuração política do estado gerada pela fusão entre o estado da Guanabara ao antigo estado.

A transferência da capital para Brasília e a formação do estado da Guanabara, no início dos anos 1960, e a posterior fusão entre o estado da Guanabara e o antigo estado do Rio de Janeiro em 1975, configuram-se como processos políticos específicos no Rio de Janeiro e por sua vez bastante diferenciados em relação aos demais estados da federação (GERSCHMAN, 2010).

Essas particularidades federativas trazem embutidas outras questões, como o esvaziamento do estado que, ao se tornar município, sede do novo estado do Rio de Janeiro, esbarrou com a resistência carioca de se integrar ao estado. Além disso, redesenhar o estado do Rio de Janeiro significou enfrentar a divisão de competências e atribuições entre a esfera estadual e a municipal. Considerando que o Rio de Janeiro foi distrito federal e muitas das instituições da União permaneceram no estado por bastante tempo, como por exemplo, o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fundação Nacional de Saúde (FNS), além de grandes instituições hospitalares, entre outras (GERSCHMAN, 2010).

O processo de descentralização do sistema de atenção à saúde tal como preconizado pelo SUS, no início da década de 1990, constitui-se numa política extremamente frágil e vulnerável no estado do Rio de Janeiro devido, em grande medida, à ausência de políticas mais incisivas e à dependência orçamentária da federação. Levando em consideração que a efetivação das políticas públicas de forma geral depende da cooperação entre os âmbitos administrativos e políticos da União, dos estados e dos municípios (PARADA, 2002).

A especial configuração e o processo histórico singular na conformação do estado acrescentaram à municipalização do Rio de Janeiro dificuldades decorrentes da relação entre o estado e o município.

A implementação do SUS se soma à confusão de papéis e atribuições entre ambos e os municípios do interior do estado (GERSCHMAN, 2010). Como resultado de atribuições insuficientemente definidas, os municípios do interior e o próprio município do Rio de Janeiro historicamente estabeleceram relações diretas com a União, produzindo-se, em alguns casos, avanços significativos no processo de habilitação dos municípios para a gestão local, bem mais acentuado do que os avanços que o próprio estado deveria alcançar em conjunto com os seus municípios, esvaziando assim o papel do estado do Rio de Janeiro.

Segundo um estudo que analisou as atas das relatorias das reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) de 1993 a 1998, foi identificado que não se alcançou uma política comum entre estado e municípios sob a condução da Secretaria Estadual de Saúde (SES)/RJ e direcionada ao desenvolvimento do SUS. Não é só a ausência de definição de atribuições da esfera estadual que dificultou a implementação do SUS no estado, a questão está relacionada também à falta de acordos políticos para o andamento das políticas integradas entre as instâncias da federação (DIAS, 2001).

Segundo Dias (2001), o estado de certa forma não assumiu um projeto próprio para a saúde, nem de financiamento, aplicação e fiscalização de recursos capazes de desenvolver o SUS no marco da Política Nacional de Saúde.

Difícilmente o estado se desenvolve apenas pelas políticas definidas de nível central e por meio dos recursos dessa esfera, se não ocorrerem políticas específicas e direcionadas que dialoguem com a realidade local.

A relação entre a cidade e o estado do Rio de Janeiro permaneceu caracterizada por profundas diferenças e vocações, em termos das políticas de saúde e responsabilidades em relação à atenção à saúde e ao funcionamento, ao investimento, à infraestrutura e principalmente à cobertura dos serviços de saúde.

A governabilidade do estado do Rio de Janeiro, como já dito, é diretamente proporcional ao equilíbrio em ser gestor de sistema e gerente da rede. É o embate entre o velho modelo de gestão da SES–RJ, preocupado em administrar os hospitais próprios da rede do estado e o novo modelo de gestão pós-Constituição, Lei Orgânica e NOBs, em que o estado assume o papel de liderança estadual e regional, com comando único na construção do sistema (PARADA, 2002). A clareza política e técnica desses papéis, e a maneira como a secretaria se organiza para exercê-los dão consistência e direcionalidade às ações de saúde.

Implementar as novas funções é tarefa complexa e varia de estado para estado, região para região, guardando relação direta com a herança histórico institucional de cada estado e de cada município da federação, capaz de promover repercussões variadas no setor da saúde.

A governabilidade, para ser estável, deve ser o resultado do estabelecimento das boas relações políticas da Secretaria de Saúde, nas suas relações políticas e técnicas no interior do governo, bem como para fora dele, ou seja, nas articulações com os municípios e o governo federal (PARADA, 2002).

Como é possível observar, essas questões tornaram mais complexos os limites da autonomia e, também, da decisão política, tanto para a conformação do SUS no estado, como também para a liderança institucional do comando estadual na área de saúde.

A realidade sobre o estado pode ser observada através da forma como são noticiadas e com elevada frequência, através da mídia, recorrentes crises que comportam um amplo leque de problemas e que se caracterizam fundamentalmente pela ausência de políticas de prevenção, tais como: o enfrentamento da dengue, a falência continuada dos serviços de atenção, a dificuldade de oferta de serviços satisfatórios à população e as permanentes filas de espera para atendimento.

As dificuldades do sistema estadual de saúde do Rio de Janeiro revelam-se na análise de alguns indicadores, tais como a diminuição do número de estabelecimentos de saúde (como centros de saúde, unidades básicas de saúde e clínicas ambulatoriais) comparado proporcionalmente com os demais estados da região sudeste. Assim como a diminuição da capacidade instalada, do número de consultas por habitante-ano e taxas de internação (GERSCHMAN, 2010).

Em relação ao perfil de atendimento e capacidade instalada, destaca-se a predominância significativa, no estado, dos estabelecimentos hospitalares e atendimento de apoio à diagnose e terapias privadas em detrimento de estabelecimentos públicos (GERSCHMAN, 2010). Naturalmente a relação entre os setores público e privado é marcada pelas desigualdades existentes entre ambos os sistemas e também se expressam de formas bastantes distintas nas regiões e municípios do estado.

Vale ressaltar que a participação dos planos e seguros de saúde no estado é bem maior do que a média nacional (UGÁ *et al.*, 2010).

As situações de crise no atendimento à população do estado apenas atualizam problemas históricos–estruturais do sistema de saúde estadual. Na trajetória da saúde, além do que já foi mencionado, constam histórias de intervenções em importantes hospitais, falta de

uma política de contratação regular de profissionais da saúde, além de baixa e lenta expansão da ESF.

Do ponto de vista da organização da atenção, as regiões do estado caracterizam-se não apenas de forma desigual de como a população ocupa o território, mas também pela heterogeneidade com relação à oferta e à utilização de recursos e equipamentos de saúde (KUSCHINIR *et al.*, 2010).

Segundo o estudo de Kuschinir *et al.* (2010), apesar da crença de que o Rio de Janeiro apresenta um parque hospitalar em profusão em detrimento dos demais níveis de complexidade, os números demonstram que na realidade há carências, inadequações e distorções em todos níveis da rede. Fica evidente que não há como mudar esse panorama sem reavaliar a capacidade de oferta na perspectiva do acesso real dos usuários e da resolutividade das ações que são ofertadas.

O estado do Rio de Janeiro não traz particularidades apenas relacionadas a sua trajetória histórica, pois também possui características econômicas e sócio demográficas diferenciadas se comparado com os demais estados da federação.

O estado do Rio de Janeiro apresenta uma população estimada, em 2015, de 16.550.024 habitantes, o que corresponde a um crescimento de 3,5% quando comparado aos dados de 2010 (IBGE, 2016), seu território corresponde a 4,73% (IBGE, 2016) da região sudeste e apenas 0,51% (IBGE, 2016 e 2016a) do território nacional, mas abriga aproximadamente 8,1% da população brasileira (IBGE, 2016b), resultando assim em uma das maiores densidades demográficas entre as unidades federadas com 365,23 habitantes por Km² e a maior taxa de urbanização do país (97,3%) (IBGE, 2016), ocupa ainda o segundo lugar de polo econômico do país com participação de 11,8% (IBGE, 2016c) do produto interno bruto.

O estado divide-se em 92 municípios reunidos em nove regiões de saúde (consultar **Anexo E** - Descrição das regiões de saúde segundo os municípios que as compõem), utilizando a mesma divisão geográfica das regiões político-administrativas, com adaptações, como pode ser observado na Figura 4:

Figura 4 - Mapa do estado do Rio de Janeiro e sua subdivisão por regiões

REGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE



Fonte: Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, (RIO DE JANEIRO, 2016a).

A região metropolitana foi dividida em duas (denominada assim região Metropolitana 1 composta pelo município do Rio de Janeiro e os municípios da Baixada Fluminense e a Metropolitana 2, composta por sete municípios, entre os quais estão Niterói e São Gonçalo).

Um dado muito importante é que a região metropolitana abriga mais de 12 milhões de pessoas, ou seja, concentra 73,4% da população total do estado (IBGE, 2016) como pode ser observados nas Tabelas 1 e 2, a seguir, fato esse que apresenta desdobramentos e consequências em relação à capacidade instalada de serviços de saúde, como para questões relacionadas à capacidade de oferta e acesso à atenção a saúde.

Tabela 1 - População das regiões do estado e do município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014

Regiões do estado e Município do Rio de Janeiro	2011	2012	2013	2014
Baía da Ilha Grande	248.860	254.042	260.130	264.913
Baixada Litorânea	697.798	715.500	736.317	752.911
Centro-Sul	321.258	323.097	325.218	326.523
Médio Paraíba	860.572	865.769	871.775	875.542
Metropolitana I	9.929.157	9.982.883	10.044.880	10.082.078
Município do Rio de Janeiro	6.355.949	6.390.290	6.429.922	6.453.682
Metropolitana II	1.957.940	1.974.910	1.994.674	2.008.412
Noroeste	331.621	333.091	334.768	335.686
Norte	848.488	859.677	872.773	882.578
Serrana	916.984	922.396	928.643	932.530
Estado do Rio de Janeiro	16.112.678	16.231.365	16.369.178	16.461.173

Fonte: IBGE (2016).

Tabela 2 - Proporção do contingente populacional das regiões em relação a população total do estado do Rio de Janeiro em 2014

Regiões do estado do Rio de Janeiro	% pop. Estado
Baía da Ilha Grande	1,6
Baixada Litorânea	4,6
Centro-Sul	2,0
Médio Paraíba	5,3
Metropolitana I	61,2
Metropolitana II	12,2
Noroeste	2,0
Norte	5,4
Serrana	5,7

Fonte: IBGE (2016).

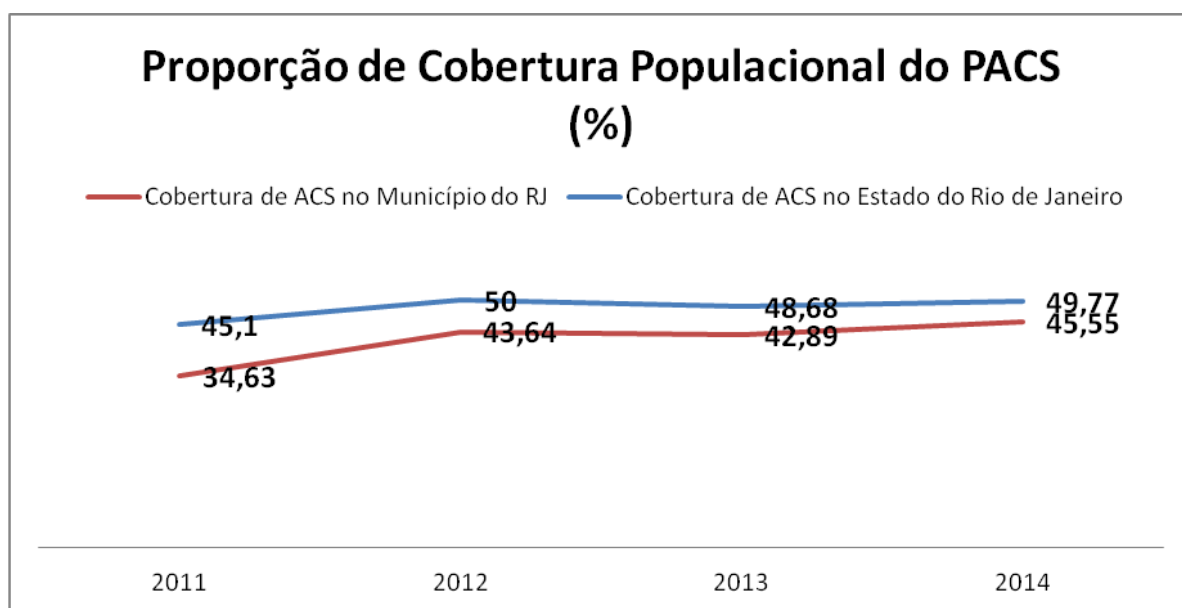
A distribuição populacional se dá de forma bastante desigual no estado, como pode ser observado nas Tabelas 1 e 2. Vale destacar que o contingente populacional apenas do município do Rio de Janeiro é responsável por quase 40% da população do estado.

Todas as regiões, com exceção da metropolitana, são constituídas por um número significativo de municípios de pequeno e médio porte, do total de 92 municípios, 30% têm menos que 20 mil habitantes e outros 30% entre 20 e 50 mil habitantes (KUSCHINIR *et al.*, 2010; IBGE, 2016), o que compromete sobremaneira a oferta de ações e serviços de saúde por conta da falta de escala para que esses municípios de pequeno porte tenham capacidade instalada em saúde.

O estado apresenta alta concentração socioeconômica e demográfica, além de grande número de municípios de pequeno porte, esses são fatores complicadores em relação ao acesso e à capacidade de oferta de ações em serviços de saúde. O que ocorre na prática é a concentração das ações em poucos municípios, principalmente no município do Rio de Janeiro, tornando bastante complexo assim os fluxos de atenção à saúde no estado.

Em relação à atenção básica, o estado apresenta uma baixa cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, chegando a 49,77% da população, como pode-se observar através do Gráfico 1, a seguir, o qual apresenta que no período estudado (de 2011 a 2014) houve um aumento da cobertura de apenas 4,7%.

Gráfico 1 - Série histórica da proporção de cobertura populacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no estado e no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE (2016).

Em relação à ESF a cobertura populacional do estado também é baixa (57,3%), uma das menores em comparação a outros estados da federação, como por exemplo, o Piauí que possui 97,33% ou a Paraíba com 94,73% de cobertura, apresentando ainda grande disparidade no percentual de população coberta entre as regiões.

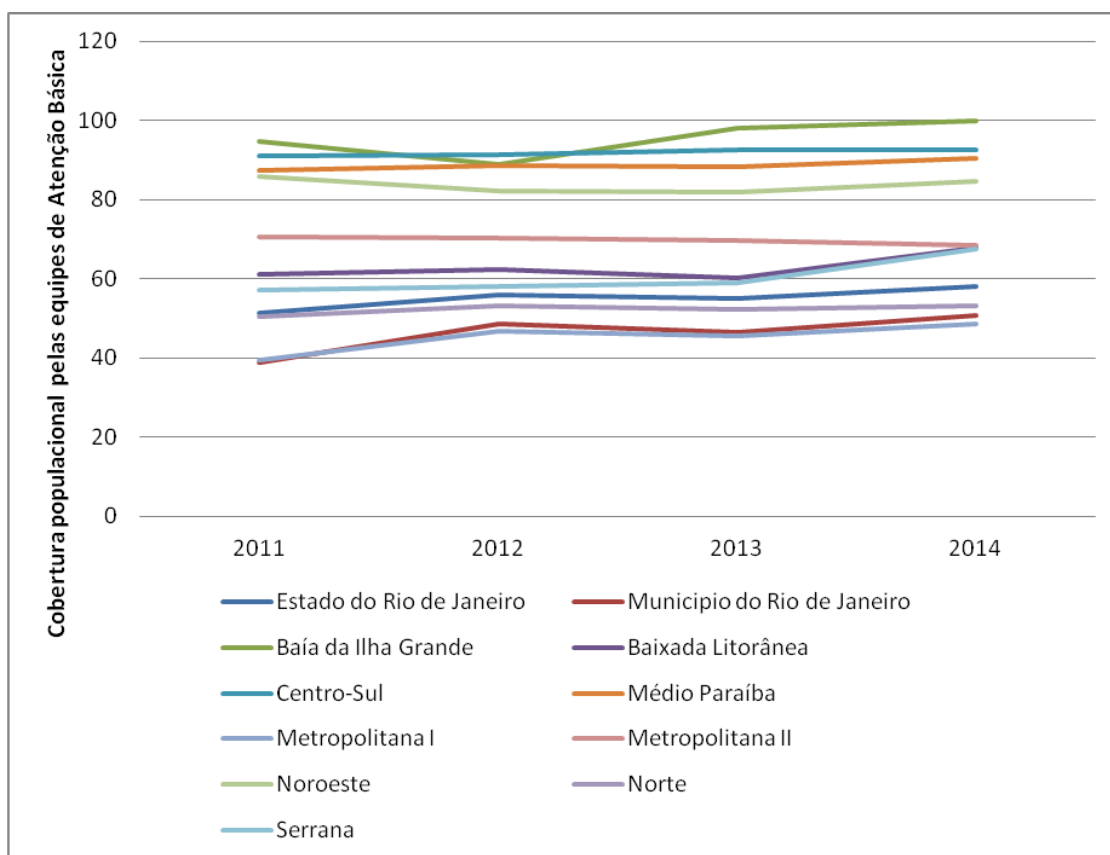
Esse indicador de cobertura é importante ser analisado, considerando a centralidade da AB no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais regionais de saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Pode-se observar através do Gráfico 2, a seguir, que houve expansão da cobertura em quase todas as regiões do estado (com exceção as regiões metropolitana II que reduziu em 2,26% e a região Noroeste que apresentou redução de 1,18% no período de análise).

Em relação ao aumento da cobertura, o município do Rio de Janeiro foi o que apresentou a maior ampliação (11,69%), sobre as regiões, a Serrana obteve ampliação de 10,2% e a Metropolitana I a ampliação foi de 9,15% (provavelmente influenciada pela ampliação implementada pelo município do Rio de Janeiro), foram as que mais aumentaram sua cobertura populacional pelas equipes de AB no estado de 2011 a 2014.

Outro elemento a ser destacado são as grandes disparidades intrarregionais, pois ao passo que a região da Baía de Ilha Grande apresenta cobertura populacional de 100%, temos a região Metropolitana I que possui apenas 48,74% de cobertura, sendo esta a menor cobertura do estado.

Gráfico 2 - Série Histórica da cobertura populacional pelas equipes de Atenção Básica nas regiões do estado e no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2014



Fonte: Secretaria de estado do Rio de Janeiro/Ministério da Saúde (2016).

Um indicador de saúde importante sobre o desempenho e resolutividade da AB é a proporção de internações por condições sensíveis à AB. Esse indicador está relacionado à perspectiva de garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de AB e da atenção especializada, sendo assim, a meta a ser buscada é a redução das internações por causas sensíveis à Atenção Básica.

A análise desse indicador é relevante, pois ajuda a compreender a capacidade de resolução da AB ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais.

Como pode ser observado no Gráfico 3, como é o desejável em relação a esse indicador a maioria das regiões reduziu a proporção das internações por condições sensíveis a AB, as que apresentaram maior redução foram as regiões do Médio Paraíba e Metropolitana I, porém as únicas regiões que aumentaram esse tipo de internação foram as regiões da Baixada Litorânea e Norte.

Vale ressaltar ainda que, apesar da tendência de redução da proporção de internação por condições sensíveis, os valores ainda são considerados elevados. Sendo as regiões: Metropolitana II (38,04) e Noroeste (34,32) as que apresentaram a maior proporção dessas internações e as que apresentaram a menor proporção foram Metropolitana I (22,75) e o município do Rio de Janeiro (20,26).

O estado do Rio de Janeiro e suas regiões ainda apresentam alta proporção de ICSAP, em comparação com análises em outras localidades, como no estudo de (REHEM, CIOSAK e EGRY, 2012) no município de São Paulo (21,02) ou no estudo de Ferreira *et al.* (2014) também em regiões de saúde paulistas (13,09).

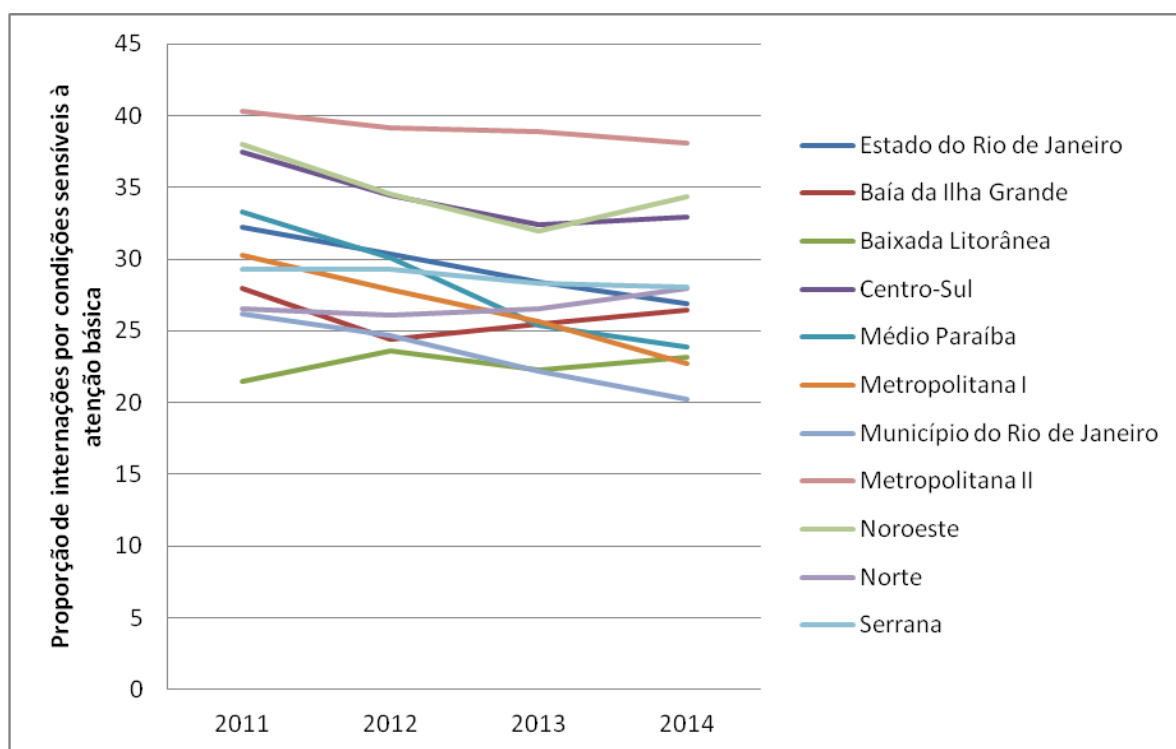
Enquanto reduções nas proporções ou taxas de ICSAP sugerem possíveis melhorias na AB, valores altos para estes indicadores não são necessariamente indicativos de deficiências na atenção básica, mas um sinal de alerta para uma investigação mais profunda nos locais onde elas ocorrem. As características dos pacientes, a variabilidade da prática clínica hospitalar, as políticas de admissão das unidades de saúde, a maneira como a rede e as linhas de cuidado se conformam são algumas das variáveis que podem interferir nos resultados dos indicadores de ICSAP.

Apesar de suas limitações, o uso prudente desse indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da AB ao identificar áreas prioritárias de intervenção e colocar em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e coordenação entre os

níveis assistenciais. Uma maneira de analisar de forma mais robusta esse indicador é analisá-lo segundo o grupo de causas evitáveis.

Quando a AB não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. Essa demanda excessiva inclui a discussão em torno do indicador analisado. O Gráfico 3, a seguir, apresenta as internações por condições sensíveis à atenção Básica no estado do Rio de Janeiro:

Gráfico 3 - Série histórica da proporção de internações por condições sensíveis à atenção Básica nas regiões do estado e no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2014



Fonte: Secretaria de estado do Rio de Janeiro/Ministério da Saúde (2016).

O estado do Rio de Janeiro apresenta, assim como o Brasil, um padrão extremamente heterogêneo no que se refere à distribuição geográfica da população e dos estabelecimentos de saúde. No estado, a localização geográfica dos estabelecimentos de saúde define uma distribuição desigual dos leitos, alternando padrões de escassez em algumas áreas e excesso em outras, como em algumas áreas do município do RJ, este padrão gera um grande fluxo de pacientes em busca de atendimento. Ao percorrer grandes distâncias, torna-se mais difícil o acesso aos serviços e, principalmente, a adequação de suas necessidades aos serviços oferecidos (SANTOS e MELO, 2011).

A análise do estudo de Santos e Melo (2011), sobre o Rio de Janeiro evidencia a enorme complexidade da distribuição dos serviços de saúde. É necessário considerar que a utilização dos serviços de saúde está ligada a características da oferta e à conduta das pessoas diante da morbidade e dos serviços. O padrão de utilização pode variar segundo sexo, grupos etários, grupos sociais, problemas de saúde, procedimentos específicos e áreas geográficas.

A cidade do Rio de Janeiro tem histórico no rastreamento do câncer de colo do útero. O primeiro fator para isso foi a existência do Centro Luiza Gomes de Lemos, que atuou fortemente no rastreamento citopatológico do CCU nas décadas de 1960 a 1990.

O segundo fator foi que o MS manteve em tal local um laboratório de citopatologia de grande porte, agregado ao Programa Integrado de Tecnologia em Citopatologia (PITEC), de 1982 a 1998 (DISCACCIATI, BARBOZA e ZEFERINO, 2014).

Mesmo com esse histórico e trajetória na prevenção do câncer de colo de útero, para o estado do Rio de Janeiro, no ano de 2016, são esperados 1490 casos novos de CCU, e o risco estimado de 16,90 casos a cada 100 mil mulheres.

Já a taxa de mortalidade (ajustada por idade da população), no ano de 2015, para o estado é de 5,05. Em relação às regiões do estado, as maiores taxas de mortalidade de câncer de colo de útero são: região da Baixada Litorânea com 5,56 e a Metropolitana I com 5,43, enquanto as menores taxas de mortalidade são a Baía da Ilha Grande com 2,5 e Centro Sul com 3,26 (INCA, 2015), como demonstra a Tabela 3 a seguir.

O estado possui elevada taxa de mortalidade, maior taxa que todos os estados da região sudeste (São Paulo – 3,49; Espírito Santo- 4,95; Minas gerais – 3,64), e maior que a taxa mundial (5,03), sendo menor apenas para a taxa ajustada de mortalidade por câncer de colo de útero do Brasil (5,34) (INCA, 2013).

Tabela 3 - Taxa bruta e taxa ajustada de mortalidade por idade por câncer de colo de útero nas regiões do estado e no município do Rio de Janeiro no ano de 2015

Região de Saúde/Município	Tx bruta	Tx ajustada
Baia da Ilha Grande	2,36	2,5
Baixada Litorânea	6,04	5,56
Centro-Sul	3,61	3,26
Médio Paraíba	4,46	3,68
Metropolitana I	6,61	5,43
Município do Rio de Janeiro	5,97	4,57
Metropolitana II	6,47	5,24
Noroeste	3,53	2,74
Norte	4,09	3,8
Serrana	5,67	4,71
Estado do Rio de Janeiro	6,09	5,05

Fonte: Atlas INCA (2015).

Os mapas de fluxos de tratamento de CCU, de acordo com o estudo de Santos e Melo (2011), evidenciaram os trajetos percorridos pelas mulheres em busca de atendimento e alguns dos vazios sanitários, como é o caso da Zona Oeste (do município do Rio de Janeiro), retratando o quadro de desigualdade no acesso aos serviços de saúde. O contexto social e geográfico reflete e condiciona a estratificação social e os diferenciais de risco, cabendo aos sistemas de saúde promover o acesso equânime.

No estado do Rio de Janeiro, problemas inerentes à organização das ações de rastreamento do câncer de colo de útero vêm sendo apontados como fatores com impacto importante no programa de rastreamento. Esses problemas incluem baixa qualidade do material citológico coletado, heterogeneidade na capacidade de detecção de atípias por parte dos laboratórios de análise das lâminas, falhas de preenchimento e inconsistência dos registros no SISCOLO (SILVA *et al.*, 2013).

A seguir, no Quadro 14, observa-se a rede credenciada para o atendimento ao câncer no estado do Rio de Janeiro.

Quadro 14 - Unidades credenciadas para o atendimento do câncer que integram a rede do SUS nas regiões estado do RJ no ano de 2013

Região	Município	Quantitativo
Baixada Litorânea	Cabo Frio	1
Norte	Campos de Goytacazes	3
Noroeste	Itaperuna	1
Centro Sul	Vassouras	1
Metropolitana I	Nova Iguaçu	19
	Rio de Janeiro	
Serrana	Petrópolis	2
	Teresópolis	
Metropolitana 2	Rio Bonito	1
	Niterói	1
Médio Paraíba	Volta Redonda	1
Total		29

Fonte: INCA (2013).

Outro fato importante é que a capacidade instalada relacionada ao tratamento e controle de câncer está extremamente concentrada basicamente na região metropolitana do estado.

Ainda, nesse sentido, outro elemento importante que permite a compreensão do contexto mais geral e das diretrizes que informam as políticas relacionadas ao controle do câncer de colo de útero no estado do Rio de Janeiro é observar a trajetória das normativas (que estão marcados na cor cinza), como pode ser observado no Quadro 15, a seguir.

Segundo Baptista (2007), os documentos formais expedidos pelo MS e pelas SES, por meios de sua consubstanciada edição de leis, diretrizes, portarias, atas e relatórios técnicos (de âmbito nacional e estadual) são instrumentos importantes de regulação de políticas e visam definir instruções para a execução das leis, decretos e regulamentos aprovados pelo Poder Legislativo. A autora ressalta que no contexto do setor de saúde, esses documentos têm assumido papel de grande destaque, tanto pelo quantitativo de documentos apresentados a partir dos últimos anos da década 1990, quanto pelo forte poder de indução que estes instrumentos assumiram na definição da política do setor.

Esse tipo de análise identifica nas políticas e nos documentos oficiais a pertinência em relação à situação problema estudada, além de orientar a atuação dos agentes governamentais no que tange aos atributos, à organização e à gestão dos serviços de saúde.

Quadro 15 - Trajetória das normativas relacionadas ao Câncer de Colo de útero em âmbito federal e estadual

(continua)

Ano	Marco Normativo
1984	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 1984)
1986	Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde (Pro-Onco)
1991	Pro-Onco foi transferido para o INCA, tornando-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer, suas linhas básicas com foco nos quatro tipos de câncer mais incidentes, entre eles o do colo do útero.
1997-1998	Projeto Viva Mulher
1998	Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero (Portaria GM/MS nº 3040/98)
1999	A coordenação do programa foi oficialmente transferida para o INCA por meio da Portaria nº 788/99, de 23 de junho de 1999.
1999	Instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO - para monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30/08/1999).
2005	Política Nacional de Atenção Oncológica, que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e da mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM 2439/2005)
2005-2007	Plano Nacional de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama –
2006	Criação da Rede Oncorio (Projeto INCA/SISPLAN nº 6381 de 2006)
2010	Constituição do Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero (Portaria nº 310/2010)
2010	Criação da Rede de atenção oncológica do estado do Rio de Janeiro (Lei nº 5.809, de 25 de agosto de 2010).
2011	Plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer (Portaria nº1473\2011)
2011	Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde, entre elas, a Rede de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e Mama (Portaria nº 1.473/2011).
2011	Atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero
2011	Portaria que define repasse para diagnóstico precoce de câncer do colo uterino – distribuição per capita (Portaria GM/MS n.º 2.012/2011).
2012	Lei que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início (Lei Nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012).
2013	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria nº 874/2013)
2013	Instituição do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) (Portaria nº 3.394/2013)
2013	Plano Estadual de Controle, Prevenção e Atenção ao Câncer do Rio de Janeiro

Quadro 15 - Trajetória das normativas relacionadas ao Câncer de Colo de útero em âmbito federal e estadual

(conclusão)

Ano	Marco Normativo
2013	Portaria que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013).
2014	Instituição do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC) (Portaria nº 189/2014)
2014	Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o vírus HPV

Fonte: Elaboração própria.

Vale destacar as iniciativas desenvolvidas no âmbito do estado do Rio de Janeiro como a criação da Rede ONCORIO que foi institucionalizada a partir do Projeto INCA/SISPLAN nº 6.381 de 2006, para implementar o Plano de Prevenção e Controle do Câncer, no âmbito do município e regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, contando com a participação das SES e SMS, universidades, serviços de saúde e centros de pesquisas, assim como de organizações não governamentais e da sociedade civil (CARVALHO, *et al.*, 2010).

A rede ONCORIO atende à população local e aos habitantes dos municípios vizinhos, o município do Rio de Janeiro é a principal referência para o atendimentos de alta complexidade no estado, sendo o polo estadual para oncologia (CARVALHO, VILELLA e COSTA, 2010).

Cabe destacar que, apenas quatro unidades possuem serviço de radioterapia, refletindo a predominância de um modelo assistencial com distribuição geograficamente inadequada dos serviços oncológicos, concentrados na região metropolitana, em detrimento do restante do estado, em que, quanto mais para o interior, mais esparsa é a oferta de serviços (CARVALHO, VILELLA e COSTA, 2010).

A deficiente cobertura no interior do estado concorre para a polarização da Rede ONCORIO, para onde são atraídas demandas de todo o estado e até mesmo de estados vizinhos.

Outro marco importante para compreender a linha de cuidado do câncer de colo de útero é a Lei nº 5.809 de 2010 que versa sobre a criação da rede de atenção oncológica do estado do RJ (RIO DE JANEIRO, 2010).

Essa lei detalha as estratégias para o enfrentamento do câncer, incluindo propostas para nortear a expansão da oferta de serviços na área oncológica com base na regionalização e

hierarquização, regulando o fluxo de pacientes para a quimioterapia, serviços de diagnóstico, cirurgias oncológicas e cuidados paliativos.

Alguns dos objetivos da rede de atenção oncológica do estado do RJ são organizar os fluxos da assistência oncológica e estabelecer as ações de prevenção e detecção precoce.

Vale destacar que alguns objetivos estão relacionados diretamente ao câncer de colo de útero, tais como a ampliação da cobertura de papanicolau e a garantia que parte da verba do programa de saúde da mulher, já prevista na Lei de Diretrizes Orçamentárias, referentes à prevenção, diagnóstico, tratamento, suporte e informação do câncer ginecológico e mamário, tenha destinação específica para a rede de atenção oncológica do estado.

De acordo com a referida lei é da competência do gestor da Rede no estado em relação à AB:

- Preparar a AB para diagnosticar precocemente o câncer, capacitar os profissionais, agilizar o acesso às especialidades clínicas para o diagnóstico e estabelecer fluxo de encaminhamento dos casos detectados;

- Integrar e capacitar os profissionais do PSF para acompanhamento dos pacientes oncológicos em nível de diagnóstico e cuidados paliativos;

- Criar estratégias municipais para o processo de desospitalização mediante o incremento da atenção domiciliar utilizando recursos já existentes como: PSF, Agentes e programas de atenção domiciliar.

- As ações de prevenção consistirão, principalmente, na realização de campanhas preventivas e demais eventos que visem a divulgar, nos diversos segmentos da sociedade, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer.

Cabe destacar que o Rio de Janeiro foi o primeiro estado do país a contar com um Plano Estadual de Controle, Prevenção e Atenção ao Câncer que foi elaborado pela SES e pela Fundação do Câncer em 2013, este plano foi criado para analisar a situação atual da atenção ao câncer no estado e elaborar proposta de um novo modelo de atenção oncológica no Rio de Janeiro, organizando a assistência e traçando diretrizes para a redução da incidência e mortalidade da doença, ajudando a melhorar o resultado dos tratamentos e a qualidade de vida dos pacientes.

A criação do plano teve como um dos objetivos diminuir o tempo entre a realização do diagnóstico e o começo do tratamento, elevando, com isso, as chances de cura e controle da doença. Além disso, o projeto visou criar políticas de educação que corroboram para a mudança de hábitos vinculados a alguns tipos de câncer e apresentou a proposta de realizar a distribuição geográfica dos serviços, facilitando o acesso em todas as regiões do estado.

Foi realizado um mapeamento da rede de serviços especializados com objetivo de atuar nas áreas de promoção e prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico, registro da doença, educação, atenção básica, regulação, cuidados paliativos e sistemas de informação.

A expectativa é que os resultados propostos sejam alcançados em 10 anos, realizando reavaliações e ajustes a cada três anos (2016, 2019 e 2023), inclusive está sendo atualizado nos anos de 2016 e 2017.

Outro marco importante foi a Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013), que redefiniu a qualificação nacional em citologia na prevenção do CCU, o Qualicito. Os objetivos da Qualicito foram: a promoção da melhoria da qualidade dos exames citopatológicos e dos laboratórios e prestadores de serviços para o SUS estabelecendo critérios e parâmetros de qualidade para o contrato e o distrato desses serviços.

Além disso, também era objetivo o aumento da cobertura de realização do referido exame e a promoção de educação permanente dos profissionais de saúde.

No caso do Componente da Atenção Básica é de sua responsabilidade a realização das ações de prevenção do CCU, assim como a realização do procedimento de coleta do exame citopatológico com a garantia do envio do material coletado para o laboratório e receber o laudo organizando os fluxos de entrega de resultados para as usuárias.

Também são funções da AB acompanhar e ofertar cuidado para as usuárias que apresentarem alteração no exame e acompanhar o percentual de lâminas classificadas como coleta insatisfatória em relação ao total de coletas realizadas, a fim de planejar ações de educação permanente para a melhoria da coleta do exame nas unidades básicas de saúde.

Tal portaria provocou importante movimento no estado de descredenciamento e novo credenciamento de laboratórios que realizam o exame citopatológico.

Em relação à elaboração e divulgação das normativas relacionada ao câncer de colo de útero, observa-se que este tema de fato está na agenda política através da grande quantidade de publicações ao longo do tempo, não só do MS como também pela SES, porém, o que fica nítido é que tais recomendações e normatizações não se traduzem em ações de forma real e clara no território estadual e nas regiões de saúde em prol da garantia do acesso e da resolutividade.

Outra possibilidade que apoia a compreensão do contexto da constituição da linha de cuidado do câncer de colo de útero no estado do Rio de Janeiro é a análise da formulação das políticas nos canais institucionais e espaços decisórios do SUS.

No presente trabalho foi dado destaque para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) por ser uma instância de negociação e pactuação federativa, formada por representantes do governo estadual, indicado pelo secretário estadual de saúde e representantes dos secretários municipais indicados pelo Conselho de secretarias municipais de saúde do estado (Cosems).

Esse espaço configura-se como estratégico para a formulação, negociação e pactuação da política estadual de saúde e possibilita o compartilhamento entre gestores e atores sociais.

Para tanto, foram consultadas as Atas das reuniões da CIB, (RIO DE JANEIRO, 2017), que foram consultadas segundo o período da realização dos ciclos 1 e ciclo 2 do PMAQ, ou seja, de junho a novembro de 2012 e de novembro de 2013 a abril de 2014, ao total foram analisadas onze atas². A sistematização qualitativa das atas da CIB pode ser observada no Quadro 16, a seguir.

A realização do PMAQ foi abordado em apenas uma reunião, em junho de 2012, em que foi apresentada a adesão das equipes de AB dos municípios que aderiram ao programa.

Em relação ao Câncer de colo de útero, esse tema esteve presente em nove das onze atas analisadas, de fato mostrando a importância do tema e de alguma forma a tentativa de organização da atenção em relação a prevenção do CCU. De forma geral, foram abordadas questões mais burocráticas sobre a realização dos exames de colpocitologia e o citopatológico.

Um desdobramento importante em relação às normativas, já apresentadas no Quadro 15, foi o QualiCito (2013), visto que ocorreu um grande processo no estado de credenciamento e recredenciamento de unidades laboratoriais para referência do exame citopatológico em prol da melhoria da qualidade do exame.

Outro tema apontado foram os informes sobre a vacina de HPV em 2014, como demonstrado no Quadro 16, a seguir, a campanha nacional de vacinação de meninas de 11 a 13 anos foi lançada nesse ano.

² A única ata que não foi analisada dentro do período selecionado foi a de janeiro de 2014, pois esta não estava disponível.

Quadro 16 - Sistematização das atas das CIBs realizadas no período de 2012 a 2014

Ano: 2012	
Mês	Temas abordados nas reuniões
Junho	Comissão para definição dos Critérios de Avaliação de Colpocitológicos no Estado do Rio de Janeiro.
Julho	Divulgação do Curso de capacitação sobre os procedimentos de coleta e seguimento dos exames citopatológicos do colo do útero.
Agosto	Informes sobre Colpocitologia no estado
Setembro	Teto financeiro relacionado ao SISCOLO: fluxos, nova versão do sistema, ações desenvolvidas.
	Apresentação da Avaliação dos laboratório de citopatologia.
Ano:2013	
Mês	Temas abordados nas reuniões
Novembro	Credenciamento/habilitação do Laboratório de Análise Clínica e Citológica nos serviços de análises clínicas e citopatologia .
Dezembro	Remanejamento de recursos para as referências em análise de exames citopatológicos cervico vaginais
Ano: 2014	
Mês	Temas abordados nas reuniões
Fevereiro	Informes sobre a Campanha de vacina de HPV
Março	Informes sobre a Habilitação de Qualicito - Prazo para pactuação na CIB de abril.
Abril	Em adequação a Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013 - QUALICITO para Citopatologia Cervical, credencia unidades laboratoriais*.

Fonte: Elaboração própria.

*Credenciamento de unidades laboratoriais em um município da Baixada Litorânea, em um município da região Centro Sul, em cinco municípios da região do Médio Paraíba, em 3 municípios da região serrana, dois municípios da Metropolitana 1, quatro municípios da região Metropolitana 2 e dois municípios da região Norte. Vale ressaltar que nenhuma unidade laboratorial foi credenciada nas regiões Bahia de Ilha Grande e Noroeste.

Percebe-se que as pactuações realizadas no âmbito da CIB são bastante burocráticas e operacionais, não executando ações de âmbito mais estratégico relacionado à melhora e à organização da linha de cuidado do câncer de colo de útero ou na perspectiva de fortalecer os pactos interfederativos.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo está em conformidade com a Resolução n °466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estando em acordo com os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

O projeto foi cadastrado no sistema oficial de lançamento de pesquisas (Plataforma Brasil) para análise e monitoramento do sistema integrado composto pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNSMS do Conselho Nacional de Saúde e pelos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP (Sistema CEP/CONEP).

O projeto de tese foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP) com parecer de aprovação nº 1.763.394.

Como o estudo tem como estratégias metodológicas a revisão de literatura, a análise documental de acesso livre e análise de bases de dados secundários, o projeto não apresenta riscos a profissionais ou usuários da Atenção Básica, à medida que esses não foram identificados em nenhuma das bases de dados utilizadas.

Em relação aos benefícios da pesquisa, a proposta é que as informações utilizadas na tese possam: subsidiar o aperfeiçoamento do PMAQ- AB; contribuir para a cultura avaliativa da atenção básica no estado do Rio de Janeiro e nas regiões; identificar focos de atuação da gestão para a efetivação da disponibilidade, adequação e a garantia da resolutividade da AB em relação à promoção à saúde e prevenção do câncer de colo de útero e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos processos assistenciais desenvolvidos pelas equipes de Atenção Básica.

4.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Há um limite explicativo para análises realizadas exclusivamente através de dados secundários quantitativos, como é o caso do presente estudo, em face da complexidade e variabilidade das modelagens assistenciais existentes. Cabe ressaltar, porém, que a análise descritiva realizada é um passo importante para as análises.

Outro fato importante a ser ressaltado é que a adesão voluntária da gestão municipal vinculada a incentivos financeiros gera um viés de positividade no universo de equipes que aderiram ao programa do PMAQ, indicando assim que os resultados são provavelmente melhores do que a realidade das equipes (MEDINA *et al.*, 2014; FAUSTO, GIOVANELLA e MENDONÇA, 2014).

Em relação à utilização dos dados do PMAQ ainda que cada instituição de ensino tenha produzido capacitações nos procedimentos de coleta de dados, questiona-se a confiabilidade dos dados.

Outro fator é que o câncer de colo de útero foi estudado através das variáveis presentes nos instrumentos do PMAQ, fato que para o estudo do CCU outras variáveis seriam possíveis e recomendadas segundo a literatura, porém foi utilizado apenas o que estava disponível na base nacional do programa.

Para a análise da resolutividade e escolha das variáveis através das bases do SISCOLO e SISCAN também apresentam problemas quanto ao seu preenchimento e qualidade das informações, porém atualmente esses são os sistemas nacionais referentes à patologia estudada.

Vale destacar que a unidade de análise dos sistemas são os exames e lâminas colhidas e não as mulheres, o que demonstra fragilidade do acompanhamento e seguimento das mulheres na prevenção do CCU.

O presente estudo indiretamente, pois não é seu foco principal, pode contribuir para a melhora dos sistemas, já que a partir da utilização dos dados é possível identificar falhas e construir soluções futuras para o bom funcionamento desses.

O estudo realizado apresenta algumas limitações, consequência direta do desenho da pesquisa, na qual se utilizou o estudo de caso. Sendo assim, as conclusões e recomendações representam uma aproximação da realidade do estado do Rio de Janeiro, o que diminui em parte sua amplitude, mas não a importância dos resultados, uma vez que, se trata de um estudo exploratório cuja luz das informações pode motivar a realização de outras pesquisas sobre o mesmo tema.

5 RESULTADOS

A seguir os resultados serão apresentados segundo as etapas dos estudo considerando a avaliação da Atenção Básica no estado do Rio de Janeiro de acordo com as dimensões analisadas, a saber, a disponibilidade, adequação e resolutividade.

5.1 DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Para a análise da disponibilidade são considerados a presença de equipamentos e insumos utilizados no âmbito da Atenção Básica para as atividades de prevenção primária e secundária ao câncer de colo de útero. Primeiramente há a apresentação dos dados de forma descritiva, a saber: com número absoluto, e percentual de cada variável selecionada, seguido da análise de acordo com os padrões de referência estipulados e os indicadores construídos apresentados nos **Anexos C e D**.

A seguir, são comparados os indicadores construídos para a avaliação da disponibilidade e adequação, considerando as informações entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB. Através dessa análise, busca-se apontar tanto possíveis mudanças no instrumento em relação aos indicadores como identificar possíveis resultados superiores, inferiores ou mantidos, nos dois anos da avaliação externa (2012 e 2014).

Para tanto, as diferenças entre os percentuais apresentados em relação a adequação e disponibilidade dos ciclos 1 e 2 serão expostas por meio de gráficos de barras, segundo as regiões do estado e do município do Rio de Janeiro.

Em relação à disponibilidade foram analisados principalmente a estrutura no que tange aos equipamentos e insumos utilizados no âmbito da Atenção Básica para as atividades de prevenção ao câncer de colo de útero.

Primeiramente será apresentado, nos Quadros 17,18 e 19 a seguir, para cada pergunta selecionada do ciclo 1 do PMAQ a análise descritiva referente à disponibilidade de insumos, equipamentos e material impresso necessários para a prevenção do câncer de colo de útero.

Quadro 17 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes a Disponibilidade de equipamentos para a prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Módulo 1		Baia da Ilha Grande (69)	Baixada Litorânea (126)	Centro-Sul (137)	Médio Paraíba (220)	Metropolitana I (506)	Metropolitana II (267)	Noroeste (125)	Norte (182)	Serrana (128)	Estado RJ (1830)	Município do RJ (58)
Foco de luz para exame ginecológico	Média	1,06	1,13	1,14	1,18	2,63	1,13	0,78	1,04	1,13		5,10
Mesa para exame ginecológico com perneira	Média	1,03	1,04	0,98	0,98	2,35	1,07	0,81	0,97	0,95		4,83

Fonte: Elaboração própria

Quadro 18: Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes a disponibilidade de insumos da ESF para prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

(continua)

Módulo 1		Baia da Ilha Grande (69)	Baixada Litorânea (126)	Centro-Sul (137)	Médio Paraíba (220)	Metropolitana I (506)	Metropolitana II (267)	Noroeste (125)	Norte (182)	Serrana (128)	Estado RJ (1830)	Município do RJ (58)
Espéculo descartável	Sempre disponíveis	61	116	131	176	421	253	83	141	158	1540	52
	%	88,40%	92,10%	95,60%	80,00%	83,20%	94,80%	66,40%	77,50%	79,80%	84,20%	89,70%
	Às vezes disponível	6	9	2	21	62	5	14	27	13	159	3
	%	8,70%	7,10%	1,50%	9,50%	12,30%	1,90%	11,20%	14,80%	6,60%	8,70%	5,20%
	Nunca disponíveis	2	1	4	23	22	9	28	14	27	130	2
	%	2,90%	0,80%	2,90%	10,50%	4,30%	3,40%	22,40%	7,70%	13,60%	7,10%	3,40%
	NA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	1,70%
Escovinha endocervical	Sempre disponíveis	61	112	129	203	426	241	81	147	150	1550	54
	%	3,90%	7,20%	8,30%	13,10%	27,50%	15,50%	5,20%	9,50%	9,70%	84,70%	30,20%
	Às vezes disponível	4	11	0	0	54	8	13	22	18	130	3
	%	3,10%	8,50%	0,00%	0,00%	41,50%	6,20%	10,00%	16,90%	13,80%	7,10%	1,70%
	Nunca disponíveis	4	3	8	17	25	18	31	13	30	149	0
	%	2,70%	2,00%	5,40%	11,40%	16,80%	12,10%	20,80%	8,70%	20,10%	8,10%	0,00%
	NA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	0,60%
Espátula de Ayres	Sempre disponíveis	61	113	127	199	449	240	79	145	146	1559	56

	%	88,40%	89,70%	92,70%	90,50%	88,70%	89,90%	63,20%	79,70%	73,70%	85,20%	96,60%
	Às vezes disponível	4	4	3	0	37	9	15	22	24	118	1
	%	5,80%	3,20%	2,20%	0,00%	7,30%	3,40%	12,00%	12,10%	12,10%	6,40%	1,70%
	Nunca disponíveis	4	9	7	21	19	18	31	15	28	152	0
	%	5,80%	7,10%	5,10%	9,50%	3,80%	6,70%	24,80%	8,20%	14,10%	8,30%	0,00%
	NA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	1,70%
Fixador de lâmina	Sempre disponíveis	36	96	94	175	251	184	62	128	115	1141	28
	%	52,20%	76,20%	68,60%	79,50%	49,60%	68,90%	49,60%	70,30%	58,10%	62,30%	48,30%
	Às vezes disponível	1	9	3	4	48	12	12	23	14	126	2
	%	1,40%	7,10%	2,20%	1,80%	9,50%	4,50%	9,60%	12,60%	7,10%	6,90%	3,40%
	Nunca disponíveis	32	21	40	41	206	71	51	31	69	562	27
	%	46,40%	16,70%	29,20%	18,60%	40,70%	26,60%	40,80%	17,00%	34,80%	30,70%	46,60%
	NA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	1,70%
Lâmina de vidro com lado fosco	Sempre disponíveis	64	115	127	203	452	248	80	142	154	1585	56
	%	92,80%	91,30%	92,70%	92,30%	89,30%	92,90%	64,00%	78,00%	77,80%	86,60%	96,60%
	Às vezes disponível	1	7	3	1	34	8	14	25	16	109	1
	%	1,40%	5,60%	2,20%	0,50%	6,70%	3,00%	11,20%	13,70%	8,10%	6,00%	1,70%
	Nunca disponíveis	4	4	7	16	19	11	31	15	28	135	0
	%	5,80%	3,20%	5,10%	7,30%	3,80%	4,10%	24,80%	8,20%	14,10%	7,40%	0,00%
	NA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	1,70%
Porta-lâmina	Sempre disponíveis	61	98	119	193	401	199	70	136	140	1417	50

	%	88,40%	77,80%	86,90%	87,70%	79,20%	74,50%	56,00%	74,70%	70,70%	77,40%	86,20%
	Às vezes disponível	1	10	3	2	35	8	12	24	13	108	2
	%	1,40%	7,90%	2,20%	0,90%	6,90%	3,00%	9,60%	13,20%	6,60%	5,90%	3,40%
	Nunca disponíveis	7	18	15	25	69	60	43	22	45	304	5
	%	10,10%	14,30%	10,90%	11,40%	13,60%	22,50%	34,40%	12,10%	22,70%	16,60%	8,60%
	NA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	1,70%

Fonte: Elaboração própria

Quadro 19 : Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes a disponibilidade de material impresso da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Módulo 1		Baia da Ilha Grande (69)	Baixada Litorânea (126)	Centro-Sul (137)	Médio Paraíba (220)	Metropolitana I (506)	Metropolitana II (267)	Noroeste (125)	Norte (182)	Serrana (128)	Estado RJ (1830)	Município do RJ (58)
Ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (SISCOLO)	Sempre disponíveis	66	112	129	192	423	249	92	141	158	1562	53
	%	95,7%	88,9%	94,2%	87,3%	83,6%	93,3%	73,6%	77,5%	79,8%	85,4%	91,4%
	Às vezes disponível	1	4	2	5	29	6	3	7	10	67	1
	%	1,4%	3,2%	1,5%	2,3%	5,7%	2,2%	2,4%	3,8%	5,1%	3,7%	1,7%
	Nunca disponíveis	2	10	6	23	53	12	30	34	30	200	3
	%	2,9%	7,9%	4,4%	10,5%	10,5%	4,5%	24,0%	18,7%	15,2%	10,9%	5,2%
	NA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%

Fonte: Elaboração própria

Na sequência, no Quadro 20, há a descrição dos padrões de referência e os indicadores construídos para a disponibilidade.

Quadro 20 - Padrões de referência considerados e indicadores criados para as perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes a disponibilidade de equipamentos, insumos e material impresso da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
Foco de luz para exame ginecológico	pelo menos 1	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 foco de luz
Mesa para exame ginecológico com perneira	pelo menos 1	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 mesa
Espéculo descartável	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espéculo descartável
Escovinha endocervical	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível escovinha cervical
Espátula de Ayres	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espátula de ayres
Fixador de lâmina	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível fixador de lâminas
Lâmina de vidro com lado fosco	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível lâmina e vidro
Porta-lâmina	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível porta lâmina
Ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (SISCOLO)	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível ficha de Siscolo

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 4, a seguir, podem ser observados os resultados encontrados em relação à presença de foco de luz para exame ginecológico, na região Noroeste apenas 73,60% das unidades de ESF possuíam esse equipamento. A região que mais se destacou positivamente foi a Centro Sul com 95,62% e o município do Rio de Janeiro com 98,88%; já a mesa para exame ginecológico, na região Noroeste apenas 78,40% das unidades de ESF tinham o referido equipamento e o destaque positivo foi para a região da Baía da Ilha Grande (95,65%).

Em relação ao espéculo descartável, escovinha endocervical e espátula de Ayres os piores resultados foram para a região Noroeste com 66,40%, 64,80% e 63,20% respectivamente e os melhores resultados foram para o município do Rio de Janeiro com 94,41%, 95,53%, 98,32% e para a região Centro Sul com 95,62%, 94,16% e 92,70% respectivamente.

Sobre o fixador de lâminas, o pior resultado foi a região Noroeste (49,60%) e o município do Rio de Janeiro (44,13%) e a melhor região em relação a esse item foi a Médio Paraíba (79,55%).

No caso da lâmina de vidro com lado fosco, o pior resultado também foi a região Noroeste (64,00%) e o melhor foi o município do Rio de Janeiro (96,65%) e a região Metropolitana II (92,88%), já o porta lâmina e a ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (SISCOLO) os piores resultados em ambos foi a região Noroeste (56,00% e 73,60%) e os melhores resultados foram a Baía de Ilha Grande (88,41% e 95,65%).

Tabela 4 - Indicadores do ciclo 1 do PMAQ, referentes a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos da ESF utilizados na prevenção do Câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e do município do Rio de Janeiro

Insumos e Equipamentos	Baía da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	Município do RJ	Metropolitana I (Sem RJ)
Foco de luz para exame ginecológico	92,75%	93,65%	95,62%	92,27%	91,39%	73,60%	90,66%	82,83%	98,88%	82,57%
Mesa para exame ginecológico	95,65%	95,24%	95,62%	92,27%	92,88%	78,40%	89,56%	84,34%	98,32%	85,93%
Espéculo descartável	88,41%	92,06%	95,62%	80,00%	94,76%	66,40%	77,47%	79,80%	94,41%	77,06%
Escovinha endocervical	88,41%	88,89%	94,16%	92,27%	90,26%	64,80%	80,77%	75,76%	95,53%	77,98%
Espátula de Ayres	88,41%	89,68%	92,70%	90,45%	89,89%	63,20%	79,67%	73,74%	98,32%	83,49%
Fixador de lâmina	52,17%	76,19%	68,61%	79,55%	68,91%	49,60%	70,33%	58,08%	44,13%	52,60%
Lâmina de vidro com lado fosco	92,75%	91,27%	92,70%	92,27%	92,88%	64,00%	78,02%	77,78%	96,65%	85,32%
Porta-lâmina	88,41%	77,78%	86,86%	87,73%	74,53%	56,00%	74,73%	70,71%	93,85%	71,25%
Ficha de requisição e resultado de SISCOLO	95,65%	88,89%	94,16%	87,27%	93,26%	73,60%	77,47%	79,80%	92,18%	78,90%

Fonte: Elaboração própria.

De forma geral, em relação à disponibilidade, referente aos dados do ciclo 1, a região Noroeste é a que mais se destaca negativamente e o Município do RJ e região Centro Sul é a que mais se destaca positivamente.

Vale destacar que ausência de apenas um item desses apresentados inviabiliza a realização do exame citopatológico que serve para o rastreamento e detecção precoce do câncer de colo de útero.

Agora serão apresentados os resultados da disponibilidade de insumos e equipamentos com os dados referentes ao ciclo 2 do PMAQ, no Quadro 21 e 22, a seguir, pode-se observar a análise descritiva das perguntas referentes à disponibilidade de equipamentos e insumos respectivamente.

Quadro 21 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à disponibilidade de equipamentos da ESF para prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e do município do Rio de Janeiro

Módulo 1		Baia da Ilha Grande (55)	Baixada Litorânea (76)	Centro-Sul (101)	Médio Paraíba (152)	Metropolitana I (351)	Metropolitana II (223)	Noroeste (69)	Norte (54)	Serrana (108)	Estado RJ (1189)	Município do RJ (172)
Foco de luz para exame ginecológico	Sim	55	75	99	152	340	215	63	50	104	1153	172
	%	100,0%	98,7%	98,0%	100,0%	96,9%	96,4%	91,3%	92,6%	96,3%	97,0%	100,0%
	Não	0	1	2	0	11	8	6	4	4	36	0
	%	0,0%	1,3%	2,0%	0,0%	3,1%	3,6%	8,7%	7,4%	3,7%	3,0%	0,0%
Mesa para exame ginecológico com perneira	Sim	54	76	98	149	332	215	61	48	104	1137	166
	%	98,2%	100,0%	97,0%	98,0%	94,6%	96,4%	88,4%	88,9%	96,3%	95,6%	96,5%
	Não	1	0	3	3	19	8	8	6	4	52	6
	%	1,8%	0,0%	3,0%	2,0%	5,4%	3,6%	11,6%	11,1%	3,7%	4,4%	3,5%

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 22: Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à disponibilidade de insumos da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e do município do Rio de Janeiro

(continua)

Módulo 1		Baia da Ilha Grande (55)	Baixada Litorânea (76)	Centro- Sul (101)	Médio Paraíba (152)	Metropolitana I (351)	Metropolitana II (223)	Noroeste (69)	Norte (54)	Serrana (108)	Estado RJ (1189)	Município do RJ (172)
Espéculo descartável	Sempre disponível	49	75	84	151	310	216	61	44	101	1091	172
	%	89,10%	98,70%	83,20%	99,30%	88,30%	96,90%	88,40%	81,50%	93,50%	91,80%	100,00%
	Às vezes disponíveis	5	1	14	0	35	6	4	6	2	73	0
	%	9,10%	1,30%	13,90%	0,00%	10,00%	2,70%	5,80%	11,10%	1,90%	6,10%	0,00%
	Nunca disponível	1	0	3	1	6	1	4	4	5	25	0
	%	1,80%	0,00%	3,00%	0,70%	1,70%	0,40%	5,80%	7,40%	4,60%	2,10%	0,00%
Escovinha endocervical	Sempre disponível	52	73	86	149	324	211	59	43	98	1095	168
	%	94,50%	96,10%	85,10%	98,00%	92,30%	94,60%	85,50%	79,60%	90,70%	92,10%	97,70%
	Às vezes disponíveis	3	1	6	2	18	9	4	2	4	49	3
	%	5,50%	1,30%	5,90%	1,30%	5,10%	4,00%	5,80%	3,70%	3,70%	4,10%	1,70%
	Nunca disponível	0	2	9	1	9	3	6	9	6	45	1
	%	0,00%	2,60%	8,90%	0,70%	2,60%	1,30%	8,70%	16,70%	5,60%	3,80%	0,60%
Espátula de Ayres	Sempre disponível	52	74	93	148	326	210	60	40	97	1100	170
	%	94,50%	97,40%	92,10%	97,40%	92,90%	94,20%	87,00%	74,10%	89,80%	92,50%	98,80%

	Às vezes disponível	3	0	5	2	15	9	3	3	4	44	0
	%	5,50%	0,00%	5,00%	1,30%	4,30%	4,00%	4,30%	5,60%	3,70%	3,70%	0,00%
	Nunca disponível	0	2	3	2	10	4	6	11	7	45	2
	%	0,00%	2,60%	3,00%	1,30%	2,80%	1,80%	8,70%	20,40%	6,50%	3,80%	1,20%
Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas)	Sempre disponível	45	73	86	142	300	198	48	26	97	1015	170
	%	81,80%	96,10%	85,10%	93,40%	85,50%	88,80%	69,60%	48,10%	89,80%	85,40%	98,80%
	Às vezes disponíveis	2	0	7	6	27	6	2	5	3	58	1
	%	3,60%	0,00%	6,90%	3,90%	7,70%	2,70%	2,90%	9,30%	2,80%	4,90%	0,60%
	Nunca disponível	8	3	8	4	24	19	19	23	8	116	1
	%	14,50%	3,90%	7,90%	2,60%	6,80%	8,50%	27,50%	42,60%	7,40%	9,80%	0,60%
Lâmina de vidro com lado fosco	Sempre disponível	55	75	98	148	334	210	59	47	99	1125	170
	%	100,00%	98,70%	97,00%	97,40%	95,20%	94,20%	85,50%	87,00%	91,70%	94,60%	98,80%
	Às vezes disponíveis	0	1	2	2	8	5	5	3	4	30	0
	%	0,00%	1,30%	2,00%	1,30%	2,30%	2,20%	7,20%	5,60%	3,70%	2,50%	0,00%
	Nunca disponível	0	0	1	2	9	8	5	4	5	34	2
	%	0,00%	0,00%	1,00%	1,30%	2,60%	3,60%	7,20%	7,40%	4,60%	2,90%	1,20%
Porta-lâmina ou Frasco	Sempre disponível	40	72	84	151	306	171	43	34	96	997	160
	%	72,70%	94,70%	83,20%	99,30%	87,20%	76,70%	62,30%	63,00%	88,90%	83,90%	93,00%

plástico com tampa para lâmina	Às vezes disponíveis	14	2	7	0	26	5	10	4	5	73	2
	%	25,50%	2,60%	6,90%	0,00%	7,40%	2,20%	14,50%	7,40%	4,60%	6,10%	1,20%
	Nunca disponível	1	2	10	1	19	47	16	16	7	119	10
	%	1,80%	2,60%	9,90%	0,70%	5,40%	21,10%	23,20%	29,60%	6,50%	10,00%	5,80%
Preservativo masculino	Sempre disponível	49	75	96	148	341	211	63	51	99	1133	172
	%	89,10%	98,70%	95,00%	97,40%	97,20%	94,60%	91,30%	94,40%	91,70%	95,30%	100,00%
	Às vezes disponíveis	5	1	3	4	7	11	5	1	5	42	0
	%	9,10%	1,30%	3,00%	2,60%	2,00%	4,90%	7,20%	1,90%	4,60%	3,50%	0,00%
	Nunca disponível	1	0	2	0	3	1	1	2	4	14	0
	%	1,80%	0,00%	2,00%	0,00%	0,90%	0,40%	1,40%	3,70%	3,70%	1,20%	0,00%
Preservativo feminino	Sempre disponível	16	13	20	57	157	34	2	9	31	339	152
	%	29,10%	17,10%	19,80%	37,50%	44,70%	15,20%	2,90%	16,70%	28,70%	28,50%	88,40%
	Às vezes disponíveis	16	11	18	32	30	23	23	3	18	174	16
	%	29,10%	14,50%	17,80%	21,10%	8,50%	10,30%	33,30%	5,60%	16,70%	14,60%	9,30%
	Nunca disponível	23	52	63	63	164	166	44	42	59	676	4
	%	41,80%	68,40%	62,40%	41,40%	46,70%	74,40%	63,80%	77,80%	54,60%	56,90%	2,30%

Fonte: Elaboração própria.

Na sequência, no Quadro 23 há a descrição dos padrões de referência e os indicadores construídos.

Quadro 23: Padrões de referência considerados e os indicadores construídos para as perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à disponibilidade de equipamentos e insumos da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
Foco de luz para exame ginecológico	Sim	% de EqAB que afirmaram ter Foco de luz para exame ginecológico
Quanto em condições de uso?	pelo menos 1	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 Foco de luz para exame ginecológico em condições de uso
Mesa para exame ginecológico com perneira	Sim	% de EqAB que afirmaram ter Mesa para exame ginecológico com perneira
Quanto em condições de uso?	pelo menos 1	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 Mesa para exame ginecológico para exame ginecológico em condições de uso
Espéculo descartável	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espéculo descartável
Escovinha endocervical	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível escovinha cervical
Espátula de Ayres	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espátula de ayres
Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas)	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível fixador de lâminas
Lâmina de vidro com lado fosco	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível lâmina de vidro
Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível porta lâmina
Preservativo masculino	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível Preservativo masculino
Preservativo feminino	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível Preservativo feminino

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 5, a seguir, poderemos observar os resultados encontrados, em relação à presença de foco de luz para exame ginecológico na região Noroeste 91,20% das unidades de ESF possuíam esse equipamento, as regiões que mais se destacaram positivamente foi a da Baía da ilha e o Médio Paraíba e o município do Rio de Janeiro todos com 100%. A respeito desse item, as equipes foram questionadas quanto à condição de uso, sendo na região Metropolitana I o pior resultado com 94,87% dos equipamentos em condição de uso e em contrapartida as regiões da Baía de Ilha Grande, Noroeste, Norte, Serrana e o município do Rio de Janeiro obtiveram o melhor resultado com 100,00% dos equipamentos em condição de uso.

Quanto à mesa para exame ginecológico, na região Noroeste, apenas 88,41% das unidades de ESF tinham o referido equipamento e o destaque positivo foi para a região Baixada Litorânea com 100% desse item nas unidades de ESF, porém ao questionamento sobre a condição de uso apenas 76,81% das mesas para exame ginecológico da região Noroeste estão em condições de uso e o destaque positivo novamente é para Baixada litorânea com 96,11% da mesa ginecológica em condição de uso nas unidades.

Para o município do Rio de Janeiro, o valor apresentado não condiz com a realidade, visto que de acordo com o padrão de referência estipulado para esse item e que consta no anexo D, é a presença de pelo menos um, ou seja, que cada equipe apresente pelo menos uma mesa ginecológica, porém olhando mais detalhadamente para esse dado no município do Rio de Janeiro, percebe-se que 76% das mesas estão em um intervalo de 1 a 7 unidades. Ou seja, o padrão de referência está muito aquém ao número apresentado pelas equipes do município.

Em relação ao espéculo descartável, os destaques positivos são para o município do Rio de Janeiro (100%) e para a região do Médio Paraíba (99,34%) e o pior resultado está na região metropolitana I (sem o município do Rio de Janeiro) com 77,21%.

Para os seguintes itens: escovinha endocervical, espátula de Ayres e fixador de Lâminas, os piores resultados foram para a região Norte (79,61%, 74,07% e 48,15% respectivamente) e os melhores resultados em relação à escovinha endocervical foi para a região do Médio Paraíba (98,33%) para os demais itens, os que mais se destacaram foram a região Baixada Litorânea com 97,37% e 96,05% e o município do Rio de Janeiro (98,64% e 98,38%) respectivamente.

Em relação à lâmina de vidro com lado fosco, o pior resultado também foi a região Noroeste (85,51%) e a melhor disponibilidade foi na região Baía da Ilha Grande (100,00%), para o porta lâmina o pior resultado novamente foi a região Noroeste (62,32%) e o melhor resultado foi a região do Médio Paraíba (99,24%).

Em relação à disponibilização de preservativos masculinos a maior disponibilidade é no município do Rio de Janeiro com 100% nas unidades e a região Baixada Litorânea (98,68%) e a menor disponibilidade é na Baía de Ilha Grande (89,09%), já a disponibilização do preservativo feminino é baixíssima em todas as regiões do estado, com exceção do município do Rio de Janeiro que é de 88,37%, a menor distribuição está na região Noroeste com apenas 2,10%.

Tabela 5 - Indicadores do ciclo 2 do PMAQ referentes à disponibilidade de Equipamentos e insumos da ESF utilizados na prevenção do Câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Insumos e Equipamentos	Baia da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	Município do RJ	Metropolitana I (Sem RJ)
Foco de luz para exame ginecológico	100,00%	98,77%	98,12%	100,00%	96,32%	91,20%	92,78%	96,41%	100,00%	93,45%
Quanto em condições de uso?	100,00%	97,37%	98,12%	99,26%	98,78%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	94,87%
Mesa para ex.ginecológico	98,32%	100,00%	97,02%	98,65%	96,34%	88,41%	89,89%	96,45%	96,59%	91,74%
Quanto em condições de uso?	90,36%	96,11%	90,99%	88,76%	81,78%	76,81%	79,35%	81,58%	1,16%	84,92%
Espéculo descartável	89,91%	98,28%	83,23%	99,34%	96,86%	88,50%	80,48%	93,52%	100,00%	77,21%
Escovinha endocervical	94,55%	96,15%	85,95%	98,33%	94,62%	85,60%	79,61%	90,89%	97,67%	87,22%
Espátula de Ayres	93,55%	97,37%	92,08%	97,37%	94,17%	86,60%	74,07%	89,91%	98,64%	86,15%
Fixador de lâmina	81,78%	96,05%	85,95%	93,12%	88,79%	69,67%	48,15%	89,81%	98,38%	72,43%
Lâmina de vidro com lado fosco	100,00%	98,68%	97,03%	97,37%	94,17%	85,51%	87,04%	91,67%	98,18%	91,52%
Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa	72,73%	94,73%	83,12%	99,32%	76,63%	62,32%	62,96%	88,89%	93,02%	81,56%
Preservativo masculino	89,09%	98,68%	95,05%	97,37%	94,62%	91,32%	94,44%	91,67%	100,00%	94,41%
Preservativo feminino	29,19%	17,21%	19,80%	37,50%	15,25%	2,10%	16,97%	28,72%	88,37%	2,79%

Fonte: Elaboração própria.

De forma geral, em relação à disponibilidade, referente aos dados do ciclo 2 do PMAQ, a região Noroeste é a que mais se destaca negativamente e a região do Médio Paraíba e o município do Rio de Janeiro são os que mais se destacam positivamente.

Comparação entre os indicadores do ciclo 1 e 2 do PMAQ

Vale destacar que há pequenas diferenças em relação às variáveis presentes nos instrumentos dos ciclos do PMAQ no caso da subdimensão de disponibilidade, são elas: ficha de requisição e resultados de exame citopatológico presentes apenas no ciclo I e o questionamento da condição de uso de alguns equipamentos e a disponibilidade de preservativo masculino e feminino presentes apenas no ciclo II.

O questionamento sobre a condição de uso dos equipamentos é um avanço muito grande na perspectiva da avaliação e em relação ao escopo da presente pesquisa, pois, apenas a disponibilidade de um determinado material não garante melhores resultados em saúde. A condição de uso destes materiais é crucial para a perspectiva da dimensão da resolutividade.

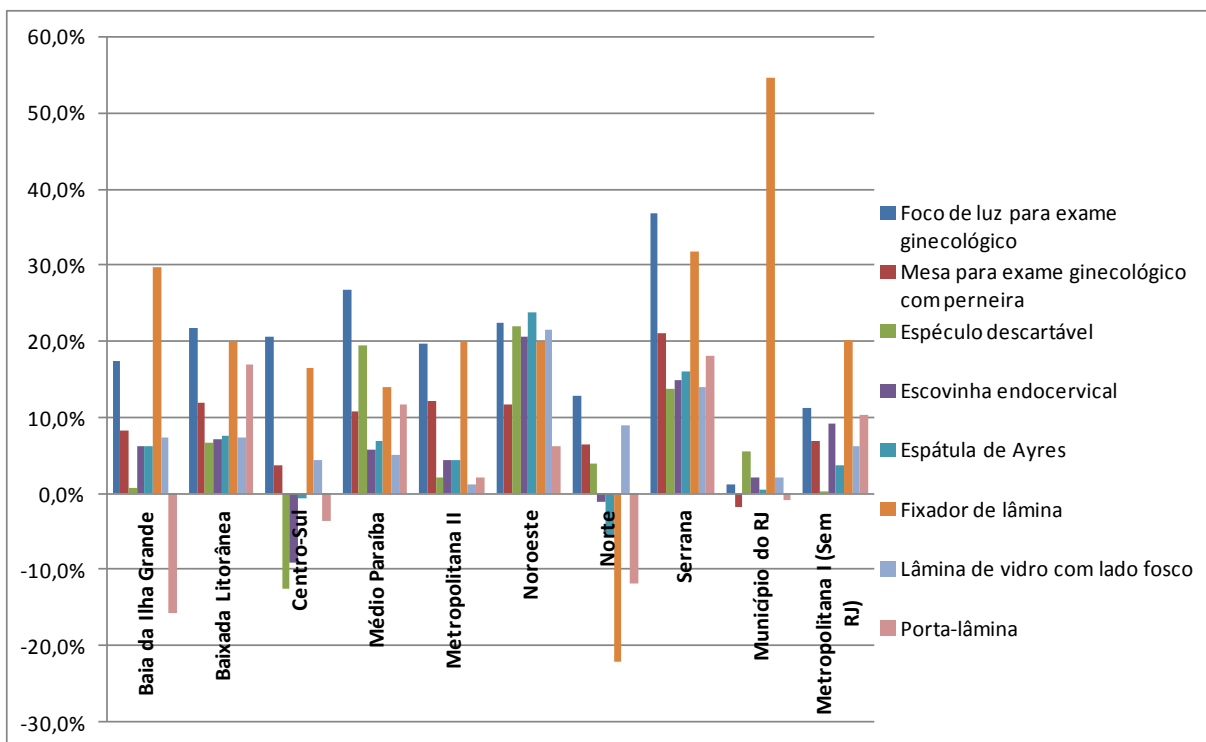
Para comparação, a ser apresentada a seguir, foram utilizados apenas os dados semelhantes entre os dois ciclos, de acordo com o Quadro 10 em que está descrito a compatibilização das variáveis do ciclo 1 e ciclo 2. A comparação pode ser observada no Gráfico 4.

Observa-se uma expressiva melhora para a grande maioria das regiões do estado no que tange às questões de disponibilidade de equipamentos e insumos para a promoção a saúde e prevenção ao câncer de colo de útero do período do ciclo 1 para o ciclo 2.

A região que apresentou piora no maior número de itens foi a Norte (em relação aos itens: a escovinha endocervical; espátula de Ayres; fixador de lâmina e porta lâminas).

As regiões que mais obtiveram melhora foram a Serrana e a Noroeste.

Gráfico 4 - Diferença em relação aos indicadores de disponibilidade de equipamentos e insumos da ESF utilizados na prevenção do Câncer de colo de útero do ciclo 1 e 2 do PMAQ segundo as regiões e o município do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração própria.

5.2 AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Na apresentação dos dados referentes à adequação dos processos de trabalho relacionados à prevenção primária e secundária do câncer de colo de útero, desenvolvidos no âmbito da AB.

A seguir, são comparados os indicadores construídos para a avaliação da adequação, considerando as informações entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB. Através dessa análise, busca-se apontar tanto possíveis mudanças no instrumento em relação aos indicadores como identificar possíveis resultados superiores, inferiores ou mantidos, nos dois anos da avaliação externa (2012 e 2014).

Para tanto, as diferenças entre os percentuais apresentados em relação a adequação dos ciclos 1 e 2 serão expostas por meio de gráficos de barras, segundo as regiões do estado e do município do Rio de Janeiro.

Em relação à adequação, foram analisados principalmente os processos de trabalho desenvolvidos no âmbito da Atenção Básica das atividades de prevenção ao câncer de colo de

útero, levando em consideração as ações de educação em saúde, a realização de visitas domiciliares e busca ativa das mulheres e as atividades de prevenção com as gestantes.

Os resultados serão apresentados separadamente, segundo cada eixo dos processos de trabalho acima mencionados, primeiramente através da análise descritiva das perguntas selecionadas, em seguida, a sequência dos padrões de referência e indicadores construídos dos dados do ciclo 1 do PMAQ, depois, os dados do ciclo 2 e a comparação entre os ciclos.

No Quadro 24, a seguir, é possível observar a análise descritiva das perguntas referentes à adequação dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes no ciclo 1 do PMAQ.

Quadro 24 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação das atividades desenvolvidas pelas equipes da AB para a prevenção do câncer de colo uterino segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

(continua)

Módulo 2		Baia da Ilha Grande (24)	Baixada Litorânea (55)	Centro- Sul (84)	Médio Paraíba (145)	Metropolitana I (414)	Metropolitana II (187)	Noroeste (32)	Norte (37)	Serrana (69)	Estado RJ (1048)	Município do RJ (324)
A equipe possui protocolos para CCU	Sim	18	27	47	139	371	149	9	25	38	823	305
	%	75,0%	49,1%	56,0%	95,9%	89,6%	79,7%	28,1%	67,6%	55,1%	78,6%	94,1%
	Não	5	28	37	6	38	33	22	12	28	209	16
	%	20,8%	50,9%	44,0%	4,1%	9,2%	17,6%	68,8%	32,4%	40,6%	20,0%	4,9%
	NA	1	0	0	0	5	5	1	0	3	15	3
	%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	2,7%	3,1%	0,0%	4,3%	1,4%	0,9%
A equipe de AB realiza a coleta do ex. citopatológico na unidade	Sim	24	50	84	143	412	185	27	35	66	1026	323
	%	100,0%	90,9%	100,0%	98,6%	99,5%	98,9%	84,4%	94,6%	95,7%	98,0%	99,7%
	Não	0	5	0	1	2	2	5	2	3	20	1
	%	0,0%	9,1%	0,0%	0,7%	0,5%	1,1%	15,6%	5,4%	4,3%	1,9%	0,3%
	NA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Existe doc que comprove	Sim	24	49	83	143	407	182	26	35	62	1011	319
	%	100,0%	89,1%	98,8%	98,6%	98,3%	97,3%	81,3%	94,6%	89,9%	96,6%	98,5%
	Não	0	1	1	0	5	3	1	0	4	15	4
	%	0,0%	1,8%	1,2%	0,0%	1,2%	1,6%	3,1%	0,0%	5,8%	1,4%	1,2%
	NA	0	5	0	2	2	2	5	2	3	21	1
	%	0,0%	9,1%	0,0%	1,4%	0,5%	1,1%	15,6%	5,4%	4,3%	2,0%	0,3%
A equipe de AB possui registro com o n° de mulheres com coleta atrasada de ex. citopatológico	Sim	5	25	22	102	224	69	8	20	32	507	192
	%	20,8%	45,5%	26,2%	70,3%	54,1%	36,9%	25,0%	54,1%	46,4%	48,4%	59,3%
	Não	19	30	62	42	184	116	24	17	37	531	128
	%	79,2%	54,5%	73,8%	29,0%	44,4%	62,0%	75,0%	45,9%	53,6%	50,7%	39,5%
	NA	0	0	0	1	6	2	0	0	0	9	4
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	1,4%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	1,2%

Quadro 24 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação das atividades desenvolvidas pelas equipes da AB para a prevenção do câncer de colo uterino segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

(conclusão)

Módulo 2		Baia da Ilha Grande e (24)	Baixada Litorânea (55)	Centro -Sul (84)	Médio Paraíba (145)	Metropolitana I (414)	Metropolitana II (187)	Noroeste (32)	Norte (37)	Serrana (69)	Estado RJ (1048)	Município do RJ (324)
A equipe de AB possui registro de mulheres com ex. citopatológicos alterados	Sim	20	42	48	113	350	125	17	30	50	795	282
	%	83,3%	76,4%	57,1%	77,9%	84,5%	66,8%	53,1%	81,1%	72,5%	75,9%	87,0%
	Não	4	13	36	32	59	58	15	7	19	243	39
	%	16,7%	23,6%	42,9%	22,1%	14,3%	31,0%	46,9%	18,9%	27,5%	23,2%	12,0%
	NA	0	0	0	0	5	4	0	0	0	9	3
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,9%
A equipe de AB realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado	Sim	16	43	61	129	389	158	21	32	50	899	310
	%	66,7%	78,2%	72,6%	89,0%	94,0%	84,5%	65,6%	86,5%	72,5%	85,9%	95,7%
	Não	6	12	22	16	21	28	9	5	15	134	10
	%	25,0%	21,8%	26,2%	11,0%	5,1%	15,0%	28,1%	13,5%	21,7%	12,8%	3,1%
	NA	2	0	1	0	4	1	2	0	4	14	4
	%	8,3%	0,0%	1,2%	0,0%	1,0%	0,5%	6,3%	0,0%	5,8%	1,3%	1,2%

Fonte: Elaboração própria.

Pode-se observar no Quadro 25, a seguir, a descrição dos padrões de referências estipulados e os indicadores criados para a avaliação da adequação dos processos de trabalho.

Quadro 25 - Padrões de referência considerados e os indicadores criados para as perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
Possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para CCU	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir protocolos para CCU
A equipe de AB realiza a coleta do ex. citopatológico na unidade	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar coleta de ex.citológico
A equipe de AB realiza a coleta do ex. citopatológico na unidade documento que comprove	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir documento que comprove coleta de ex.citológico
A equipe de AB possui registro com o n ^o de mulheres com coleta atrasada de ex.citopatológico	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir registro de coleta atrasada
A equipe de AB possui registro de mulheres com ex. citopatológicos alterados	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir registro de exames alterados
A equipe de AB realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar o seguimento das mulheres após tratamento

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 6, a seguir, observa-se os resultados encontrados, segundo os profissionais quando questionados se a equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para câncer de colo de útero, na região Noroeste apenas 28,13% das equipes ESF afirmaram possuir enquanto 95,86% da região Médio Paraíba relataram ter posse desses protocolos.

Quanto à equipe realizar a coleta do exame citopatológico na unidade, 100% das unidades da Baía de Ilha Grande e Centro Sul realizam o exame e 100% das equipes possuem documento que comprove a realização do referido exame, já na região Noroeste 84,38% das equipes afirmaram realizar e dessas 81,25% afirmaram ter documento que comprove a realização.

Sobre a equipe de atenção básica possuir o registro com o número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico, o pior resultado foi da região da Baía de Ilha Grande

onde apenas 20,83% das equipes afirmaram possuir o registro das mulheres e a região que mais se destacou foi o Médio Paraíba (70,34%)

Em relação à equipe de atenção básica possuir registro de mulheres com exames citopatológicos alterados e realizar o seguimento das mulheres após tratamento, os piores resultados foram na região Noroeste (53,13% e 65,63% respectivamente) e a região que mais realiza essas atividades é a Metropolitana I (84,54% e 93,96%) e também o município do RJ (87,04% e 95,68% respectivamente).

Tabela 6 - Indicadores do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF em relação à prevenção do câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Processos de trabalho	Baia da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	Município do RJ	Metropolitana I (Sem RJ)
A equipe possui protocolos para CCU?	75,00%	49,09%	55,95%	95,86%	79,68%	28,13%	67,57%	55,07%	94,14%	73,33%
A equipe de AB realiza a coleta do ex.citopatológico na unidade?	100,00%	90,91%	100,00%	98,62%	98,93%	84,38%	94,59%	95,65%	99,69%	98,89%
Existe doc. que comprove?	100,00%	89,09%	98,81%	98,62%	97,33%	81,25%	94,59%	89,86%	98,46%	97,78%
A equipe de AB possui registro com o n° de mulheres c/ coleta atrasada de ex. citopatológico?	20,83%	45,45%	26,19%	70,34%	36,90%	25,00%	54,05%	46,38%	59,26%	35,56%
A equipe de AB possui registro de mulheres c/ ex.citopatológicos alterados?	83,33%	76,36%	57,14%	77,93%	66,84%	53,13%	81,08%	72,46%	87,04%	75,56%
A equipe de AB realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado?	66,67%	78,18%	72,62%	88,97%	84,49%	65,63%	86,49%	72,46%	95,68%	87,78%

Fonte: Elaboração própria

Em relação aos processos de trabalho de forma geral desenvolvidos em relação à prevenção ao câncer de colo de útero a região Noroeste apresentou os piores resultados, ou seja, quase a totalidade dos itens avaliados. Já os melhores resultados foram observados nas regiões da Baía da Ilha Grande, do Médio Paraíba e no município do Rio de Janeiro.

No Quadro 26, a seguir, pode-se observar a análise descritiva das perguntas referentes à adequação dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de ESF no ciclo 2 do PMAQ.

Quadro 26 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

(continua)

Módulo 2		Baia da Ilha Grande (55)	Baixada Litorânea (77)	Centro-Sul (101)	Médio Paraíba (185)	Metropolitana I (882)	Metropolitana II (341)	Noroeste (67)	Norte (55)	Serrana (118)	Estado RJ (1881)	Município do RJ (613)
A equipe possui o registro das mulheres elegíveis para exame citopatológico	Sim	35	57	66	118	652	201	9	29	76	1243	569
	%	63,6%	74,0%	65,3%	63,8%	73,9%	58,9%	13,4%	52,7%	64,4%	66,1%	92,8%
	Não	20	20	35	67	230	140	58	26	42	638	44
	%	36,4%	26,0%	34,7%	36,2%	26,1%	41,1%	86,6%	47,3%	35,6%	33,9%	7,2%
Existe documento que comprove?	Sim	45	69	90	179	804	308	49	41	103	1688	600
	%	88,2%	95,8%	91,8%	98,4%	95,8%	97,5%	84,5%	85,4%	96,3%	89,7%	98,0%
	Não	6	3	8	3	35	8	9	7	4	83	12
	%	11,8%	4,2%	8,2%	1,6%	4,2%	2,5%	15,5%	14,6%	3,7%	4,4%	2,0%
	NA	4	5	3	3	43	25	9	7	11	110	1
	%	7,3%	6,5%	3,0%	1,6%	4,9%	7,3%	13,4%	12,7%	9,3%	5,8%	0,2%
A equipe utiliza protocolos para CCU	Sim	43	43	80	176	683	175	14	15	75	1304	566
	%	78,2%	55,8%	79,2%	95,1%	77,4%	51,3%	20,9%	27,3%	63,6%	69,3%	92,3%
	Não	12	34	21	9	199	166	53	40	43	577	47
	%	21,8%	44,2%	20,8%	4,9%	22,6%	48,7%	79,1%	72,7%	36,4%	30,7%	7,7%

Fonte: Elaboração própria

Quadro 26 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

(conclusão)

Módulo 2		Baia da Ilha Grande (55)	Baixada Litorânea (77)	Centro -Sul (101)	Médio Paraíba (185)	Metropolitana I (882)	Metropolitana II (341)	Noroeste (67)	Norte (55)	Serrana (118)	Estado RJ (1881)	Município do RJ (613)
A equipe mantém registro dos usuários encaminhados para outros pontos de atenção- Citopatológico alterado	Sim	24	41	56	65	506	150	11	22	59	934	447
	%	43,6%	53,2%	55,4%	35,1%	57,4%	44,0%	16,4%	40,0%	50,0%	49,7%	72,9%
	Não	31	36	45	120	376	191	56	33	59	947	166
	%	56,4%	46,8%	44,6%	64,9%	42,6%	56,0%	83,6%	60,0%	50,0%	50,3%	27,1%
Exame citopatológico é coletados na unidade	Sim	51	66	96	179	855	323	59	39	104	1772	608
	%	92,7%	85,7%	95,0%	96,8%	96,9%	94,7%	88,1%	70,9%	88,1%	94,2%	99,2%
	Não	4	11	5	6	27	18	8	16	14	109	5
	%	7,3%	14,3%	5,0%	3,2%	3,1%	5,3%	11,9%	29,1%	11,9%	5,8%	0,8%

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados da avaliação dos processos de trabalho foram tabulados de acordo com os padrões de referência estabelecidos e os indicadores construídos no Quadro 27 a seguir:

Quadro 27 - Padrões de referência considerados e indicadores construídos para as perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF para a prevenção ao câncer de colo de útero

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
A equipe possui o registro do seu território: Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir registro no território Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero
Existe documento que comprove?	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir documento que comprove registro no território Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? CCU	Sim	% de EqAB que afirmaram utilizar protocolos para estratificação de risco para quais situações de CCU
A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção com Citopatológico alterado	Sim	% de EqAB que afirmaram manter registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção com Citopatológico alterado
Quais exames são realizados/coletados na unidade? ES - Exame citopatológico de colo de útero	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar Exame citopatológico de colo de útero

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a Tabela 7, a seguir, os profissionais ao serem questionados sobre a equipe possuir o registro do seu território das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero apenas 13,43% da região Noroeste afirmou possuir, enquanto na Baixada litorânea 74,13% e 92,72% do município do Rio de Janeiro das equipes realizam o registro das mulheres elegíveis. Porém, ao descrever se existe algum tipo de documento que comprove a realização dessa atividade 73,23% das equipes do Noroeste afirmaram ter, já na região do Médio Paraíba 96,76% e o município do RJ 97,88% das equipes possuem registro dessa atividade.

Sobre a equipe utilizar protocolos para estratificação de risco para o câncer de colo de útero também a região Noroeste (20,50%) foi a que menos utiliza, já a região do Médio Paraíba é a região que mais utiliza protocolos (95,24%).

Em relação à manutenção pela equipe do registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção no caso dos exames citopatológicos com resultado de alteração foi observado em todas as regiões uma baixa porcentagem dessa atividade, com destaque negativo para a região Noroeste com apenas 16,12% em contrapartida o município do Rio de Janeiro realiza essa atividade em 72,22%.

Para a realização e coleta do exame citopatológico de colo de útero na unidade na região do Médio Paraíba 96,76% e 99,32% no município do Rio de Janeiro das equipes afirmam realizar a coleta do exame na unidade e a região que menos realiza esse exame é a região Norte com 70,91% das unidades.

Tabela 7 - Indicadores do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF em relação à prevenção do câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

	Baia da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	Município do Rio de Janeiro	Metropolitana I (Sem RJ)
A equipe possui o registro das mulheres elegíveis para ex. citopatológico	62,64%	74,13%	65,15%	63,28%	58,94%	13,43%	52,93%	64,81%	92,72%	30,86%
Existe doc. que comprove?	81,52%	89,11%	89,11%	96,76%	90,82%	73,23%	74,15%	87,29%	97,88%	75,24%
A equipe utiliza protocolos para CCU	78,18%	56,84%	79,21%	95,24%	51,32%	20,50%	27,27%	63,56%	92,35%	43,49%
A equipe mantém registro dos usuárias encaminhadas para outros pontos de atenção c/Citopatológico alterado	43,24%	53,25%	55,35%	35,24%	43,99%	16,12%	40,00%	50, 24%	72,22%	21,53%
Ex. citopatológico de colo de útero é realizado/coletado na unidade	92,63%	85,71%	95,30%	96,76%	94,72%	88,51%	70,91%	88,45%	99,32%	91,12%

Fonte: Elaboração própria

Em relação aos processos de trabalho, novamente a região Noroeste apresentou os piores resultados, já o município do Rio de Janeiro e a região do Médio Paraíba se destacam por realizar uma porcentagem maior em relação às atividades avaliadas.

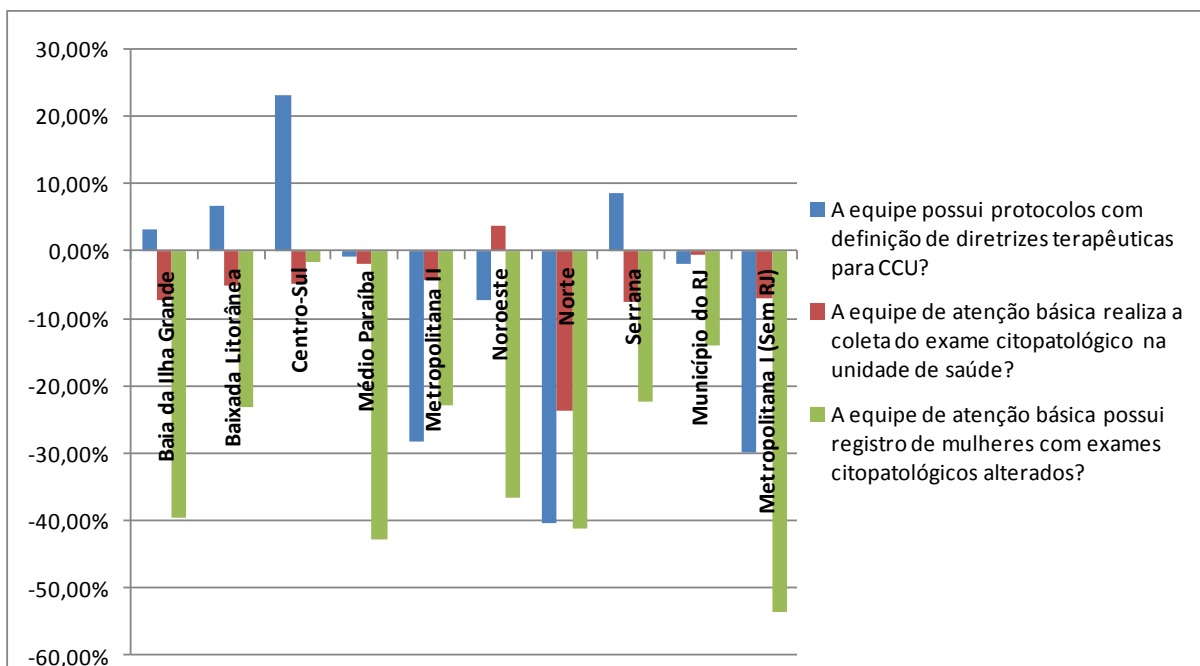
Comparação entre os indicadores do ciclo 1 e 2 do PMAQ referentes à adequação dos processos de trabalho de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF em relação à prevenção do câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Da mesma forma, como no item anterior, só foram comparados os indicadores presentes nos dois ciclos do PMAQ (de acordo com a compatibilização das variáveis do ciclo 1 e 2 apresentadas no Quadro 10), podendo ser observado no Gráfico 5, a seguir.

Observa-se uma piora no ciclo 2 em relação ao ciclo 1 que é significativa na execução dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes da ESF nas regiões do estado, com exceção para uma única atividade que é a utilização de protocolos e diretrizes para as ações relacionadas ao câncer de colo de útero para as regiões Baía da Ilha Grande; Baixada Litorânea; Centro Sul e Serrana.

Destaca-se como a piora mais acentuada a atividade de registro de mulheres com exames citopatológicos alterados, principalmente na região Metropolitana I (sem o município do Rio de Janeiro) e no Médio Paraíba.

Gráfico 5 - Diferença em relação aos indicadores do ciclo 1 e 2 que compõem as variáveis relacionadas à adequação dos processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF em relação à prevenção do câncer de colo de útero segundo regiões do estado e o município do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração própria.

5.2.1 Adequação das ações de educação em saúde com foco na prevenção primária ao Câncer de colo de útero

No Quadro 28, a seguir, é possível observar a análise descritiva das perguntas referentes à adequação das ações de educação em saúde referentes ao ciclo 1 do PMAQ.

Quadro 28 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação das atividades de educação em saúde com foco na prevenção do câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

(continua)

Módulo 2		Baia da Ilha Grande (24)	Baixada Litorânea (55)	Centro-Sul (84)	Médio Paraíba (145)	Metropolitana I (414)	Metropolitana II (187)	Noroeste (32)	Norte (37)	Serrana (69)	Estado RJ (1048)	Município do RJ (324)
Equipe programa ofertas de atividades prevenção de CCU	Sim	23	41	73	136	364	157	21	30	43	888	285
	%	95,8%	74,5%	86,9%	93,8%	87,9%	84,0%	65,6%	81,1%	62,3%	84,8%	88,0%
	Não	0	9	2	7	36	20	5	4	18	101	33
	%	0,0%	16,4%	2,4%	4,8%	8,7%	10,7%	15,6%	10,8%	26,1%	9,6%	10,2%
	NA	1	5	9	2	14	10	6	3	8	58	6
	%	4,2%	9,1%	10,7%	1,4%	3,4%	5,3%	18,8%	8,1%	11,6%	5,5%	1,9%
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	1,4%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	1,2%
A equipe de AB utiliza estratégias de sensibilização para realização do ex. citopatológico	Sim	9	28	55	96	295	96	12	20	25	636	244
	%	37,5%	50,9%	65,5%	66,2%	71,3%	51,3%	37,5%	54,1%	36,2%	60,7%	75,3%
	Não	15	21	26	44	93	86	18	14	37	354	65
	%	62,5%	38,2%	31,0%	30,3%	22,5%	46,0%	56,3%	37,8%	53,6%	33,8%	20,1%
	NA	0	6	3	5	26	5	2	3	7	57	15
	%	0,0%	10,9%	3,6%	3,4%	6,3%	2,7%	6,3%	8,1%	10,1%	5,4%	4,6%

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 28 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação das atividades de educação em saúde com foco na prevenção do câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

(conclusão)

Módulo 2		Baia da Ilha Grande (24)	Baixada Litorânea (55)	Centro -Sul (84)	Médio Paraíba (145)	Metropolitana I (414)	Metropolitana II (187)	Noroeste (32)	Norte (37)	Serrana (69)	Estado RJ (1048)	Município do RJ (324)
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde para Mulheres CCU	Sim	13	45	55	129	376	163	26	32	53	892	295
	%	54,2%	81,8%	65,5%	89,0%	90,8%	87,2%	81,3%	86,5%	76,8%	85,2%	91,0%
	Não	11	10	29	16	38	24	6	5	16	155	29
	%	45,8%	18,2%	34,5%	11,0%	9,2%	12,8%	18,8%	13,5%	23,2%	14,8%	9,0%
A equipe realiza programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva	Sim	8	32	35	111	347	136	18	28	49	764	279
	%	3,3%	58,2%	41,7%	76,6%	83,8%	72,7%	56,3%	75,7%	71,0%	73,0%	86,1%
	Não	16	23	49	34	67	51	14	9	20	283	45
	%	66,7%	41,8%	58,3%	23,4%	16,2%	27,3%	43,8%	24,3%	9,0%	27,0%	13,9%

Fonte: Elaboração própria.

As ações de educação em saúde foram analisadas segundo os padrões de referência e os indicadores construídos como apresentados no Quadro 29.

Quadro 29 - Padrões de referência considerados e indicadores construídos para as perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação das ações de educação em saúde com foco na prevenção primária ao câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
Equipe programa ofertas de atividades para a Prevenção e acompanhamento de CCU	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar programação para prevenção e acompanhamento de CCU
A equipe de AB utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do ex. citopatológico	Sim	% de EqAB que afirmaram utilizar estratégias de divulgação\sensibilização para realização do ex. citopatológico
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Mulheres CCU	Sim	% de EqAB que afirmaram ofertar ações educativas e de promoção à saúde direcionadas a mulheres com o tema de prevenção ao CCU
A equipe realiza estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar estratégia de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à oferta na ESF de ações de prevenção e acompanhamento de câncer do colo do útero, segundo os profissionais, a região que menos realiza esse tipo de atividade é a Serrana (62,32%) e a que mais oferta é a Baía de Ilha Grande (95,83%), como pode ser observado na Tabela 8, a seguir.

Quanto à utilização de estratégias de divulgação e sensibilização da realização do exame citopatológico, segundo os profissionais, a região que menos oferta esse tipo de atividade também é a Serrana (36,23%) e a que mais oferta é o município do Rio de Janeiro (75,31%) e a região do Médio Paraíba (66,21%).

Para a oferta de ações educativas direcionadas para mulheres com foco no câncer do colo do útero e de mama e a realização de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, a região que segundo os profissionais da ESF, que menos realiza essas atividades é a Baía de Ilha Grande (54,17% e 33,33% respectivamente) e a região que mais realiza as ações educativas é a região Metropolitana I com 90,00% e o município do RJ com 91,05%, já a realização de programas

educativos é observado em 76,55% das unidades da região do Médio Paraíba e 86,11% das unidades do município do Rio de Janeiro.

Tabela 8 - Indicadores do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de atividades de educação em saúde com foco na prevenção do câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Processos de trabalho	Baia da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	Município do RJ	Metropolitana I (Sem RJ)
Para quais grupos a equipe programa ofertas de Prevenção de CCU	95,83%	74,55%	86,90%	93,79%	83,96%	65,63%	81,08%	62,32%	87,96%	87,78%
A equipe de AB utiliza estratégias de sensibilização para realização do ex. citopatológico?	37,50%	50,91%	65,48%	66,21%	51,34%	37,50%	54,05%	36,23%	75,31%	56,67%
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde para Mulheres (CCU)	54,17%	81,82%	65,48%	88,97%	87,17%	81,25%	86,49%	76,81%	91,05%	90,00%
A equipe realiza programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva	33,33%	58,18%	41,67%	76,55%	72,73%	56,25%	75,68%	71,01%	86,11%	75,56%

Fonte: Elaboração própria

Em resumo, nas atividades de educação em saúde, as regiões que menos as executam são as regiões Serrana e Baía da Ilha Grande e as que mais desenvolvem essas atividades são o Médio Paraíba e o município do Rio de Janeiro.

No Quadro 30, a seguir, pode-se observar a análise descritiva das perguntas referentes à adequação das ações de educação em saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF no ciclo 2 do PMAQ.

Quadro 30 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação das atividades de educação em saúde com foco na prevenção do câncer de colo de útero, segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Módulo 2		Baia da Ilha Grande (55)	Baixada Litorânea (77)	Centro -Sul (101)	Médio Paraíba (185)	Metropolitana I (882)	Metropolitana II (341)	Noroeste (67)	Norte (55)	Serrana (118)	Estado RJ (1881)	Município do RJ (613)
A equipe oferta ações educativas direcionadas a Mulheres (CCU)	Sim	41	54	56	116	697	227	30	40	76	1337	514
	%	77,4%	79,4%	58,3%	63,4%	81,7%	71,8%	51,7%	83,3%	70,4%	71,1%	85,0%
	Não	12	14	40	67	156	89	28	8	32	446	91
	%	22,6%	20,6%	41,7%	36,6%	18,3%	28,2%	48,3%	16,7%	29,6%	23,7%	15,0%
	NA	2	9	5	2	29	25	9	7	10	98	8
	%	3,6%	11,7%	5,0%	1,1%	3,3%	7,3%	13,4%	12,7%	8,5%	5,2%	1,3%
A equipe oferta ações educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva	Sim	40	47	42	102	667	187	27	27	62	1201	510
	%	75,5%	69,1%	43,8%	55,7%	78,2%	59,2%	46,6%	56,3%	57,4%	63,8%	84,3%
	Não	13	21	54	81	186	129	31	21	46	582	95
	%	24,5%	30,9%	56,3%	44,3%	21,8%	40,8%	53,4%	43,8%	42,6%	30,9%	15,7%
	NA	2	9	5	2	29	25	9	7	10	98	8
	%	3,6%	11,7%	5,0%	1,1%	3,3%	7,3%	13,4%	12,7%	8,5%	5,2%	1,3%

Fonte: Elaboração própria.

As ações de educação em saúde foram tabuladas segundo os padrões de referência e os indicadores construídos estão apresentados no Quadro 31:

Quadro 31 - Padrões de referência considerados e os indicadores construídos para as perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação das ações de educação em saúde com foco na prevenção primária ao câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)	Sim	% de EqAB que afirmaram ofertar ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva	Sim	% de EqAB que afirmaram ofertar ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva

Fonte: Elaboração própria.

Analisando os dados do ciclo 2 do PMAQ, a pior região em relação à oferta de ações educativas direcionadas a mulheres com foco no câncer de colo de útero e a oferta de ações educativas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva é a Noroeste apresentando as seguintes porcentagens nas duas variáveis analisadas: 44,13% e 41,30% respectivamente, já a melhor região é a Baía da Ilha Grande apresentando 76,55% e 73,73%. Vale destacar que o município do Rio de Janeiro apresenta resultado bem distinto com 83,05% e 82,20% em relação ao desenvolvimento das ações de educação em saúde, como observado na Tabela 9.

Tabela 9 - Indicadores do ciclo 2 do PMAQ, referentes à realização de atividades de educação em saúde com foco na prevenção do câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

	Baia da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	Município do Rio de Janeiro	Metropolitana I (Sem RJ)
A equipe oferta ações educativas direcionadas a Mulheres (CCU)	76,55%	70,87%	55,15%	62,70%	66,57%	44,13%	72,73%	64,41%	83,05%	68,03%
A equipe oferta ações educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva	73,73%	61,04%	42,58%	55,14%	54,84%	41,30%	49,09%	50,54%	82,20%	58,36%

Fonte: Elaboração própria.

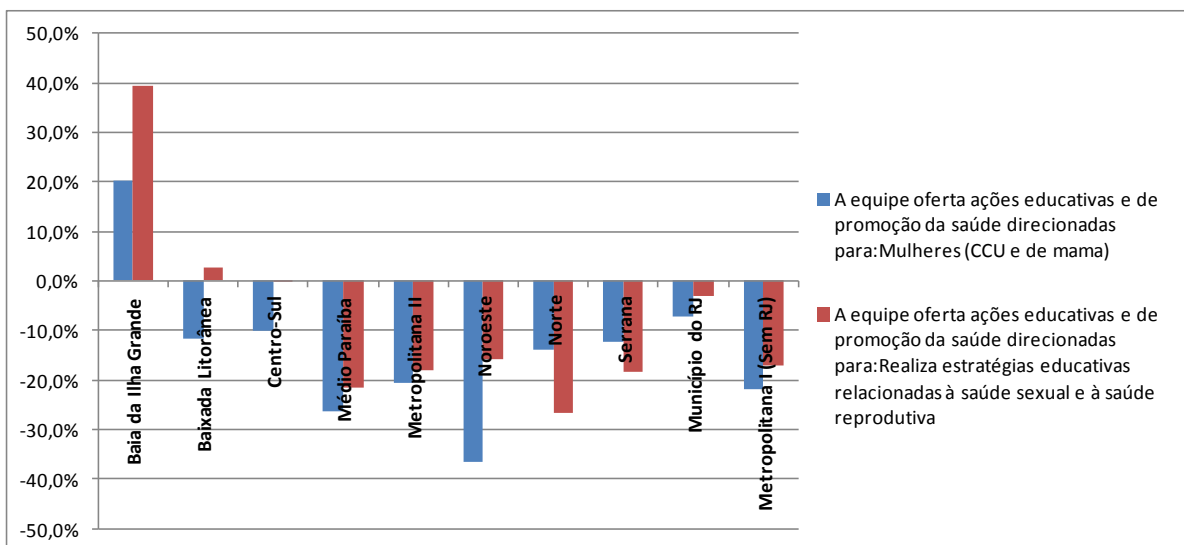
A região que menos executa as atividades de educação é a região Noroeste e a que mais realiza esse tipo de atividade é a região da Baía da Ilha Grande e o município do Rio de Janeiro.

Comparação entre os indicadores do ciclo 1 e 2 do PMAQ em relação a adequação das atividades de educação em saúde

Em relação às atividades de educação em saúde todas as regiões apresentaram expressiva piora em relação às variáveis analisadas, a exceção foi a região da Baía da Ilha Grande que obteve melhora nas duas atividades comparadas.

A piora mais acentuada foi na região Noroeste, como pode ser observado no Gráfico 6, a seguir:

Gráfico 6 - Diferença em relação aos indicadores do ciclo 1 e 2 que compõem as variáveis relacionadas à adequação da realização de ações de educação em saúde segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração própria.

5.2.2 Adequação da realização de Visitas Domiciliares e busca ativa de mulheres

No Quadro 32, a seguir, pode-se observar a análise descritiva dos dados do ciclo 1 do PMAQ das perguntas referentes a adequação das ações de realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres.

Quadro 32 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do Câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Módulo 2		Baia da Ilha Grande (24)	Baixada Litorânea (55)	Centro-Sul (84)	Médio Paraíba (145)	Metropolitana I (414)	Metropolitana II (187)	Noroeste (32)	Norte (37)	Serrana (69)	Estado RJ (1048)	Município do RJ (324)
Nas VD dos ACS, é realizada busca ativa de Mulheres elegíveis para realização do ex. citopatológico	Sim	17	32	74	137	366	154	27	27	52	886	289
	%	70,8%	58,2%	88,1%	94,5%	88,4%	82,4%	84,4%	73,0%	75,4%	84,6%	89,2%
	Não	7	22	10	8	47	33	5	9	15	156	34
	%	29,2%	40,0%	11,9%	5,5%	11,4%	17,6%	15,6%	24,3%	21,7%	14,9%	10,5%
	NA	0	1	0	0	1	0	0	1	2	5	1
	%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	2,7%	2,9%	0,5%	0,3%
Nas vd dos ACS, é realizada busca ativa de Mulheres com coleta do ex. citopatológico em atraso	Sim	18	34	71	130	339	144	24	29	48	837	268
	%	75,0%	61,8%	84,5%	89,7%	81,9%	77,0%	75,0%	78,4%	69,6%	79,9%	82,7%
	Não	6	20	13	15	74	43	8	7	19	205	55
	%	25,0%	36,4%	15,5%	10,3%	17,9%	23,0%	25,0%	18,9%	27,5%	19,6%	17,0%
	NA	0	1	0	0	1	0	0	1	2	5	1
	%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	2,7%	2,9%	0,5%	0,3%
Nas vd dos ACS, é realizada busca ativa de Mulheres com resultados do ex. citopatológico alterado	Sim	22	36	57	135	370	155	25	32	54	886	294
	%	91,7%	65,5%	67,9%	93,1%	89,4%	82,9%	78,1%	86,5%	78,3%	84,6%	90,7%
	Não	2	18	27	10	43	32	7	4	13	156	29
	%	8,3%	32,7%	32,1%	6,9%	10,4%	17,1%	21,9%	10,8%	18,8%	14,9%	9,0%
	NA	0	1	0	0	1	0	0	1	2	5	1
	%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	2,7%	2,9%	0,5%	0,3%

Fonte: Elaboração própria.

As ações de realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres foram tabuladas segundo os padrões de referência e os indicadores construídos e estão apresentadas no Quadro 33:

Quadro 33 - Padrões de referência considerados e os indicadores construídos para as perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
Nas VD dos ACS, é realizada busca ativa no território de: Mulheres elegíveis para realização do ex citopatológico	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar na VD a busca ativa no território de: Mulheres elegíveis para realização do ex citopatológico
Nas VD dos ACS, é realizada busca ativa no território de: Mulheres com coleta do ex citopatológico em atraso	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar na VD busca ativa no território de: Mulheres com coleta do ex citopatológico em atraso
Nas VD dos ACS, é realizada busca ativa no território de: Mulheres com resultados do ex citopatológico alterado	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar na VD busca ativa no território de: Mulheres com resultados do ex citopatológico alterado

Fonte: Elaboração própria.

Na realização da visita domiciliar por parte dos ACSs da ESF para realização de busca ativa para mulheres elegíveis para realização do exame citopatológico; com coleta do exame citopatológico em atraso; com resultados do exame citopatológico alterado, os melhores resultados foram a região Médio Paraíba (94,48%, 89,66% e 93,10%) e os piores resultados são registrados na região da Baixada Litorânea (58,18%, 61,82%, 65,45%). Esses dados podem ser observados na Tabela 10:

Tabela 10 - Indicadores do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do Câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Processos de trabalho	Baia da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	Município do RJ	Metropolitana I (Sem RJ)
Nas VDs dos ACS, é realizada busca ativa no território de mulheres elegíveis para realização do ex. citopatológico	70,83%	58,18%	88,10%	94,48%	82,35%	84,38%	72,97%	75,36%	89,20%	85,56%
Nas VDs dos ACS, é realizada busca ativa de mulheres com coleta do ex. citopatológico em atraso	75,00%	61,82%	84,52%	89,66%	77,01%	75,00%	78,38%	69,57%	82,72%	78,89%
Nas VDs dos ACS, é realizada busca ativa de mulheres com resultados do ex. citopatológico alterado	91,67%	65,45%	67,86%	93,10%	82,89%	78,13%	86,49%	78,26%	90,74%	84,44%

Fonte: Elaboração própria.

Na realização das visitas domiciliares a região que novamente se destacou foi o Médio Paraíba e a região que menos desempenha essas atividades é a Baixada Litorânea.

No Quadro 34, a seguir, pode-se observar a análise descritiva das perguntas referentes à adequação das ações de realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres do ciclo 2.

Quadro 34 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do Câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Módulo 2		Baia da Ilha Grande (55)	Baixada Litorânea (77)	Centro -Sul (101)	Médio Paraíba (185)	Metropolitana I (882)	Metropolitana II (341)	Noroeste (67)	Norte (55)	Serran a (118)	Estado RJ (1881)	Municípi o do RJ (613)
A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: CCU	Sim	36	61	36	80	621	202	27	37	84	1184	473
	%	65,5%	79,2%	35,6%	43,2%	70,4%	59,2%	40,3%	67,3%	71,2%	62,9%	77,2%
	Não	19	16	65	105	261	139	40	18	34	697	140
	%	34,5%	20,8%	64,4%	56,8%	29,6%	40,8%	59,7%	32,7%	28,8%	37,1%	22,8%
A equipe realiza busca ativa dos Citopatológico atrasados	Sim	37	60	54	141	638	224	22	33	90	1299	478
	%	67,3%	77,9%	53,5%	76,2%	72,3%	65,7%	32,8%	60,0%	76,3%	69,1%	78,0%
	Não	18	17	47	44	244	117	45	22	28	582	135
	%	32,7%	22,1%	46,5%	23,8%	27,7%	34,3%	67,2%	40,0%	23,7%	30,9%	22,0%

Fonte: Elaboração própria.

As ações de realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres foram tabuladas segundo os padrões de referência estabelecidos e os indicadores construídos estão apresentados no Quadro 35:

Quadro 35 - Padrões de referência considerados e os indicadores construídos para as perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Câncer do colo do útero.	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar busca ativa em relação Câncer do colo do útero
A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Citopatológico atrasado.	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar busca ativa em relação a Citopatológico atrasado

Fonte: Elaboração própria.

Em relação a visitas domiciliares, segundo os dados do ciclo 2 do PMAQ, as regiões que menos realizam esse tipo de atividade são a Centro sul (34,64%) a Noroeste (32,14%) e a melhor região, a Baixada Litorânea (79,92 e 77,42%), de acordo com a Tabela 11, a seguir:

Tabela 11 - Indicadores do ciclo 2 do PMAQ referentes à realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres com foco na prevenção do câncer de colo de útero segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

	Baia da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	Município do Rio de Janeiro	Metropolitana I (Sem RJ)
A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: CCU	63,45%	79,92%	34,64%	43,24%	59,24%	40,30%	67,27%	71,19%	77,82%	55,02%
A equipe realiza busca ativa dos Citopatológicos atrasados	67,27%	77,42%	53,47%	74,22%	65,69%	32,14%	60,00%	76,27%	77,58%	59,48%

Fonte: Elaboração própria.

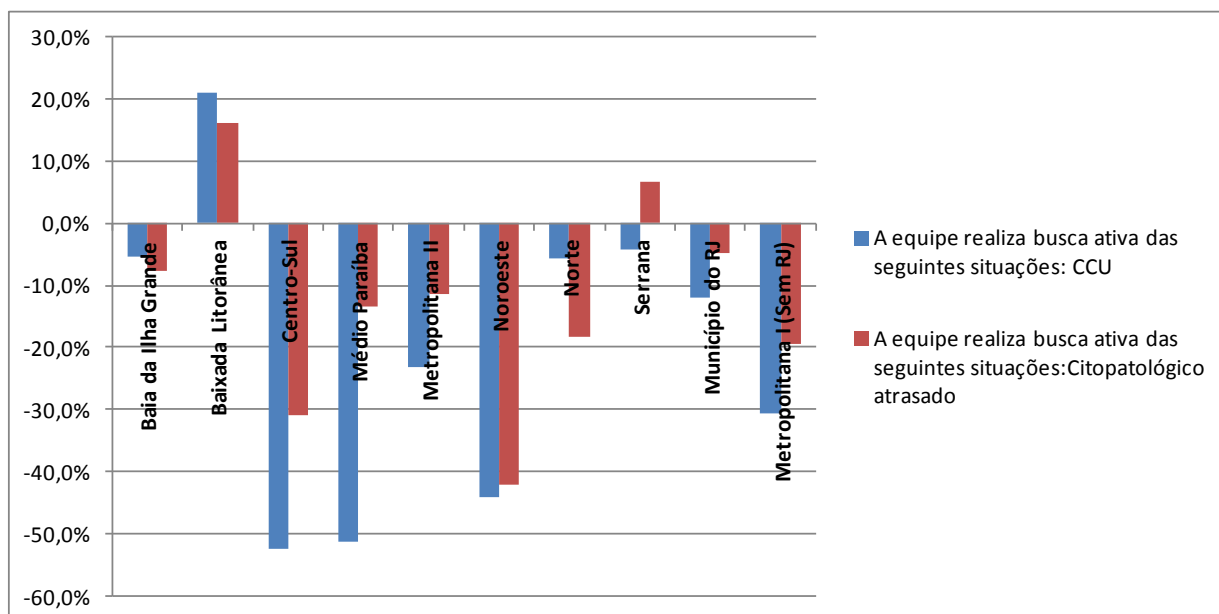
A região que menos desempenha essa atividade é a região Noroeste e a que mais executa esse tipo de atividade é a região da Baixada Litorânea e o município do Rio de Janeiro.

Comparação entre os indicadores do ciclo 1 e 2 do PMAQ

Em relação às atividades de realização de visitas domiciliares, todas as regiões apresentaram expressiva piora levando-se em conta as variáveis analisadas, a exceção foi a região da Baixada Litorânea para ambas atividades analisadas e região Serrana em relação a uma variável estudada, como pode ser observada no Gráfico 7, a seguir.

Vale ressaltar que as pioras mais acentuadas foram para as regiões Centro Sul e Médio Paraíba.

Gráfico 7 - Diferença em relação aos indicadores do ciclo 1 e 2 que compõem as variáveis relacionadas à adequação da realização de visitas domiciliares e busca ativa de mulheres segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração própria.

5.2.3 Adequação do acompanhamento de gestantes

No Quadro 36, a seguir, pode-se observar a análise descritiva das perguntas referentes à adequação das ações de acompanhamento a gestantes do ciclo 1 do PMAQ.

Quadro 36 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de atividade com foco na prevenção do Câncer de colo de útero em gestantes segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Módulo 2		Baia da Ilha Grande (24)	Baixada Litorânea (55)	Centro-Sul (84)	Médio Paraíba (145)	Metropolitana I (414)	Metropolitana II (187)	Noroeste (32)	Norte (37)	Serrana (69)	Estado RJ (1048)	Município do RJ (324)
No acompanhamento das gestantes, há registro da Coleta de ex citopatológico	Sim	20	43	54	112	385	163	9	27	54	867	311
	%	83,3%	78,2%	64,3%	77,2%	93,0%	87,2%	28,1%	73,0%	78,3%	82,8%	96,0%
	Nã o	4	12	30	33	29	24	23	10	15	180	13
	%	16,7%	21,8%	35,7%	22,8%	7,0%	12,8%	71,9%	27,0%	21,7%	17,2%	4,0%

Fonte: Elaboração própria.

As ações de acompanhamento a gestantes foram tabuladas segundo os padrões de referência e o indicador construído está disposto no Quadro 37, a seguir:

Quadro 37 - Padrões de referência e indicador construído para a pergunta do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação do acompanhamento a gestantes com foco na prevenção do câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre Coleta de ex citopatológico realizada na gestante	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar no acompanhamento da gestante o exame citopatológico

Fonte: Elaboração própria.

Os profissionais da região Noroeste afirmam apenas realizar esse tipo de acompanhamento com registro da coleta do exame citopatológico realizado em apenas 28,13% das unidades e contrapartida 95,99% das unidades do município do Rio de Janeiro e 87,17% das unidades da região metropolitana II afirmaram realizar essa atividade, como observado na Tabela 12, a seguir:

Tabela 12 - Indicadores do ciclo 1 do PMAQ referentes à adequação da realização de atividade com foco na prevenção do câncer de colo de útero em gestantes segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Processos de trabalho	Baia da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	Município do RJ	Metropolitana I (Sem RJ)
No acompanhamento das gestantes, há registro de Coleta de ex. citopatológico realizada	83,33%	78,18%	64,29%	77,24%	87,17%	28,13%	72,97%	78,26%	95,99%	82,22%

Fonte: Elaboração própria.

No Quadro 38, a seguir, pode-se observar a análise descritiva das perguntas referentes à adequação das ações de acompanhamento a gestantes.

Quadro 38 - Análise descritiva das perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação da realização de atividade com foco na prevenção do câncer de colo de útero em gestantes segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

Módulo 2		Baia da Ilha Grande (55)	Baixada Litorânea (77)	Centro-Sul (101)	Médio Paraíba (185)	Metropolitana I (882)	Metropolitana II (341)	Noroeste (67)	Norte (55)	Serrana (118)	Estado RJ (1881)	Município do RJ (613)
No acompanhamento das gestantes há registro sobre: Coleta de citopatológico	Sim	43	68	36	112	725	222	21	37	90	1354	581
	%	78,2%	88,3%	35,6%	60,5%	82,2%	65,1%	31,3%	67,3%	76,3%	72,0%	94,8%
	Não	12	9	65	73	157	119	46	18	28	527	32
	%	21,8%	11,7%	64,4%	39,5%	17,8%	34,9%	68,7%	32,7%	23,7%	28,0%	5,2%
A equipe recebe os ex.das gestantes do território em tempo oportuno	Sim, todos os exames	40	54	64	134	670	179	22	26	76	1265	522
	%	72,7%	70,1%	63,4%	72,4%	76,0%	52,5%	32,8%	47,3%	64,4%	67,3%	85,2%
	Sim, alguns exames	11	20	31	46	172	136	17	16	31	480	78
	%	20,0%	26,0%	30,7%	24,9%	19,5%	39,9%	25,4%	29,1%	26,3%	25,5%	12,7%
	Não	4	3	6	5	40	26	28	13	11	136	13
	%	7,3%	3,9%	5,9%	2,7%	4,5%	7,6%	41,8%	23,6%	9,3%	7,2%	2,1%

Fonte: Elaboração própria.

As ações de acompanhamento a gestantes foram tabuladas segundo os padrões de referência apresentados no Quadro 39 a seguir:

Quadro 39 - Padrões de referência considerados e indicadores construídos para as perguntas do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação do acompanhamento a gestantes com foco na prevenção do câncer de colo de útero desenvolvidas pelas equipes da ESF

Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre Coleta de exame citopatológico realizada na gestante	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir registro sobre Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	Sim, todos os exames	% de EqAB que afirmaram receber os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os dados do ciclo 2 do PMAQ, em relação ao acompanhamento das gestantes e o registro da coleta do exame citopatológico, a região que menos realiza essa atividade é a Noroeste (30,34%) e as regiões que mais realizam essa atividade é a Baixada Litorânea (87,23%) e o município do Rio de Janeiro 94,78%. Esses resultados podem ser mais bem analisados a partir dos dados da Tabela 13, a seguir.

Já se a equipe recebe os exames citopatológicos das gestantes em tempo oportuno também a região Noroeste é a que menos recebe os exames em tempo oportuno (30,28%) e as que recebem os exames em tempo adequado é a Baía da Ilha Grande (72,17%) e o município do Rio de Janeiro (84,15%).

Tabela 13 - Indicadores do ciclo 2 do PMAQ referentes à adequação da realização de atividade com foco na prevenção do Câncer de colo de útero em gestantes segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro

	Baia da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	Município do Rio de Janeiro	Metropolitana I (Sem RJ)
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre coleta de citopatológico	78,18%	87,23%	35,64%	60,64%	65,10%	30,34%	67,43%	76,27%	94,22%	53,53%
A equipe recebe ex. das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	72,17%	70,13%	63,37%	72,24%	52,19%	30,28%	47,27%	64,41%	84,15%	55,02%

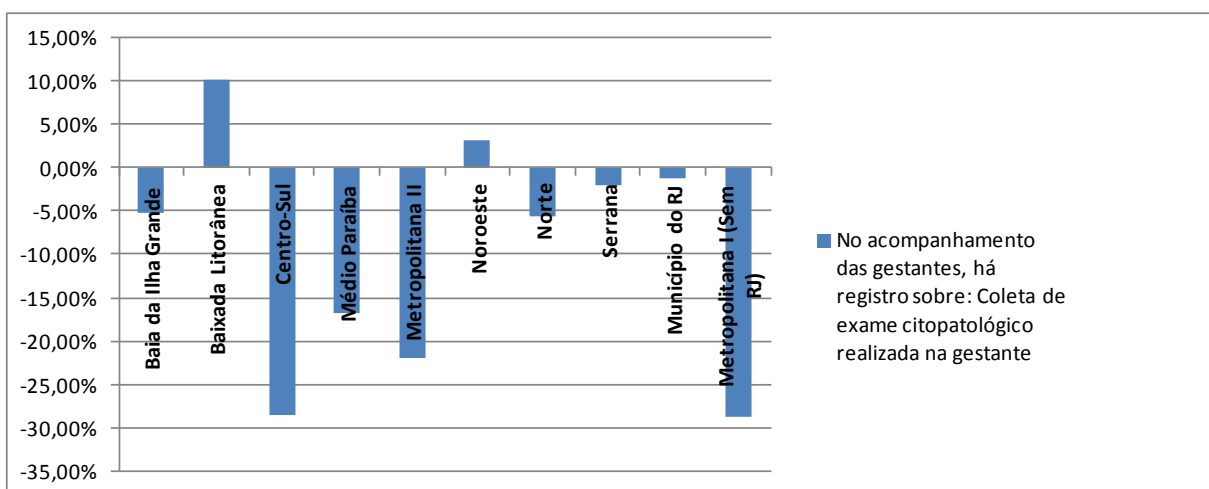
Fonte: Elaboração própria.

Comparação entre os indicadores do ciclo 1 e 2 do PMAQ

Em relação à comparação dos dados do ciclo 1 e do ciclo 2 do PMAQ, a atividade de acompanhamento das gestantes em todas as regiões apresentaram expressiva piora em relação às variáveis analisadas, a exceção foi a região da Baixada Litorânea e a região Noroeste em relação a uma variável estudada.

Vale ressaltar que as pioras mais acentuadas foram para as regiões Centro Sul e Metropolitana I, como observado no Gráfico 8, a seguir:

Gráfico 8 - Diferença em relação aos indicadores do ciclo 1 e 2 que compõem as variáveis relacionadas à adequação do acompanhamento de gestantes segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração própria.

5.3 RESOLUTIVIDADE DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CANCER DE COLO DE ÚTERO NA ATENÇÃO BÁSICA

Vale ressaltar que os dados relativos à dimensão resolutividade não expressam as ações realizadas pelas equipes de AB participantes dos ciclos 1 e 2 do PMAQ no estado do Rio de Janeiro. Os dados dessa dimensão abrangem o estado como um todo, mesmo que a amostra das equipes participantes seja representativa do total de equipes de AB presentes no estado, ainda assim não é possível atribuir tais resultados especificamente as respostas das equipes analisadas no PMAQ.

A seguir, os dados serão apresentados segundo a resolutividade das ações de prevenção do câncer de colo de útero desempenhadas pela AB, com destaque para as ações de

vacinação contra HPV, através da quantidade de doses do imuno HPV aplicadas e a cobertura populacional da vacina em relação ao público alvo e a realização do exame citopatológico, por meio da razão de exame citopatológico de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos, o quantitativo de atendimento para coleta de preventivo e o quantitativo de solicitações de exames citopatológicos em unidade de atenção básica.

Os resultados serão apresentados seguindo a mesma lógica da outra etapa do estudo, ou seja, segundo as regiões de saúde do estado e do município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2014.

a) Prevenção primária: Vacinação contra HPV

A vacina de HPV foi implementada oficialmente no âmbito nacional no calendário vacinal em 2014, porém muitos municípios e estados já haviam incluído essa vacina nas rotinas nos estabelecimentos de saúde anterior a essa data.

Vale ressaltar que a inclusão nacional dessa vacina apenas em 2014 explica a incompletude dos dados apresentados, já que o período de análise do presente de estudo é de 2011 a 2014 (não sendo possível traçar série histórica como os demais dados apresentados na tese).

Como observado na Tabela 14, a seguir, ainda que com problemas na disponibilidade dos dados, identifica-se aumento da administração de doses aplicadas do imuno HPV quadrivalente em todas as regiões do estado e no município do Rio de Janeiro, justamente por passar a ser parte do calendário vacinal.

Tabela 14 - Quantitativo de doses aplicadas do imuno HPV quadrivalente segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro no período de 2012 a 2014

Regiões de saúde do estado e município do Rio de Janeiro	Anos		
	2012	2013	2014
Baia da Ilha Grande	6598	-	7677
Baixada Litorânea	18513	-	25726
Centro-Sul	7242	-	14259
Médio Paraíba	19578	17	25477
Metropolitana I	241788	1	364506
Rio de Janeiro	151887	1	239658
Metropolitana II	44343	-	56166
Noroeste	7707	2	11939

Norte	11112	48410	25693
Serrana	22067	1	31068
Estado do Rio de Janeiro	378948	48431	562511

Fonte: Programa Nacional de Imunizações (BRASIL, 2016).

Outra informação importante para acompanhar a vacinação de HPV é a cobertura populacional desta. A meta estipulada pelo Ministério da Saúde é de vacinar pelo menos 80% da população alvo para alcançar o objetivo de reduzir a incidência do câncer de colo de útero nas próximas décadas no país, sendo assim, a vacinação, em conjunto com o exame preventivo, se complementam como ações de prevenção deste câncer.

Vale ressaltar que mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada, deverão realizar o exame preventivo, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV.

Sobre a cobertura vacinal do HPV pode ser observado nas Tabelas 15 e 16, e os únicos dados disponíveis se referem ao ano de 2014. Inicialmente, a faixa etária da campanha vacinal foi de meninas de 11 a 13 anos, depois, o MS ampliou a faixa para meninas de 9 a 13 anos.

Observa-se que na primeira dose (Tabela 15) a cobertura alcançada é superior à meta estipulada pelo MS (menos para região Bahia de Ilha Grande na cobertura para idade de 12 anos), o problema é justamente na segunda dose, que é o reforço da imunização administrada seis meses após a primeira dose (Tabela 16), demonstrando uma redução drástica, em que ao contrário da primeira dose apenas uma região alcança a meta estabelecida pelo MS (região Centro Sul).

Tabela 15 - Cobertura Vacinal HPV- Quadrivalente Dose 1 - Sexo feminino de 11 a 13 anos de idade segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro no ano de 2014

	11 anos			12 anos			13 anos			Total		
	população	doses	cobertura	população	doses	cobertura	população	doses	cobertura	população	doses	cobertura
Serrana	7404	7364	99,46	7601	7020	92,36	6372	7135	111,97	21377	21519	100,66
Médio Paraíba	6829	6547	95,87	7043	6292	89,34	5900	6507	110,29	19772	19346	97,85
Rio de Janeiro	46178	51766	112,1	47478	43406	91,42	39659	47328	119,34	133315	142500	106,89
Metropolitana I	79289	79315	100,03	81599	72412	88,74	68053	81049	119,1	228941	232776	101,68
Metropolitana II	15199	16576	109,06	15691	15028	95,77	13117	16091	122,67	44007	47695	108,38
Norte Fluminense	7334	11757	160,31	7525	10187	135,38	6299	8923	141,66	21158	30867	145,89
Baixada Litorânea	6207	6098	98,24	6357	5729	90,12	5292	5630	106,39	17856	17457	97,77
Noroeste	2492	2232	89,57	2549	2153	84,46	2131	2648	124,26	7172	7033	98,06
Centro Sul	2637	2382	90,33	2735	2234	81,68	2291	2620	114,36	7663	7236	94,43
Baia da Ilha Grande	2354	1923	81,69	2411	1770	73,41	1996	1842	92,28	6761	5535	81,87
Estado	129745	134194	103,43	133511	122825	92	111451	132445	118,84	374707	389464	103,94

Fonte: Programa Nacional de Imunização (BRASIL, 2016).

Tabela 16 - Coberturas vacinais - HPV Quadrivalente Dose 2 - Sexo feminino de 11 a 14 anos de idade segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro no ano de 2014

	11 anos			12 anos			13 anos			14 anos			Total		
	população	doses	cobertura	população	doses	cobertura	população	doses	cobertura	população	doses	cobertura	população	doses	cobertura
Serrana	7404	2071	55,9	7601	4311	56,72	6372	4534	71,16	5692	781	20,56	21477	11697	54,46
Médio Paraíba	6829	2098	61,38	7043	3033	43,06	5900	3295	55,85	5258	726	20,7	19868	9152	46,06
Rio de Janeiro	46178	19356	83,83	47478	32474	68,4	39659	33748	85,1	35231	14516	61,8	133714	100094	74,86
Metropolitana I	79289	27748	69,99	81599	44933	55,07	68053	48076	70,64	60231	17215	42,87	229452	137972	60,13
Metropolitana II	15199	4069	53,53	15691	7468	47,59	13117	8098	61,74	11627	2386	30,78	44163	22021	49,86
Norte Fluminense	7334	4543	123,82	7525	5021	66,72	6299	4550	72,23	5622	2701	72,01	21244	16815	79,15
Baixada Litorânea	6207	2038	65,64	6357	2987	46,99	5292	2854	53,93	4673	602	19,31	17872	8481	47,45
Noroeste	2492	776	62,13	2549	1550	60,81	2131	1992	93,48	1897	204	16,08	7198	4522	62,82
Centro Sul	2637	1685	127,55	2735	2401	87,79	2291	2569	112,13	2030	417	30,75	7703	7072	91,81
Baía da Ilha Grande	2354	452	38,4	2411	755	31,31	1996	794	39,78	1746	181	15,54	6749	2182	32,33
Estado	129745	45480	70,09	133511	72459	54,27	111451	76762	68,88	98776	25213	38,28	375726	219914	58,53

Fonte: Programa Nacional de Imunização (BRASIL, 2016).

b) Prevenção secundária: Detecção precoce e rastreamento

Uma importante forma de analisar a realização do exame citopatológico é através da razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.

Esse indicador tem como objetivo fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de colo de útero, com isso, a meta relacionada a esse indicador é ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos, como preconizado pelo MS.

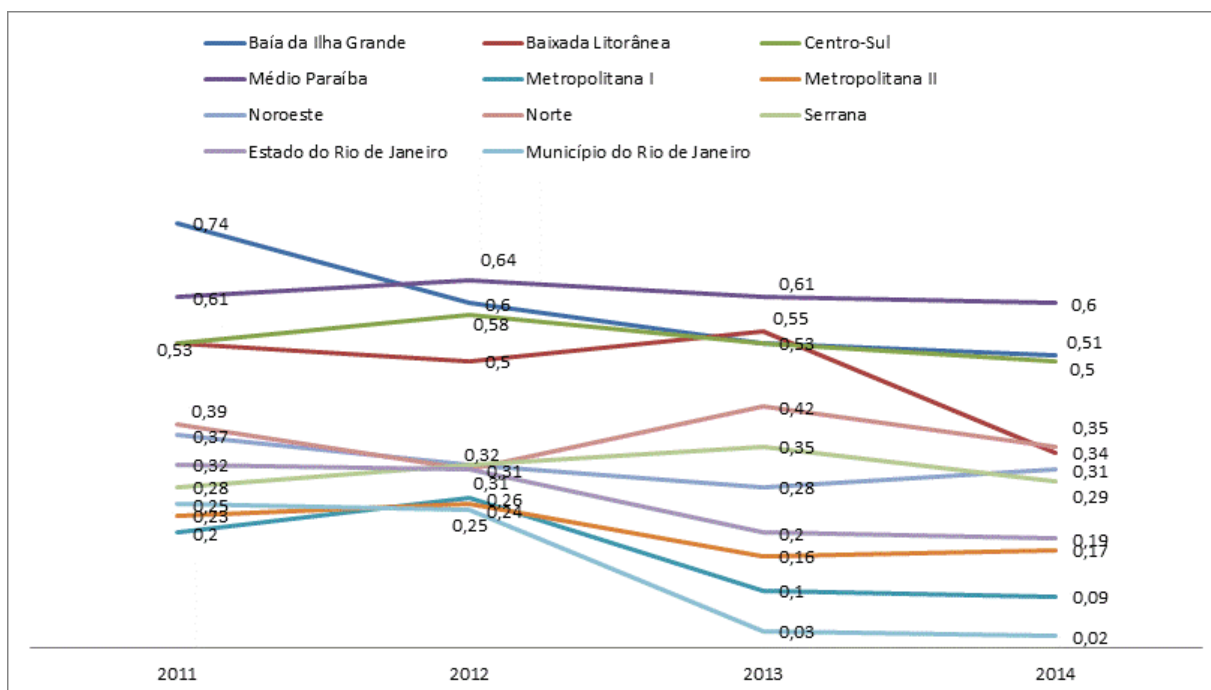
Esse indicador é relevante, pois contribui na avaliação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária recomendada assim como permite análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

O parâmetro para análise é 1, a seguir, no Gráfico 9 é possível observar como a razão de exames citopatológicos no estado do Rio de Janeiro e no município do Rio de Janeiro são bastante distantes desse parâmetro de análise estabelecido.

As regiões que apresentam as maiores razões do exame são o Médio Paraíba (0,6) e a Baía de Ilha Grande (0,51), já as menores razões de exame citopatológicos são: a região Metropolitana I (0,09) e o município do Rio de Janeiro (0,02).

Todas as regiões declinaram de 2011 a 2014, a razão de exame citopatológico, a única exceção foi a região Serrana, dentre os que apresentaram o maior declínio foram a região da Baía de Ilha Grande e o município do Rio de Janeiro, em contrapartida os que menos declinaram a razão de citopatológico foram a região do Médio Paraíba e Centro Sul.

Gráfico 9 - Série histórica de razão de exame citopatológico de colo útero em mulheres de 25 a 64 anos, segundo as regiões de saúde do estado e o município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014



Fonte: Secretaria de estado do Rio de Janeiro – Ministério da Saúde (RIO DE JANEIRO, 2016).

Esse indicador apresenta algumas limitações, pois se refere apenas à população que realiza o exame citopatológico no SUS (não incluindo as mulheres que realizam o exame no setor privado), por ser elaborado para um terço da população alvo, a avaliação de seu resultado é dependente da adesão à periodicidade trienal, além disso, considera o número de exames e não o de mulheres examinadas.

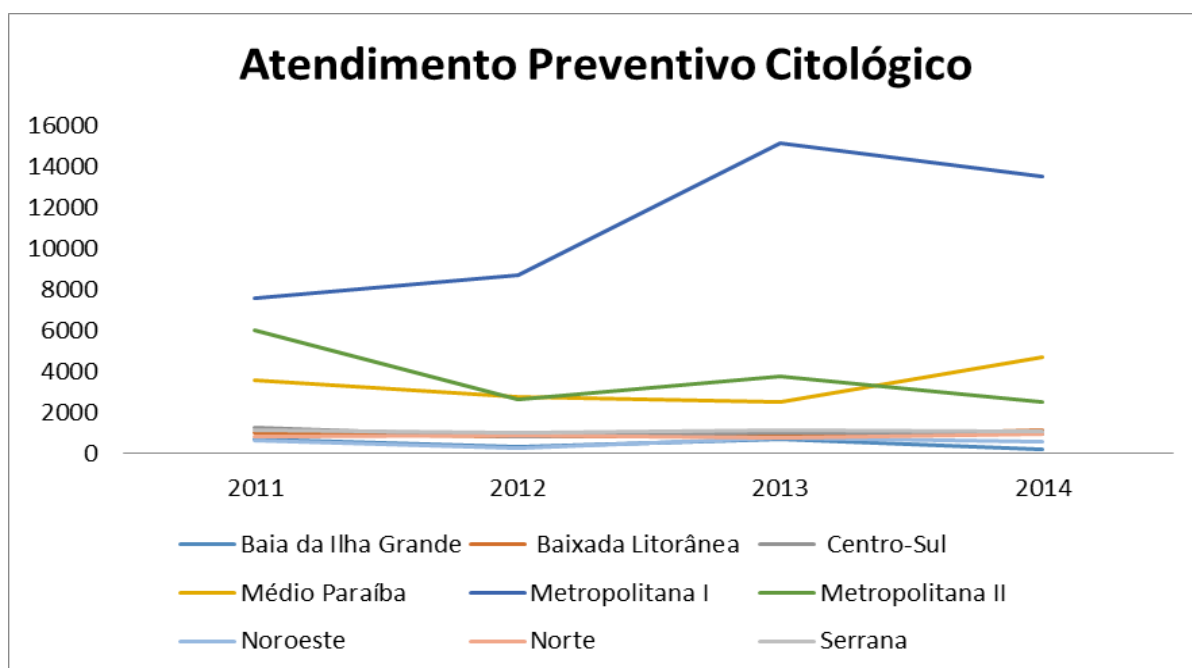
Este indicador poderá ser substituído pelo de cobertura a partir do momento em que os dados do SISCAN forem disponíveis de forma mais estável e consistente e deve ser avaliado em conjunto com o indicador de periodicidade do exame.

Outra forma de nos aproximar da realidade do que é executado em relação ao exame preventivo é através dos dados do SIAB de atendimento preventivo para a coleta de papanicolau, ou seja, são os atendimentos realizados por médicos e profissionais de enfermagem em residentes dos municípios com esse objetivo.

Observa-se no Gráfico 10, a seguir, que na metade das regiões o quantitativo de atendimentos aumentou (Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Metropolitana I, Norte e o estado do Rio de Janeiro) e a outra metade das regiões reduziu o quantitativo de atendimentos para

coleta de preventivo citológico nas unidades de Atenção Básica (Baia da Ilha Grande, Centro Sul, Metropolitana II, Noroeste e Serrana).

Gráfico 10 - Série histórica do quantitativo de atendimentos a mulheres de 25 a 64 anos para coleta do preventivo citológico em unidades de Atenção Básica segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014

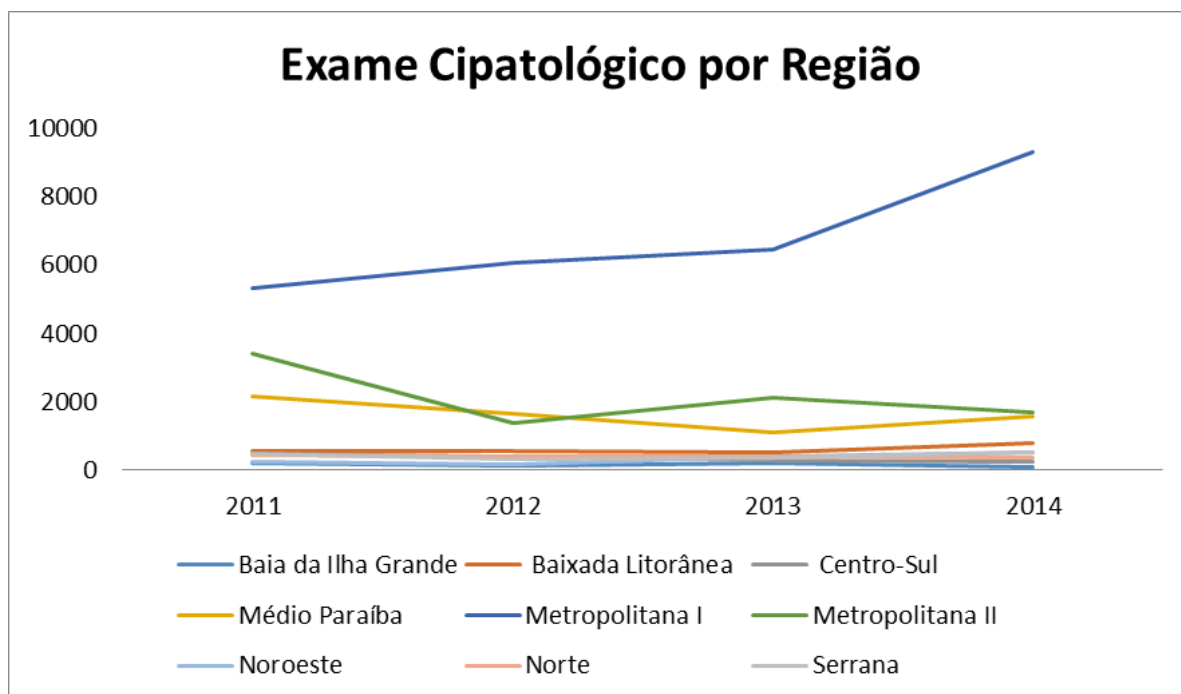


Fonte: SIAB (BRASIL, 2016).

Outro dado relevante são as solicitações médicas de exames citopatológicos, ou seja, o registro dos encaminhamentos médicos da Atenção Básica para a realização de exames citopatológicos.

De acordo com o Gráfico 11, a seguir, observa-se que houve queda nas solicitações de exames citopatológicos nas seguintes regiões: Baia da Ilha Grande, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana II e Norte e a ampliação de solicitações de exames no período estudado foi observado nas regiões: Baixada Litorânea, Metropolitana I, Noroeste, Serrana e o estado do Rio de Janeiro, ou seja, há um diálogo com o dado apresentado anteriormente, pois pela lógica se diminui o número de atendimentos também há uma redução do número de solicitações de exames.

Gráfico 11 - Série histórica do quantitativo de solicitações de exames citopatológicos em unidades de Atenção Básica segundo as regiões do estado e o município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014



Fonte: SIAB (BRASIL, 2016).

6 DISCUSSÃO

É importante ressaltar que a falta de acesso a qualquer nível assistencial, em se tratando dessa enfermidade, pode resultar em problemas psicológicos, doenças incapacitantes ou morte para as mulheres, além de gastos evitáveis com consultas, exames, internações em unidades de urgência e de terapia intensiva, ocasionando prejuízos pessoais, familiares, sociais e econômicos significativos.

A análise do conjunto de variáveis em relação à subdimensão de disponibilidade evoluíram positivamente entre os 2 ciclos e permite observar algum destaque para as variáveis referentes e aspectos estruturais e de disponibilidade de insumos e equipamentos.

O conjunto de resultados aqui discutidos podem nos remeter a algumas observações: a importância da linearidade entre os instrumentos dos ciclos do PMAQ-AB a fim de perceber a evolução das equipes entrevistadas; e a possibilidade de, através das variáveis do instrumento, visualizar o funcionamento da AB em relação as subdimensões de disponibilidade e adequação de acesso e resolutividade dos processos assistenciais da AB.

Em relação às regiões, foi possível observar que a Noroeste se destacou negativamente em praticamente todas as variáveis analisadas tanto em relação à disponibilidade de insumos e equipamentos quanto à adequação dos processos assistenciais e o município do Rio de Janeiro, seguido da região do Médio Paraíba, ao contrário, se destacaram positivamente praticamente em todas as variáveis.

A discussão em âmbito regional fica um pouco prejudicada de forma geral, pois é pequena a produção acadêmica que apresenta esse enfoque, em se tratando das regiões do estado do Rio de Janeiro essa realidade não é diferente.

Em relação à região Noroeste, esta é composta por 14 municípios, sendo a segunda região com menor contingente populacional do estado (2%), dos municípios que a compõem, nenhum possui mais de 100.000 habitantes, sendo que três possuem menos de 10.000 habitantes, ou seja, são municípios de porte muito pequeno, o que dificulta de maneira importante a organização da rede de atenção à saúde.

Os municípios se localizam no extremo do estado fazendo divisa com os estados de Minas Gérias e Espírito Santo, ou seja, a região está bastante afastada das regiões metropolitanas do estado.

A região apresenta baixa densidade populacional e sua principal atividade econômica é a agropecuária, em especial o sistema agroalimentar. Os municípios que a compõe

apresentam baixo grau de desenvolvimento econômico, a menor do estado e consequentemente dispõem de baixíssima capacidade instalada em saúde.

Tais elementos apresentados ajudam a justificar os resultados inferiores em relação às demais regiões do estado.

A Região do Médio Paraíba foi a região que obteve os melhores resultados de forma geral nas variáveis e indicadores analisados. Ela é formada por 12 municípios: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda. Representa 14,14% da área total do estado do Rio de Janeiro e 5,33% de sua população total. Apesar de ser relativamente pouco expressiva em extensão, as áreas urbanas formam um conjunto de núcleos de médio e grande porte, que têm sua base produtiva relacionada a atividades diversas apoiadas, sobretudo num parque industrial que a coloca na segunda posição em termos de desenvolvimento econômico no estado (FAZZI, 2014).

Na discussão sobre o desenvolvimento regional da saúde, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Paraíba (CISMEPA) foi criado em 1998, e desde então tem se transformado em um importante dispositivo de integração para a superação de diversas dificuldades encontradas para o avanço no setor, pois realiza diversas atividades em conjunto (SCHNEIDER, 1998), ele é formado pelos municípios de: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores.

A região também instituiu, em 2016, a Comissão intergestores Regional do Médio Paraíba e tem histórico de reuniões regulares.

Tais fatos apresentados denotam de certa forma a organização concreta da região o que de alguma forma ajuda a explicar melhores resultados encontrados no presente estudo.

Já o município do Rio de Janeiro corresponde a quase 40 % da população total do estado. Desde 1993, para fins de gestão do sistema municipal de saúde, a cidade está organizada em dez Áreas de Planejamento Sanitário (APS), cada uma com sua Coordenação de Área (RIO DE JANEIRO, 1993).

A despeito do movimento de reorientação do modelo de atenção básica no país iniciado em 1994 com a adoção da ESF, a SMS manteve a AB tradicional como modelo predominante de atenção e implantou a ESF de forma residual, fragmentada e desarticulada, enquanto outras capitais como Belo Horizonte e Florianópolis, em 2008, alcançavam a cobertura da Estratégia acima de 70% da população, o Rio de Janeiro não atingia 10% (RIO DE JANEIRO, 2013).

Essa situação permaneceu inalterada até 2009, quando o município do Rio de Janeiro passou por uma transição de modelo de atenção à saúde, principalmente devido à condição de futura cidade olímpica (RIO DE JANEIRO, 2012; OPAS, 2013).

A reforma da APS apresentou não só a grande ampliação de cobertura populacional atendida, como também o aumento da resolutividade através da implantação de uma série de ferramentas que de certa forma podem ter influenciado nos resultados encontrados, a saber:

- Carteira Básica de Serviços - na qual constam as situações de saúde mais frequentes, inclusive as pequenas urgências e os exames complementares;

- Construção dos Observatórios de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS-RIO) (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016);

- Instituição de Comissão de Regulação Local - Médicos de família e comunidade atuam como reguladores da unidade junto ao Sistema Nacional de Regulação (SISREG), desempenhando atividades de revisar os encaminhamentos localmente atuando como responsáveis técnicos, tal atividade qualifica a lista de espera por consultas e procedimentos, tornando-as mais equânimes (OPAS, 2013);

- Incorporação da cultura avaliativa e planejamento no âmbito da AB - através do monitoramento baseado em indicadores de estrutura e processo, incluindo o “Carteirômetro”, que compõem os contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde e o pagamento por desempenho das unidades e equipes de SF. Outra inovação importante nesse aspecto foram os Seminários de *Accountability*, nos quais as equipes de saúde apresentam o que foi realizado, além do planejamento para o ano seguinte (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016).

- Gestão da informação - reformulação por meio de prontuários eletrônicos favorecendo assim a gestão da clínica e a vinculação das equipes, obtendo melhor acompanhamento dos usuários cadastrados nas Clínicas da Família (RIO DE JANEIRO, 2012).

- Carteira dos Usuários - definiram regras claras do sistema para facilitar o entendimento por parte dos usuários e a criação do site “Onde ser Atendido”, orientando o usuário onde procurar atendimento, favorecendo a vinculação entre as unidades da AB e as comunidades/usuários (CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016).

A seguir a discussão será apresentada de acordo com as subdimensões de disponibilidade e adequação.

A análise da dimensão de resolutividade dos processos assistenciais ficou bastante comprometida, primeiro por conta da incompletude dos dados secundários disponíveis, além

do fato de alguns indicadores não seguirem a série histórica selecionada pelo trabalho, pois foram implementados depois desse período, como observado no caso da vacinação contra HPV e a qualidade ruim das bases de dados, SISCOLO e SISCAN.

6.1 DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

A disponibilidade e a estrutura dos serviços de saúde influenciam diretamente a sobrevivência dos pacientes, de acordo com o acesso aos serviços de saúde, a existência de programas de prevenção, a eficácia das intervenções e a disponibilidade de meios diagnósticos e de tratamento.

O estudo *Quality and Costs of Primary Care in Europe* (QUALICOPC), baseado no conceitual teórico de Donabedian, propôs um esquema para avaliação nos serviços de APS europeus em três níveis, correlacionando os recursos existentes na APS e o alcance dos objetivos do sistema ao qual pertence. Os resultados do estudo apontam que sistemas de saúde em que a APS dispõe de recursos adequados para facilitar o acesso à ampla gama de serviços, de forma coordenada e contínua, através da aplicação eficiente de recursos e prestação de cuidados de alta qualidade, contribuem para a equidade em saúde (KRINGOS *et al.*, 2010a; SCHÄFER *et al.*, 2011).

Justifica-se assim a importância da análise da estrutura e disponibilidade na AB.

Para a realização das atividades de prevenção do câncer de colo de útero na AB existe estrutura e um rol de equipamentos e insumos muito bem definidos em diversos documentos técnicos oficiais do MS e a ausência de qualquer item desses inviabiliza a realização dessa atividade e que compromete o acesso e a resolutividade do cuidado.

O MS, nos últimos dez anos, tem se dedicado a divulgar informações, assim como a normatizar a questão da estrutura física, equipamentos e insumos necessários para o desenvolvimento das ações no âmbito da AB no território nacional, com isso, cabe destacar alguns desses esforços que vêm sendo realizados em relação a essas questões.

Um dos exemplos é o já apresentado, PROESF, iniciado em 2002, o programa, promovido pelo governo federal, aplicou recurso financeiro para a qualificação da infraestrutura de UBS em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes.

Outra iniciativa importante é a PNAB (2006) que ressaltou os aspectos estruturais das unidades de saúde assim como itens necessários à realização das ações de AB, e definiu uma

lista de ambientes que devem estar presentes nas unidades; os equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas para AB de qualidade (BRASIL, 2006).

Adicionalmente a isso, o MS também elaborou o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde em 2008, que visou orientar profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para o bom funcionamento das unidades básicas (BRASIL, 2008).

Posteriormente, em 2009, foi publicada a Portaria nº2.226, de 18 de setembro de 2009, que instituiu o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para ESF, com objetivo de financiar a construção de UBSs com infraestrutura adequada ao trabalho das equipes de saúde da família (BRASIL, 2009).

Outro importante movimento do MS foi em 2011, quando foi instituído o Programa de Requalificação das UBS, que propõe a estrutura física adequada para o funcionamento das UBS e desenvolvimento das ações, além de criar incentivo financeiro para esse fim (BRASIL, 2011d).

Vale ressaltar que em mais de 20 anos, não houve uma pesquisa nacional com o intuito de obter informações sobre as características desses estabelecimentos de saúde no Brasil, até que, em 2012, o MS financiou a realização do primeiro Censo das UBSs (CAVALCANTI *et al.*, 2016), com o intuito de conhecer a realidade das unidades.

Como demonstrado, é possível constatar que desde o início dos anos 2000, o governo federal tem empenhado esforços no sentido de melhorar as UBS, por meio do repasse de recursos e também através da definição de normatizações, porém podemos afirmar que apesar desses avanços ainda percebemos grandes fragilidades na disponibilidade de alguns insumos como foi encontrado na presente pesquisa e o que está definido e preconizado pelo MS para uma AB de qualidade e resolutiva.

Em relação à disponibilidade observou-se melhora entre os ciclo 1 e 2 do PMAQ, isso pode ser devido aos movimentos realizados por parte do MS em prol da estrutura de forma geral da AB.

Mesmo com os avanços observados, ainda persistem problemas importantes relacionados a questão estrutural e de disponibilidade de insumos e equipamentos nas unidades de AB do estado do Rio de Janeiro e suas regiões.

Para que a cobertura ideal do exame de papanicolau seja alcançada e, desta forma, as mulheres sejam realmente beneficiadas pelo programa de prevenção ao câncer do colo do útero, é fundamental que os serviços de saúde de AB estejam equipados e organizados para realizar o exame com regularidade, qualidade e resolutividade.

No estudo de Melo *et al.* (2012) foram evidenciados obstáculos importantes em relação ao acesso a ESF e a prevenção do CCU, tais como, o provimento insuficiente de profissionais, materiais, recursos e sobrecarga de trabalho.

A dificuldade do acesso das usuárias ao SUS para a coleta do exame citopatológico também pode ser um dos motivos para o não cumprimento das metas de cobertura do rastreamento. Muitas mulheres têm dificuldade em agendar uma consulta com um profissional de saúde. Além disso, a longa distância da unidade básica de saúde, os horários não flexíveis e a falta de estrutura do centro de saúde são alguns dos fatores que dificultam a cobertura do exame do papanicolau em diferentes regiões, segundo o estudo de Nascimento *et al.*, 2015.

Em comparação ao estudo de Tomasi *et al.* (2015) que analisou a estrutura e os processos de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na AB com dados também do PMAQ, só que a nível nacional, os dados do estado do Rio de Janeiro foram superiores ao encontrados no estudo mencionado. Quanto à disponibilidade de equipamentos e insumos, na análise nacional, observou-se que 83% das UBS apresentavam mesa de exame ginecológico e 82% para foco de luz, no estado do Rio de Janeiro a região que apresentou o menor valor para esses itens foi de 88,41% e 91,3% respectivamente. Para os itens escova cervical e espátula de Ayre a análise nacional foi de 82%, a única região no estado que apresentou valores menores foi a região Norte com 79,6% para escova e 81,48% para o espécuro.

Em relação à presença de lâminas, 81% das unidades dispunham desse item no Brasil (já no Rio de Janeiro, o menor valor para esse item foi de 85,5%), 78% apresentou ficha de requisição para o SiscoLo, em 77% havia espécuro e em 69% havia fixador (para esse item apenas uma região do estado do Rio de Janeiro apresentou um valor menor que a análise nacional) (TOMASI *et al.*, 2015).

Assim como no presente estudo, em algumas regiões, há falta de fixador de lâmina em mais de um terço das unidades, o que inviabiliza a realização do procedimento.

Deve ficar claro que apenas unidades de saúde que disponham de todos os equipamentos e insumos avaliados podem cumprir integralmente os procedimentos desta ação programática, uma vez que, a disponibilidade do conjunto de itens elencados pode ser considerada como situação necessária para a coleta do exame no âmbito de uma unidade de saúde da AB.

No estudo de Tomasi *et al.* (2015), para o conjunto das unidades de saúde, a proporção de adequação de equipamentos e insumos para a realização do exame citopatológico foi de 49%, ou seja, metade dos serviços de saúde dispunham de todos os itens, sendo assim, as equipes estão prestando essa atividade à população de forma incompleta e inadequada.

O estudo de Facchini *et al.* (2006), analisou como precárias e improvisadas a estrutura física tanto em unidades de ESF na região Sul, quanto da região Nordeste do Brasil.

O estudo realizado por Giovanella *et al.* (2015) também encontrou resultados ruins em relação à estrutura das unidades de ESF, pois avaliou 38.812 UBS no país e 1830 no estado do Rio de Janeiro a fim de analisar a tipologia da estrutura das unidades de AB. Somente 4,6% (84) das UBS no estado contemplaram o conjunto de critérios das cinco dimensões do padrão de referência elementar definido no estudo e atingiram o escore máximo correspondente ao Tipo 5.

Cerca de metade das UBS (47,8%) foram classificadas no grupo 4, por insuficiência da disponibilidades de elementos mínimos da dimensão infraestrutura geral. O grupo 3 agregou 38,4% (702) das UBS sem equipamentos e insumos básicos. Os grupos 1 e 2, com % de 0,7 e 8,5, respectivamente, correspondem a 169 UBS sem condições de funcionamento por ausência de quase todos os elementos de estrutura analisados nas cinco dimensões.

O que se observa na prática no estado do Rio de Janeiro, assim como em outros estudos realizados em diferentes regiões do país, ao investigar as razões para baixa realização do rastreamento de câncer de colo de útero, por exemplo, é a falta de material para a realização do exame para a população alvo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009; VALE *et al.*, 2010; GASPERIN, BOING e KUPEK, 2011; MELO *et al.*, 2012).

Observou-se importante melhora na subdimensão do acesso, a disponibilidade, em relação à prevenção do câncer de colo de útero entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ. Tal fato traz benefícios ao cuidado da população, uma vez que, a estrutura estando mais adequada e completa propicia melhorias na qualidade da prestação do serviço. Podemos então considerar como um aspecto positivo desse processo de avaliação a possibilidade de indução de avanços e benefícios não apenas na estrutura dos serviços de saúde, mas também em relação às equipes.

Na presente análise, assim como no estudo de Tomasi *et al.* (2015), a prevalência de adequação da estrutura foi maior do que a adequação dos processos de trabalho, que será apresentado a seguir. Esse resultado pode estar refletindo o esforço das unidades na aquisição dos equipamentos e insumos necessários ao desenvolvimento das ações de prevenção ao CCU pelos gestores e equipes de saúde antes da realização da visita da equipe de pesquisa do PMAQ, uma vez que, eles foram previamente avisados da avaliação e após adesão ao Programa ou pode também ser reflexo das inúmeras iniciativas desenvolvidas pelo MS já mencionadas.

Os gestores municipais da saúde e da atenção básica necessitam adotar um plano diretor para construção, reforma, aquisição de equipamento e insumos e manutenção das UBS, para que assim elas possam garantir resolutividade em seus processos.

6.2 ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Nessa subdimensão foram analisados os principais processos de trabalho desenvolvidos em relação às atividades de promoção e prevenção ao câncer de colo de útero.

Os resultados apontam para uma grande inadequação dos processos de trabalho, devido à baixa adesão aos protocolos e diretrizes relacionadas à patologia estudada, além de baixo registro das atividades em relação à coleta do exame citopatológico e também inadequado seguimento e acompanhamento das mulheres elegíveis ou com exames alterados.

Além disso, observa-se incipiência de atividade de educação em saúde e realização de visitas domiciliares e busca ativa do público alvo.

Foi encontrado também a não realização dessas atividades no acompanhamento das gestantes.

Resultados semelhantes foram observados no estudo de Bottari, Vasconcellos e Mendonça (2008), o CCU permitiu analisar os atributos da AB em que observou-se que a: acessibilidade é reduzida; há falta de capacidade de planejamento, programação e gerência pela ausência do uso de indicadores de cobertura da população adscrita; apresentou deficiências do sistema que impedem a integralidade das ações, pois embora a rede se estruture numa tentativa de manter a integralidade, por meio de serviços de referência para níveis mais complexos de atenção, ficou evidenciado que existem muitas limitações; além da baixa qualidade-técnico-científica. Portanto, mulheres que apresentam alteração no resultado de seus preventivos ginecológicos encontram dificuldades em obter o tratamento adequado, o que possibilita a doença atingir estágios mais avançados, justificando a alta taxa de mortalidade encontrada como resultado.

A seguir a discussão mais detalhada apresentando cada eixo de análise em relação à adequação dos processos de trabalho.

Processos de trabalho e atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF em relação à prevenção do câncer de colo de útero

Foi nítida a piora de forma geral em relação aos processos de trabalho do ciclo 1 para o ciclo 2, inclusive apontando resultados bastante alarmantes, por exemplo, algumas unidades não realizarem exame citopatológico e a falta de registro das atividades de forma geral relacionados à prevenção do câncer de colo de útero.

No estudo de Tomasi *et al.* (2015), em uma análise de âmbito nacional, somente 30% das equipes foram classificadas com processo de trabalho adequado para detecção do CCU. Outro estudo de Brito-Silva *et al.* (2014), também identificou diversas barreiras à integralidade do cuidado ao câncer de colo principalmente o acesso e a qualidade dos processos de trabalho da atenção.

No estudo de Tomasi *et al.* (2015), foram analisados através de dados do PMAQ, itens semelhantes ao presente estudo, entre os itens avaliados do processo de trabalho das equipes, destaca-se o fato de apenas 45% delas realizarem o registro das coletas de material e de exames citopatológicos.

No estado do Rio de Janeiro todas as regiões também apresentaram baixas porcentagens para essa atividade e o pior resultado foi a região Noroeste com apenas 13,43%. A escassez de sistemas de registro de dados relativos à assistência na AB é um problema reconhecido, o qual vem merecendo cada vez mais esforços por parte dos gestores de saúde. Tornam-se, portanto, necessários mais investimentos em tecnologia de informação e comunicação e também para a educação permanente dos profissionais de saúde sobre a importância e qualidade dos registros assistenciais assim como para a utilização das ferramentas computacionais.

Segundo as análises de Tomasi *et al.* (2015), 45% das unidades do país mantinham registro das coletas e dos exames alterados e no presente estudo o valor para essa atividade também foi baixo, a melhor região apresentou 55,35% (Centro Sul) e a região que realiza em menor quantidade o registro dos exames alterados foi a Noroeste com apenas 16,12%.

No estudo de Bottari, Vasconcellos e Mendonça (2008), apesar do percentual de estabelecimentos que referiu trabalhar com clientela adscrita ter sido alto, verifica-se que não utilizavam o indicador cobertura de citologias alteradas na sua área de adscrição, sugerindo baixa capacidade de gerenciamento da população que está sob a responsabilidade da equipe de saúde da família.

Esse fato evidencia a baixa resolutividade da atenção, pois o conhecimento acerca do número de citologias e colpocitologias realizadas no decorrer de um período, assim como o conhecimento do número de resultados alterados, são fundamentais para a programação de ações voltadas para o controle do CCU.

As condições de registros nos estabelecimentos de saúde, objeto deste estudo, sugerem deficiências na continuidade da assistência, refletindo baixa qualidade técnico-científica, pois os registros dos profissionais de saúde devem ser considerados como ponto-chave para informar acerca do processo e seu resultado imediato e evidencia a qualidade e resolutividade do atendimento.

No que se refere às ações de saúde preconizadas nos programas de saúde, 93,3% dos estabelecimentos afirmaram realizar coleta de exame citológico no estudo de Bottari, Vasconcellos e Mendonça (2008), já no estudo de Tomasi *et al.* (2015), 97% das unidades avaliadas coletavam material cérvicouterino, no presente estudo a realização de exame nas unidades de AB foi de apenas 70,91% na região Norte (região que menos realizam) e 96,76% na região Médio Paraíba, 99,32% no município do Rio de Janeiro (regiões que mais realizam esse exame).

A falta de acompanhamento das mulheres com alteração nos exames é um dos mais importantes nós identificados na execução das ações de controle do colo do útero. De acordo com o SISCOLO, em 2011, para o Brasil, o percentual de seguimento registrado foi de 25,5%, com grandes discrepâncias entre os estados. Em 14 estados, o valor ficou abaixo da média de 25%. Considerando a série histórica do período 2007-2011, em 16 estados houve diminuição do percentual de seguimento no período – assim como no país, que passou de 33,5% em 2007 aos 25,5% observados em 2011 (INCA, 2012b).

Essa realidade também foi observada no estudo de Silva *et al.* (2016), em que a maioria dos profissionais entrevistados reforçou que a AB não faz nenhum tipo de acompanhamento das usuárias e não recebe contrarreferência dos níveis seguintes em relação ao câncer de colo de útero.

O estudo de Bottari, Vasconcellos e Mendonça (2008) realizou grupo focal com profissionais e usuárias. Os profissionais da AB afirmaram ter dificuldades para o acompanhamento da população adscrita devido à realização do preventivo em diversos lugares; já as usuárias, por sua vez, relataram possuir dificuldades na qualidade do atendimento, em especial, na demora do resultado dos exames, ambos os fatores relatados dificultam o acompanhamento das mulheres.

Outro aspecto importante referente aos processos de trabalho diz respeito ao conhecimento, disponibilização e uso dos protocolos na atenção à saúde dos usuários, por parte das equipes de AB.

A divulgação da Diretriz Brasileira para rastreamento do CCU (INCA, 2016) objetivou difundir recomendações baseadas em evidências para orientar a tomada de decisões dos profissionais de saúde, viabilizar a comunicação efetiva e organizada entre as equipes e serviços e orientar a rede de atenção. Sem dúvida alguma para a conformação de redes de atenção à saúde são necessários protocolos e fluxos assistenciais para apoiar a assistência e estabelecer as competências e responsabilidades para os níveis de AB e atenção especializada.

Como mencionado, os protocolos sobre o programa de prevenção do CCU destacam-se como elementos fundamentais para a efetividade e resolutividade do programa, além de apoiar o acompanhamento das mulheres, bem como a integração da AB com a rede.

No estudo de Protasio *et al.* (2014), que também utilizou dados do PMAQ, ao questionar as equipes se havia diretrizes terapêuticas para alguns casos específicos, encontrou que apenas 44,8% das equipes do estado da Paraíba possuíam as diretrizes para câncer do colo do útero, já no presente estudo esses dados foram superiores para apenas 2 regiões do estado do Rio de Janeiro.

Nesse mesmo estudo, quando questionadas as equipes referiram possuir documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos das usuárias em seu território para casos de suspeita de câncer de colo do útero em apenas 35,4% das equipes (PROTASIO *et al.*, 2014).

Este aspecto também é comentado por Serra e Rodrigues (2010), que realizaram uma pesquisa na Zona Norte do município do Rio de Janeiro e no município de Duque de Caxias/RJ, onde se constatou que havia uma carência ou utilização deficiente de protocolos clínicos e que os encaminhamentos para os serviços de referência eram pouco apoiados nas diretrizes e nos protocolos clínicos existentes, ou ainda, não eram sempre considerados pelos médicos. Deixando claro a necessidade da educação permanente e do envolvimento dos profissionais para a utilização das diretrizes à realidade do local.

No estudo de Silva *et al.* (2016), também ficou caracterizada a deficiência de comunicação entre a atenção básica e os serviços especializados, especialmente pela fragilidade no referenciamento entre níveis, pelas falhas nos sistemas de armazenamento de dados das pacientes e pela inexistência ou pouca utilização dos mecanismos de contrarreferência.

Os autores Farias e Baribieri (2016) alertam em seu estudo que a qualidade do cuidado em saúde ofertado por um sistema está relacionada à utilização de protocolos clínicos e definição de linhas de cuidado, assim, o diagnóstico, tratamento e seguimento adequados das mulheres atendem ao princípio da oferta da atenção integral e contínua.

No presente estudo, as equipes de muitas regiões do estado do Rio de Janeiro (Noroeste, Norte Metropolitana I), afirmam usar protocolo em menos de 50% das unidades, no estudo de Farias e Baribieri (2016), a não utilização de protocolos em relação ao cuidado do CCU também foi alto e a não observância dos protocolos pode ser decorrente da falta de preparo dos profissionais, uma vez que 60,6% dos que atuam na AB afirmaram que não receberam treinamento para o uso dos protocolos.

A falta de preparo/capacitação dos profissionais, especialmente da AB, para a assistência baseada em protocolos traz como desfecho fluxos desordenados, com encaminhamentos de mulheres que deveriam ser tratadas e acompanhadas na própria unidade básica e, ao mesmo tempo, tratam e acompanham mulheres que, de acordo com a Diretriz Brasileira para rastreamento do câncer de colo de útero, deveriam ser investigadas com exames especializados, como a colposcopia e a biopsia e encaminhadas para os demais níveis de atenção.

Em relação à gestão clínica na assistência de mulheres com câncer de colo do útero, no estudo de Silva *et al.* (2016), emergiram problemas como o descumprimento de normas para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer, aliados ao fato de que quase todos os médicos do estudo não terem feito o encaminhamento correto das pacientes, nem seguiram os protocolos estabelecidos para suspeita de câncer.

O estudo de Amaral *et al.* (2014), identificou que após a capacitação dos profissionais da AB nos protocolos relacionados ao rastreio de câncer de colo de útero, houve uma melhora significativa no preenchimento do formulário de requisição dos exames citopatológicos do colo do útero referente aos dados pessoais da mulher, da anamnese e do exame clínico, ou seja, foi possível perceber melhoras nos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes em relação a essa atividade de prevenção do CCU, denotando assim a importância do treinamento e do uso dos protocolos por parte das equipes.

Outro elemento de suma importância no âmbito dos processos de trabalho e a prevenção do câncer de colo de útero é o seguimento de mulheres encaminhadas para outros níveis de atenção e o acompanhamento de mulheres após o tratamento realizado.

A finalidade do rastreamento e seguimento do CCU é detectar alterações celulares para que procedimentos de intervenção e tratamentos sejam oportunos, ou seja, assegurar o

seguimento destas mulheres se constitui como um indicador de saúde e qualifica a assistência prestada à mulher.

Os dados de Farias e Barbieri (2016) sugerem a não realização a contento dessa atividade, mais de 60% das mulheres com alteração celular do colo do útero no estado do Mato Grosso do Sul não estão sendo seguidas, já no estudo de Tomasi *et al.* (2015) 12% das equipes não realizavam seguimento de mulheres pós-tratamento.

No estudo de Silva *et al.* (2016), os problemas das mulheres com câncer de colo do útero se evidenciaram principalmente nas dificuldades de acessibilidade aos distintos níveis assistenciais, que apareceram desde a fase pré-diagnóstica e continuaram acontecendo também durante o seguimento.

Esses resultados comprometem as intervenções precoces, pois o seguimento/tratamento deve ser oferecido à mulher com garantia da assistência e do percurso assistencial articulado, com funções claramente definidas para cada ponto de atenção, garantindo o acesso aos serviços e ao cuidado integral.

Dos profissionais da AB entrevistados no estudo de Farias e Baribieri (2016), 75,8% citam dificuldades para dar seguimento ao tratamento das mulheres com exame colpocitológico alterado. Dentre eles, 42,4% apontaram dificuldade para agendar exames complementares, 33,3% apontaram a falta de vagas para realizar o agendamento para a primeira consulta nos outros níveis de atenção e 27,3% referem-se a dificuldades para consultas subsequentes nos outros níveis de complexidade.

Para os casos em que é necessário o encaminhamento à colposcopia, é fundamental que este se dê da forma mais rápida possível para evitar perdas no seguimento e agravamento dos casos.

Alguns estudos de avaliação relataram dificuldades para acesso aos procedimentos, a existência de longas filas de espera e/ou questões relativas à qualidade do cuidado prestado nesse nível de atenção (BOTTARI, 2008, GOMES, 2012). Indicando assim dificuldades nos mecanismos de monitoramento, acompanhamento e seguimento das mulheres com citopatológico alterado assim como no presente estudo.

Observam-se divergências na prática entre resultados de exames e das intervenções realizadas e o que é preconizado pela Diretriz Brasileira de Rastreamento, por exemplo, no estudo de Farias e Baribieri (2016), 48% dos resultados dos exames com presença de células escamosas atípicas indeterminadas provavelmente não neoplásicas e 78,8% de resultados de lesão intraepitelial de baixo grau são encaminhados para outros níveis de atenção quando a

recomendação é para que o tratamento dessas situações clínicas sejam realizados na própria unidade de Atenção Básica.

Por outro lado, lesões que devem ser encaminhadas como células escamosas ou glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau e células atípicas de origem indefinida, 21,2 % dos profissionais afirmam tratar essas condições clínicas na AB, contrariando as diretrizes (FARIAS e BARIBIERI, 2016).

O encaminhamento inadequado de pacientes e as perdas no acompanhamento de mulheres com lesão de alto grau comprometem a resolutividade do rastreo e a possibilidade de cura dessas mulheres.

Ações de educação em saúde com foco na prevenção à saúde

Os resultados deste estudo demonstram a pequena quantidade de equipes de atenção básica no estado do Rio de Janeiro que assumem a realização de ações de educação em saúde com foco na prevenção de doenças crônicas, mais especificamente o câncer de colo de útero.

As ações de educação em saúde têm o intuito de estimular espaços de troca de informação, fortalecer o vínculo com as unidades de saúde e investir na incorporação de hábitos e comportamentos mais saudáveis por meio de diferentes meios e cenários, como a realização de grupos educativos e de promoção da saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2014). Essas ações têm a perspectiva de um melhor desenvolvimento pessoal e social dos usuários frente ao processo saúde-doença, assim como as decisões relativas ao seu bem-estar e qualidade de vida.

Destaca-se a importância do trabalho educativo consistente, elaborado com vistas à sensibilização das mulheres acerca da realização do exame papanicolau assim que iniciarem a vida sexual, além de estimular esse público a comparecer regularmente às Unidades de Saúde para o rastreamento organizado do câncer do colo do útero. A garantia de acesso a essas práticas por parte das equipes de AB sem dúvida contribuem muito para a resolutividade da atenção.

Segundo o estudo de Tomasi *et al.* (2015), 92% das equipes realizavam ações de divulgação e de sensibilização da população-alvo para o exame citopatológico, resultado muito diferente do presente estudo, por exemplo na região da Baía da Ilha Grande, a realização desse tipo de atividade foi de apenas 54,17% das equipes.

O estudo de Teixeira *et al.* (2014) analisou, segundo dados do PMAQ, três variáveis que também foram estudadas no presente estudo. Em relação ao escopo das ações consideradas na subdimensão da promoção e prevenção na escola, encontrou que 72% das equipes entrevistadas no Brasil afirmaram realizar atividades de educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, sendo que a região sudeste foi a que menos realiza esse tipo de atividade totalizando 67%, já no presente estudo essa variável foi de 72,70% na região que mais realiza essa atividade em relação ao CCU (Baia da Ilha Grande), porém apenas 40,38% na região que as equipes menos realizam (Noroeste) essas atividades de educação sexual e reprodutiva.

Já em relação à variável sobre realização de estratégias de comunicação social e programas educativos de saúde sexual e reprodutiva, no estudo de Teixeira *et al.* (2014), foi encontrado que no Brasil apenas 64% e na região sudeste 61% das equipes realizam essas estratégias, no estado do Rio de Janeiro o resultado encontrado foi melhor de forma geral que o Brasil e a região sudeste, pois na região Metropolitana II por exemplo, 76,55% das equipes realizam essas atividades.

Vale ressaltar que apesar desse tema ser bastante solicitado por professores e adolescentes e cada vez mais valorizado por profissionais, visando, dentre outros aspectos, discutir temas como: a gravidez na adolescência e suas implicações, e as DST, observa-se que esse tipo de atividade ainda não é muito realizado por parte das equipes de AB.

Nesse mesmo estudo, supramencionado, também foram analisadas as ações educativas com enfoque na saúde da mulher como rastreamento de câncer de colo e mama, no país 82% das equipes relataram realizar essas atividades, já na região sudeste foi encontrado novamente o menor percentual do país em relação às demais regiões, obtendo um valor de 76% das equipes (TEIXEIRA *et al.*, 2014), no estado do Rio de Janeiro foi encontrado que a região que menos realiza essas ações educativas é a Baia da Ilha Grande com 54,17% e a região Metropolitana I, é a região que mais realiza essa atividade em 90,00% das equipes.

Os técnicos de enfermagem no estudo de Oliveira *et al.* (2010) acreditam que a atuação das equipes da ESF é satisfatória, relataram que, por meio das orientações, conseguem convencer algumas mulheres que relutam em realizar o exame preventivo.

No estudo de Melo *et al.* (2012), percebeu-se a necessidade de o enfermeiro trabalhar, principalmente, a educação em saúde e quebrar tabus a respeito do exame citopatológico para sinalizar a importância da realização desse procedimento, retratar sua eficácia na prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero para a mulher que o realiza com regularidade, sempre com vistas a atingir a população de maior risco.

No estudo de Oliveira *et al.* (2010), o cuidado de orientar a mulher sobre o que são fatores de risco para o câncer de colo e o que pode ser feito para sua redução esteve presente nas falas dos ACSs e dos técnicos de enfermagem entrevistados.

O conhecimento sobre o exame citopatológico de colo uterino foi pesquisado no estudo de Correa *et al.*, (2012) e 91,1% do total das mulheres entrevistadas responderam que conheciam o exame, porém mesmo conhecendo o exame, 17,3% das mulheres relataram que nunca o havia realizado. Além disso, com o intuito de dimensionar esse conhecimento, as mulheres foram questionadas quanto à periodicidade recomendada para a realização do exame, e para 55,7% das mulheres o exame deveria ser realizado mais de uma vez ao ano, 43,1% acreditavam que o exame deveria ser realizado anualmente e apenas 0,2% de três em três anos.

Destaca-se que apesar do conhecimento sobre o exame, de acordo com o estudo mencionado, para a maioria das mulheres ele deve ser realizado mais de uma vez por ano ou anualmente, o que contraria a orientação do MS e levaria a um aumento dos custos sem redução significativa nos potenciais benefícios, tal fato reforça a importância e a necessidade da realização das ações de educação em saúde para informar devidamente o público alvo não só sobre sua importância de realização, quanto sobre sua periodicidade.

Outro ponto a ser observado é que no estudo de Correa *et al.* (2012), as mulheres com maior escolaridade e de maior nível socioeconômico tiveram maior chance de ter citopatológico adequado quando comparadas àquelas de menor escolaridade e menor nível socioeconômico. Tal fato ajuda a pensar em um público prioritário e de risco para a realização das atividades de educação em saúde.

Todas as categorias profissionais que compõem a equipe mínima da ESF entrevistadas no estudo de Oliveira *et al.* (2010) afirmaram que é necessária a realização frequente de palestras educativas, reuniões grupais e sala de espera. Acrescentam que ainda é baixa a adesão das mulheres ao preventivo e consideram que ainda falta uma atuação mais próxima junto às mulheres, principalmente àquelas que já apresentaram algum sintoma.

Outra perspectiva que deve ser trabalhada no âmbito das ações de educação em saúde é a dimensão cultural relacionada à realização do exame, pois como Correa *et al.* (2012) identificou, mulheres de 46 a 74 anos veem o exame ginecológico como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável. Essa perspectiva, segundo essas autoras, se justifica por elas fazerem parte de uma geração que sofreu repressão sexual intensamente, além de experiências negativas durante exames ginecológicos efetuados sem esclarecimento, de forma

fria e descuidada, contribuindo, significativamente, para a resistência dessas mulheres na busca do autocuidado.

Outra importante barreira para a realização das ações de rastreamento, segundo Rico (2015), é o pudor pela exposição do corpo, ao ponto de que ele é definido como um dos principais motivos para a não realização do papanicolau no Brasil.

Em relação a esse tópico ,algumas mulheres de idade avançada ou sem parceiro justificam a escassa possibilidade de contrair câncer cervicouterino em função de sua inatividade sexual. Outro caso são as mulheres com parceiros fixos e que praticam religiões que pregam fidelidade conjugal e que consideram que não vivem de forma arriscada, o que as isentaria da possibilidade de serem afetadas pela doença e acreditam que não há necessidade de realização do exame (RICO, 2015).

Aproveitando o âmbito da atenção à saúde e o recorte da idade reprodutiva das mulheres, a presença de mulheres de idade mais avançada nos serviços de AB não é visualizada como uma oportunidade propícia para a realização do exame preventivo, assim, evidencia-se uma lei do cuidado inverso, pela que as mulheres mais velhas, com maior risco de contrair a doença, têm menor acesso aos serviços de prevenção e diagnóstico (RICO, 2015).

Há que se atentar, pois longe de se tratar de um viés exclusivo da organização dos serviços, as próprias mulheres reconhecem, conforme mencionado, que elas se preocupam mais com sua saúde durante a etapa reprodutiva do que as fases vitais posteriores.

Incorporar orientação sobre o papel do exame preventivo na atenção às mulheres no climatério pela equipe de saúde é fundamental para incentivar sua realização, contribuindo para reduzir a incidência da doença e mortalidade nessa população.

Há que se ressaltar que apenas a procura por livre demanda das mulheres à AB não é suficiente para uma boa cobertura do exame papanicolau. É imprescindível investir em atividades educativas constantes, aproveitar melhor as oportunidades que a demanda do serviço possibilita na abordagem às mulheres nas ocasiões diversas de comparecimento à unidade, oportunizando ainda o fortalecimento do vínculo da mulher e do profissional.

Uma das possíveis razões que ações de educação em saúde de âmbito coletivo não sejam tão realizadas pode estar relacionado ao fato de que na categoria profissional médica, as ações relatadas demonstram a valorização do espaço da consulta individualizada direcionada principalmente para avaliação clínica das mulheres, como comprovam Oliveira *et al.* (2010) em seu estudo.

Deve-se reconhecer que não se faz diagnóstico de um câncer apenas por sinais e sintomas, mas é importante que as mulheres saibam quais são eles, pois elas podem ficar atentas e vigilantes às modificações que acontecem em seu corpo e a procura por um serviço de saúde pode ser agilizada, com repercussões importantes no prognóstico da doença. Além disso, segundo estudos de incidência, mulheres com DST apresentam lesões precursoras do câncer de colo de útero cinco vezes mais que aquelas sem DST. Assim, o exame citológico preventivo poderá identificar a presença de DST por meio de sinais e sintomas, para diagnosticar e/ou detectar precocemente o câncer de colo de útero (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Diante disso, mais uma vez ressalta-se a importância das atividades de educação em saúde, que têm o papel fundamental de informar a essas mulheres, assim como responsabilizá-las em seu processo de cuidado.

Abrir espaços de produção de diálogo, reflexão e problematização junto à comunidade possibilita a construção dessa relação de corresponsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas do processo de trabalho em saúde.

Quando informadas de como o câncer surge, os fatores de risco associados, por que o exame previne e por que é realizado daquela maneira, há uma emancipação das usuárias, que por meio do conhecimento deixam de ter uma atuação passiva e passam a ser sujeitos na promoção de sua própria saúde. Portanto, o empoderamento da usuária dentro do seu processo de autocuidado perpassa o conhecimento, nesse contexto, é necessária a construção de espaços de diálogo com a comunidade (RIBEIRO *et al.*, 2013).

O mero fornecimento de informações não é suficiente para gerar mudanças esperadas, pelo fato de, em sua maioria, elas negligenciarem os fatores sociais e culturais que intervêm na adoção de práticas preventivas pela população, por esse motivo, deve ser considerado que para implementar intervenções de saúde efetivas é fundamental conhecer como interagem as informações promovidas pelos programas, as ações e serviços de saúde e concepções e práticas da população.

A Atenção Básica, como visto, é um espaço estratégico para o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde, possibilitando o desenvolvimento de iniciativas baseadas na lógica da Educação Permanente em Saúde (EPS), favorecendo o aprimoramento contínuo de habilidades e competências em saúde, contribuindo assim para a melhoria do cuidado dos usuários do SUS (CECCIM, 2007).

A consolidação da lógica da EPS como orientadora da formação em serviços na Atenção Básica, contudo, ainda demanda aperfeiçoamentos e avanços que permitam, de fato, uma ruptura com a perspectiva transmissionista da educação em saúde (estratégias

verticalizadas de transmissão do conhecimento, geralmente fundamentadas em uma visão biomédica/higienista da saúde) e a transição para uma visão mais problematizadora da educação, que possibilite de fato uma aprendizagem significativa no âmbito dos programas e serviços da Atenção Básica (FREIRE, 1977; CECCIM, 2007).

Estas observações são relevantes ao considerarmos que, na grande maioria das análises sobre melhoria do cuidado na Atenção Básica, e como observado ao longo desta seção, a educação é (ou as ações educativas no âmbito da Atenção Básica são) apontada como elemento-chave no sucesso de programas e organização de linhas de cuidado – afirmações essas, muitas vezes, suportadas por estudos que correlacionam a educação em saúde ou o nível educacional dos usuários à melhoria dos resultados dos programas e serviços.

Sem desconsiderar a importância desses achados, é necessário pontuar que o modelo transmissionista da educação em saúde ainda é dominante – mesmo no escopo de iniciativas pautadas pela EPS, o que é uma contradição por sua natureza – e, portanto, faz necessário relativizar o peso dessas ações no conjunto dos determinantes da melhoria de um programa ou serviço de saúde. Ademais, também as ações educativas em saúde carecem de uma sistemática e contínua avaliação, seja do ponto de vista do alcance da proposta pedagógica ou de suas contribuições para a melhoria das condições de saúde daqueles a que se destinam (DIAS, LACERDA e SILVA, 2013).

Realização de Visitas Domiciliares e busca ativa de mulheres

O presente estudo observou baixíssima porcentagem de equipes que realizam buscas ativas de mulheres, através da visita domiciliar, tanto para a sensibilização de mulheres sobre o câncer de colo de útero quanto para a realização do exame citopatológico ou até mesmo para busca ativa das mulheres com exames alterados comprometendo sobremaneira a resolutividade da atenção.

Para o controle do câncer do colo do útero, as ações de vigilância em saúde são centrais, de forma geral, a maioria absoluta das lâminas não costuma apresentar alterações, no entanto, entre as alterações encontradas, a maior parte dos achados tem como conduta recomendada a repetição do exame em 6 meses. Para isso, é central o acompanhamento e a busca ativa, no caso da mulher não comparecer no prazo previsto, possibilitando a detecção da progressão da lesão e seu tratamento oportuno.

A busca ativa tem importante papel na sensibilização das mulheres para realização do exame e contribuem para o acesso e para a resolutividade do cuidado. Outro aspecto que vai

além da realização dos exames preventivos, mas que é de fundamental importância, diz respeito ao treinamento dos profissionais da AB para a busca das mulheres para o diagnóstico precoce das lesões precursoras do CCU, o que pode favorecer muito o tratamento e aumentar a possibilidade de sucesso no combate a esse tipo de câncer.

O MS reconhece como função de todos os integrantes da equipe que compõem a ESF a realização da busca ativa para rastreamento de mulheres para detecção precoce do câncer de colo do útero, como também o seguimento das mulheres que apresentam resultado do exame preventivo alterado.

Entendendo que os profissionais da ESF, por estarem mais perto da população adscrita, desenvolvem vínculo, obtendo confiança para discutir as representações sociais, individuais e culturais sobre a sexualidade e a importância da prevenção contra o câncer do colo uterino.

No estudo de Oliveira *et al.* (2010), os ACSs e técnicos de enfermagem entrevistados deixaram claro que a busca ativa das mulheres para coleta anual do exame preventivo, aproveitando a oportunidade para esclarecer suas dúvidas e medos, é uma ação que eles desenvolvem e que julgam de extrema importância para a prevenção e controle do câncer de colo de útero, já no presente estudo, essa atividade é realizada apenas em 32,84% das equipes da região Noroeste (região que menos realiza essa atividade) e em 77,92% das equipes da região da Baixada Litorânea (região que mais realiza essa atividade).

Segundo Vale *et al.* (2010), a estratégia de realização de busca ativa, não apenas melhora a cobertura dos programas, mas também tende a reduzir as iniquidades no rastreamento de populações desfavorecidas.

A territorialização e o cadastramento das famílias, práticas da ESF, favorecem que os profissionais identifiquem a população de mulheres-alvo e convoquem aquelas que nunca fizeram o exame ou que estão há mais de três anos sem fazê-lo.

Todavia, os resultados do estudo de Vale *et al.* (2010), mostraram que essa ação ainda é deficiente, uma vez que, ao longo dos sete anos analisados de ESF observou-se algum ajuste no rastreamento do câncer do colo do útero, sem no entanto, modificar a modalidade oportunística para um programa organizado. Portanto, essa ação totalmente compatível com o papel dos profissionais da AB deve ser introduzida ou reforçada nos programas de formação de toda a equipe da ESF.

Observa-se que muitas mulheres são diagnosticadas com câncer do colo do útero em fase avançada, em que o tratamento é mais agressivo e diminuem as possibilidades de cura,

em geral, quadro esse que poderia ser revertido com o bom desenvolvimento de atividades como a busca ativa e o seguimento e acompanhamento das mulheres.

No estudo de Melo *et al.* (2012), no que se refere ao agendamento das consultas, foi demonstrado que a busca ativa é um importante instrumento para esse fim, foi evidenciado pelos profissionais entrevistados que estas buscas contam muito com a ajuda dos ACS no que tange ao rastreamento e estes tem sido os maiores responsáveis pela busca ativa das mulheres que não comparecem ao serviço de saúde regularmente.

Nesse mesmo estudo, o monitoramento das mulheres foi relatado de maneira bastante interessante. Em algumas unidades de AB, as enfermeiras usam uma espécie de cartão ou agenda da mulher, em que elas controlam o andamento dos exames das usuárias que pertencem à área de abrangência, quando foi realizado seu último exame e se ela veio buscar o resultado (MELO *et al.*, 2012), desse modo, a equipe pode conhecer a necessidade, realizar a busca ativa e solicitar o comparecimento ao serviço de saúde para consulta, orientações e/ou encaminhamentos, conforme o caso.

No estudo de Brito-Silva *et al.* (2014), dentre as hipóteses elencadas, a dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica e a busca ativa insuficiente também foram relatadas nas entrevistas aos profissionais.

Nesse mesmo estudo, foram realizadas algumas sugestões para a reorganização das unidades básicas de saúde mediante implementação de estratégias como: atendimento sem necessidade de agendamento prévio, horários alternativos (noturno ou fim de semana), busca ativa das mulheres na faixa etária do programa, principalmente as que nunca realizaram exame, buscando ampliar e facilitar o acesso das mulheres a esses serviços (BRITO-SILVA *et al.*, 2014).

O teste de rastreamento não é aplicado de forma sistemática e organizada na rotina dos serviços de saúde, restringindo-se à população que busca ocasionalmente os serviços por diferentes razões, ou seja, a realização é feita de forma oportunística, não desenvolvendo ações para busca ativa de casos, resultando em desigualdades no acesso e uso ineficiente de recursos assistenciais.

Acompanhamentos de gestantes

Vale ressaltar que as gestantes têm o mesmo risco que as usuárias não gestantes de apresentar câncer do colo do útero ou seus precursores. O achado destas lesões durante o ciclo

grávido puerperal reflete a oportunidade do rastreamento durante o pré-natal e a coleta endocervical não causa o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada (BRASIL, 2013c).

Ao que se refere ao cuidado à mulher durante o período pré-natal nos serviços de AB, o MS dispõe de um manual técnico de orientação que deve ser utilizado como referência pelos profissionais de saúde envolvidos nesse tipo de assistência.

Considerando-se as diversas orientações contidas nesse manual, o controle do câncer de colo de útero, o rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, ou seja, deverá ser indicado para todas as gestantes que nunca se submeteram ao exame ou que estão em atraso quanto à sua realização (última coleta há mais de três anos), sendo que a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal deve sempre ser considerada uma oportunidade para o cuidado e, conseqüentemente, para o rastreamento de câncer de colo de útero (BRASIL, 2013b).

Fica claro assim que o fato de a mulher estar em período gestacional não prescinde o fato da necessidade das atividades de promoção à saúde e prevenção à doença, incluindo o rastreamento para a prevenção do câncer de colo de útero por parte das equipes de AB, porém essa atividade parece não estar na agenda das equipes de AB de forma geral no estado do Rio de Janeiro.

De acordo com o estudo de Correa *et al.* (2012), as mulheres com mais de um filho e que realizaram exame ginecológico no último ano tiveram maior probabilidade de ter a periodicidade do exame adequado, ou seja, ter filhos e consultar com médico no último ano foram os fatores associados mais importantes para a realização do exame citopatológico. No estudo, os autores sugeriram que a prática do exame associada à maternidade além de aumentar a possibilidade de acesso ao serviço durante a gestação faz com que a mulher sinta necessidades adicionais de autocuidado e prevenção.

No estudo de Ribeiro *et al.* (2013), o percentual de mulheres que realizaram pré-natal e que se encontrava com o exame citopatológico em atraso foi de 26,6%.

Uma vez enviada a lâmina ao laboratório e realizada a leitura, é central que o resultado alcance a unidade que o requisitou para que o profissional possa tomar as decisões acerca dos possíveis encaminhamentos. A demora na liberação de resultados é um problema que pode surgir no processo, comprometendo o seguimento e a resolutividade.

Segundo os dados do presente estudo, o recebimento do resultado do exame citopatológico pelas equipes não é considerado em tempo oportuno para as intervenções o que compromete demasiadamente a resolutividade dessa atenção ofertada pois, quanto mais

rápido o retorno dos resultados do exame, mais oportuno pode ser o diagnóstico e o tratamento em relação à patologia, aumentando a chance de cura.

Os dados do estudo de Farias e Baribieri (2016) corroboram dessa realidade, pois o tempo médio entre a realização do exame e o retorno do resultado do citopatológico é de 30 a 59 dias.

6.3 RESOLUTIVIDADE DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CANCER DE COLO DE ÚTERO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Em relação à vacinação contra o HPV, o pouco que pode-se observar é que a cobertura da vacina ainda é abaixo do preconizado. Isso porque a vacinação é perpassada por diversas questões complexas culturais e de gênero.

É importante que as adolescentes recebam esquema completo da vacina contra o HPV o mais precocemente possível, de preferência antes de se tornarem sexualmente ativas. A vacina é potencialmente mais eficaz para garotas ou mulheres vacinadas antes de seu primeiro contato sexual, uma vez que, a contaminação por HPV ocorre concomitantemente ao início da atividade sexual.

A cobertura populacional da vacina de HPV na primeira dose no estado do Rio de Janeiro (103,94%) apresentou-se maior, por exemplo, que a cobertura vacinal no estado de Rondônia (66,67%) e também superior ao Brasil (69,91%), já para a cobertura da segunda dose, a realidade do estado (58,53%) apresentou-se bastante semelhante a esses exemplo citados, pois houve uma queda acentuada de uma dose para outra, assim como no estado de Rondônia (41,36%) e para o Brasil (44,25%) (MACHADO e ALCÂNTARA, 2016).

Já em comparação a um município de Goiás onde a cobertura populacional dessa vacina foi de 108,19% de aderência à primeira dose da vacinação no período da campanha. Para o reforço da imunização, administrada seis meses após a primeira foi verificado que do total de jovens apenas 26,36% retornaram (GELATTI, 2014), apresentando o mesmo fenômeno de diminuição acentuada da cobertura em relação à segunda dose.

Observou-se na primeira dose coberturas maiores que 100%, isso pode ser explicado pelo fato de que essa vacina pode ser aplicada junto às escolas, de acordo com a matrícula escolar, dessa forma, meninas que nessa faixa etária que estudam em outros municípios receberam a vacina no local onde frequentam a escola e não no local de residência.

Na literatura brasileira, os dados científicos sobre a não adesão das jovens à vacinação contra o HPV são ainda escassos, assim como as causas atribuídas a este não cumprimento.

No que se refere aos motivos da não adesão à vacinação, alguns países pioneiros na imunização contra o vírus HPV, apontam fatores que devem ser considerados, como: o não conhecimento dos pais sobre o vírus do papiloma humano e sua relação com o câncer do colo do útero, assim como a resistência destes em discutir sexualidade com as adolescentes e a preocupação de que as jovens vacinadas possam se inserir à prática sexual mais precocemente; a baixa propaganda da vacina e a falta de preparação dos profissionais de saúde e das escolas participantes e o desconhecimento das adolescentes frente ao HPV (WRIGHT *et al.*, 2008; GELATTI, 2014).

Segundo Roitman (2016), alguns fatores podem ser elencados para justificar a não aceitação da população em relação à vacina contra o HPV, dentre eles, está o fato de não ser considerada uma vacina de rotina, ou seja, não está introduzida no calendário desde as primeiras consultas à unidade de saúde; a baixa frequência do público adolescente aos serviços de saúde; a grande resistência da população devido ao medo de efeitos colaterais por parte das adolescentes e seus pais; informações não confiáveis divulgadas pelas redes sociais.

Deve-se ressaltar que o amplo acesso às redes de comunicação e a disseminação em massa de informações, muitas vezes errôneas, aumentam a resistência relacionada à vacina. A divulgação dos eventos adversos pós-vacinação assumiu um papel de destaque na mídia, dificultando ainda mais a percepção da população acerca dos benefícios da vacinação (ROITMAN, 2016).

Ao mesmo tempo, precisa-se reconhecer que o conhecimento de efeitos adversos das vacinas pela população é um aspecto positivo quando observado pelo ângulo de que as pessoas são capazes de buscar informação e tomar decisões, ainda que sem o julgamento se acertadas ou não.

Dentre os fatores de resistência à vacina contra o HPV, não se pode deixar de incluir, neste entendimento, uma particularidade no procedimento vacinal. Ela deve ser administrada com a menina/adolescente sentada e, após a administração, a mesma deve permanecer em observação por alguns minutos, antes de ser liberada da unidade. Este evento não ocorre com a aplicação dos demais imunobiológicos e o tempo de espera para a observação de reações gera medo e, nem sempre, a equipe de saúde consegue tempo para realizar o adequado acolhimento a esta população (GUEDES *et al.*, 2017).

Por ser uma vacina que protege contra um vírus sexualmente transmissível, alguns pais associam a vacina como estímulo para a sexualidade, aquilo que consideram como precocidade. Abordar questões sobre sexualidade, início da vida sexual, principalmente em meninas, sem dúvida esbarra em tabus da sociedade brasileira, principalmente quando

atreladas a questões religiosas sensíveis que se opõem à administração da vacina (GUEDES *et al.*, 2017).

É preciso ponderar que qualquer estratégia relacionada à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, seja ela qual for, irá encontrar obstáculos de gênero no que se refere à sexualidade feminina. Obstáculos que precisam ser pensados e enfrentados, a partir de uma educação sexual responsável, que considere que a sexualidade das mulheres não é objeto de repressão e controles masculinos, seja da família, sociedade ou do Estado. Ou seja, a responsabilidade relacionada à prevenção de DST significa discutir as estratégias disponíveis e, conseqüentemente, de livre escolha, no sentido de se evitar as doenças que podem gerar, independente dos conceitos, mitos, entre outros aspectos que estão imbricados no delicado tema, que é o início das relações sexuais de mulheres.

Outra condição, para justificar a baixa adesão é que a partir da segunda fase se tornou possível para os municípios escolher se a vacinação ocorreria no ambiente das escolas públicas e privadas ou nas Unidades Básicas de Saúde, assim, muitos municípios, optaram por efetuar a vacinação somente nas UBS.

Outro fato, que deve ser considerado com a observação dos baixos resultados de adesão das jovens à segunda fase da vacinação, reforça a necessidade da permanência das imunizações no ambiente escolar em todas as fases. A realização de inquéritos domiciliares com os pais e a realização de atividades de educação em saúde podem ajudar na incorporação deste imunobiológico como prática rotineira de proteção.

Deve-se ampliar a comunicação contínua e direcionada aos diferentes públicos, como adolescentes, pais e responsáveis, profissionais da saúde, professores e população em geral, buscando sensibilizar e informar quanto ao tema, pois dado que é uma iniciativa relativamente recente muito ainda precisa ser divulgado e informado.

Inclusive com a veiculação por meio de comunicação tradicional, como campanhas de massa e distribuição de materiais informativos, e por meio de mídias sociais, telefonia móvel e outras tecnologias mais modernas e atuais.

São necessárias ainda ações que valorizem a participação das adolescentes e favoreçam a sua autonomia, estimulando-as a assumirem comportamentos saudáveis.

Em relação ao exame citopatológico a razão do exame é muito baixa em todas as regiões e no município do Rio de Janeiro. Vale ressaltar que a meta nacional para a razão desse exame no ano de 2012 foi de 0,75, e a maior razão obtida nas análises do presente estudo foi de 0,64 e a menor 0,24, ou seja, muito aquém do que deveria ser segundo a preconização do Ministério da Saúde.

Alguns autores destacam possíveis razões para a baixa cobertura de papanicolau, tais como: a falta de regularidade na coleta do exame, subnotificação dos exames realizados, percentual de mulheres realizando o procedimento em serviços privados, oferta insuficiente de serviços/recursos humanos, dificuldade na confirmação diagnóstica, seguimento e tratamento dos casos rastreados (VALE *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2014a).

Um estudo que realizou uma revisão sistemática de literatura sobre a baixa cobertura do exame papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes encontrou alguns principais motivos, tais como: ser solteira; ter baixo nível socioeconômico; não ter consultado o médico no ano anterior; não ter usado contraceptivos orais; não ter problemas ginecológicos; ter vergonha ou medo de realizar o exame; dificuldade de acesso à unidade de saúde, serem mulheres de cor parda ou preta; ausência de solicitação médica; vida sexual inativa e faixas etárias mais jovens (MARTINS, THULER e VALENTE, 2005).

Observa-se que a maioria desses estudos (MARTINS, THULER e VALENTE, 2005) trabalhou com um modelo teórico de cunho individual, enfatizando características sociodemográficas e comportamentais, sem levar em consideração outras dimensões importantes associadas à dificuldade de acesso ao exame de papanicolau sob um aspecto organizacional ou programático, como observado no presente estudo.

Os dados apontam para desigualdades regionais na cobertura do exame de papanicolau na população feminina brasileira, corroborando os achados do presente estudo. Ressalta-se a necessidade de intervenção junto àqueles fatores a ela associados, priorizando-se atividades de educação para o diagnóstico precoce (MARTINS, THULER e VALENTE, 2005).

Também pode-se observar queda no quantitativo de atendimentos para coleta de preventivo citopatológico e as solicitações de exames citopatológicos para as regiões do estado, esse fato pode estar relacionado aos impactos da adequação da portaria do Qualicito (entre 2013 e 2014), como mencionado na etapa 1 do presente estudo, no qual houve mudanças nas unidades laboratoriais de todas as regiões do estado, e muitas foram descredenciadas para a realização do exame.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se na importância do processo de avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelo PMAQ, pois esta é uma importante ferramenta para o planejamento das ações e um qualificador para a tomada de decisões no âmbito da AB.

A realização do PMAQ no estado do Rio de Janeiro foi bastante oportuna na indução de mudanças nas condições, no funcionamento das unidades de saúde e na qualificação de suas equipes de saúde, assim como a possibilidade de melhorias contínuas em relação às ações da AB de forma geral e as de prevenção ao câncer de colo de útero, em especial.

Cabe ressaltar que, por mais que se considere a importância e o alinhamento do PMAQ-AB a uma série de outras iniciativas nacionais do Ministério da Saúde, tais como: o Programa Mais Médicos, o Programa Requalifica UBS e outros seriam necessários outros estudos e maior tempo de existência dos programas para avaliar o impacto dessas iniciativas na qualidade da AB. Em outras palavras, independentemente dos resultados obtidos entre um ciclo e outro do PMAQ-AB, não se pretende atribuir o impacto dos resultados dessas iniciativas ao Programa, visto que um estudo dessa envergadura demandaria outra metodologia e aprofundamento.

A lógica de organização da atenção básica propicia encontros colocando-se como um *locus* privilegiado e que pode ser bastante produtivo entre os profissionais de saúde e a população. Neste nível de atenção, os profissionais de saúde, precisam ser dotados de atitudes proativas estimulando a adesão das mulheres desde as ações preventivas até o tratamento da doença. Devem aproveitar as oportunidades da presença da mulher nas unidades básicas de saúde em todos os momentos, inclusive enquanto a equipe de saúde dialoga sobre outras intervenções, potencializando dessa forma o seu papel de agente mobilizador e ampliando sua resolutividade.

A preocupação com ações preventivas em relação ao câncer do colo do útero, ocorre em nível mundial. É importante salientar que essas ações preventivas, além de trazer inúmeros benefícios para as usuárias, contribuem também para a redução dos gastos financeiros, posto que são menos onerosas do que tratamentos prolongados da doença.

A linha de cuidado deve ser pensada de forma plena, pois perpassa inúmeros serviços de saúde, não havendo integralidade sem a transversalidade do sistema. O cuidado em relação ao CCU, especificamente, depende da integração de diferentes tecnologias para avançar no cuidado das mulheres, considerando os diferentes níveis de evolução da doença.

A falta de comunicação entre os níveis de atenção e serviços assistenciais geram detecção tardia, interrupções e atrasos no tratamento. Em se tratando da AB, a coordenação do cuidado pressupõe a longitudinalidade e a integralidade visando à continuidade assistencial podendo reduzir os intervalos entre rastreio; diagnóstico; início do tratamento e intervenções eficazes.

O estado do Rio de Janeiro possui um contexto histórico importante, inclusive que ajuda a compreender alguns elementos da (des)organização de rede de atenção à saúde e da complexidade da linha de cuidado do câncer de colo de útero, além de apresentar alguns fatores complicadores para a garantia do acesso tais como o elevado contingente populacional com alta concentração demográfica e a histórica baixa cobertura de ESF no estado.

O acesso e suas subdimensões de disponibilidade e adequação e a resolutividade são dimensões extremamente importantes ao se analisar o cuidado em saúde, pois ao reconhecer que a AB exerce o papel de porta preferencial para o sistema de saúde e que em geral essas unidades representam serviços de busca regular por parte dos usuários. Além da AB, também exercer o papel de filtro em relação aos demais níveis de atenção, sendo assim, é crucial compreender e analisar o acesso a esses serviços, assim como avaliar a qualidade e a resolutividade alcançada.

Diante disso, a separação das dimensões foi um artifício meramente técnico, pois evidente que tanto a estrutura, disponibilidade e adequação, quanto a resolutividade estão intimamente ligados no que tange às ações de promoção à saúde e à prevenção ao câncer de colo de útero.

Alguns fatores podem explicar a variabilidade observada no acesso aos serviços, como a disponibilidade de recursos, a capacidade de compra de serviços de saúde das populações locais, os componentes sociodemográficos e epidemiológicos das regiões. O CCU permanece como um desafio para o setor de saúde em função de lacunas nas ações de promoção à saúde e prevenção à doença, como problemas na forma de organização da AB para a realização do programa de rastreamento, detecção precoce e controle da mortalidade que atingem a cada ano uma parcela significativa de mulheres no estado do Rio de Janeiro.

Os resultados do presente estudo revelam que a população feminina enfrenta obstáculos de ordem organizacional para acessar a rede de serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro em seu contato com a AB tanto pela perspectiva da estrutura, disponibilidade de insumos e equipamentos para as ações de prevenção quanto pela baixa adequação dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes da AB, em relação ao que é preconizado

pela literatura e normativas, em relação ao câncer de colo de útero o que afeta sobremaneira a resolutividade dos processos assistenciais.

Em relação a subdimensão de adequação, os resultados apontam para a baixa adesão aos protocolos e diretrizes relacionadas à patologia estudada; baixo registro das atividades em relação à coleta do exame citopatológico; inadequado seguimento e acompanhamento das mulheres elegíveis ou com exames alterados; falta de fluxo e incorreto encaminhamento aos serviços de referência para intervenções que podem ser realizadas no nível local, o que confere pouca eficiência e resolutividade à AB e retarda o tratamento das mulheres. Além disso, observou-se uma incipiente atividade de educação em saúde e visitas domiciliares para busca ativa do público-alvo.

O mesmo padrão ocorre nas atividades de acompanhamento de gestantes.

Em relação à dimensão de resolutividade dos processos assistenciais observou-se alta de mortalidade por câncer de colo de útero; redução do número de doses de vacina de HPV, assim como a baixa cobertura populacional da vacina; baixa razão do exame citopatológico e a redução do quantitativo de atendimentos e solicitação do exame papanicolau.

Pensar na baixa adesão à campanha ministerial relacionada à vacina contra o HPV como uma estratégia contra o câncer do colo do útero exige dos profissionais e gestores o entendimento de que o fato pode estar relacionado ao livre direito de escolha em vacinar ou não as meninas/adolescentes.

Escolhas que podem ser mediadas por uma compreensão equivocada da sexualidade feminina, tão cercada de tabus, mas também por expectativas relacionadas aos eventos adversos da vacina. Seja por medos não esclarecidos referentes à espera na unidade após a administração, com o fito de observar efeitos possíveis, seja pelos responsáveis dessas meninas/adolescentes que tenham acesso às pesquisas que têm tratado dos eventos adversos graves relacionados à administração da vacina, em longo prazo, e que optam por não vacinar. Cumpre alertar que estes desdobramentos graves precisam ser alvo de pesquisas e debates acadêmicos com maior frequência.

A ausência de rastreamento organizado em base populacional é um dos grandes problemas apontados nas ações de rastreamento no estado do Rio de Janeiro, isso fica evidente ao nos depararmos com a realidade de equipes de AB que trabalham (ou deveriam trabalhar) com população cadastrada, e que não mantém o cadastro das mulheres em sua área de atuação, que não possuem informações sobre aquelas que fizeram o exame, que não buscam ativamente as que não o fizeram na periodicidade devida e que não mantém o acompanhamento das que apresentaram qualquer tipo de alteração.

Esse modelo de captação das mulheres de forma oportunística aponta para uma perspectiva de desorganização da AB, e que acarreta em baixas coberturas e deficiências no que tange aos processos de trabalho em relação a ele. Quando, na verdade, o recomendável é que o modelo de captação seja organizado em base populacional, capaz assim de garantir acesso e melhorar a resolutividade do cuidado ofertado.

Observa-se iniquidade profunda em relação ao exame, pois, há um grande contingente de mulheres que realizam exames mais frequentemente que o recomendado e outro grande grupo que não os realiza nunca ou não na periodicidade devida.

As falhas de registro nas bases de dados e a falta de infraestrutura dos programas de rastreamento contribuem para baixa resolutividade das ações de prevenção do CCU.

Outro ponto importante é a dificuldade de avaliação da cobertura efetivamente realizada pelo programa de rastreamento, dado que as principais fontes de dados são o SISCOLO e SISCAN, ambos com problemas e o SIA/SUS que fornece informações acerca dos exames realizados e o fato de sua utilização estar mais relacionada ao pagamento de procedimentos, não permitindo assim a relação entre os exames e as mulheres que os realizaram.

Por se tratar de um estudo avaliativo além de algumas constatações se faz necessário algumas recomendações relacionadas à estrutura, disponibilidade, adequação e resolutividade dos processos assistenciais relacionados às ações de promoção à saúde e à prevenção do câncer de colo de útero.

Recomendações

Implementar uma lógica de planejamento integrado para conformar a linha de cuidado, dotada de mecanismos de comunicação e fluxos, que podem contribuir para a garantia do acesso dos usuários às ações e serviços de diferentes níveis assistenciais necessários para a prevenção do CCU, otimizando assim os recursos disponíveis e potencializando a resolutividade da AB.

É evidente a necessidade de reduzir as desigualdades intrarregionais e com a conformação e adequação da rede de atenção, assim como o fortalecimento dos pactos interfederativos.

Para garantir o acesso, a organização, a integralidade e a qualidade na prevenção do câncer de colo de útero é necessário melhorar desde o programa de rastreamento através do exame citopatológico, bem como o seguimento das usuárias, assim como equipar

adequadamente as unidades para assim ter um papel de destaque na redução da mortalidade específica e acima de tudo garantir o cuidado que todas as mulheres têm direito.

Quanto à disponibilidade se faz necessário garantir a estrutura dos serviços e a disponibilidade dos insumos e equipamentos adequados à assistência.

Na perspectiva da adequação dos processos de trabalho, é preciso criar estratégias para maior adesão ao protocolo recomendado e promoção do acesso das mulheres através do recrutamento da população-alvo, idealmente por meio de um sistema de informação de base populacional e das mulheres em falta com o rastreamento.

Formar profissionais para atuar no sistema de saúde mostra-se fundamental para a resolução dos problemas e para a qualificação do cuidado prestado na prevenção do CCU. A educação permanente em saúde contribui para a organização dos serviços e deve contemplar o desenvolvimento de intervenções que envolvam a adequação, a qualidade do atendimento e a resolutividade.

É imprescindível investir em atividades educativas constantes, aproveitar melhor as oportunidades que a demanda do serviço possibilita a abordagem às mulheres nas ocasiões diversas de comparecimento à unidade por variados motivos, oportunizando ainda o fortalecimento do vínculo da mulher com a profissional.

Envolver os profissionais da AB para que sejam estruturados fluxos que impliquem em ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora, superando assim a concepção racionalizadora da hierarquização burocrática no acesso aos serviços de saúde.

Além da necessidade de melhorar os sistemas de acompanhamento entre os pontos de atenção, monitorando a mulher permanentemente e a colocando nos pontos de atenção previstos na respectiva rede de atenção.

Em relação à resolutividade dos processos assistenciais, o exame citopatológico deve ser compreendido pelos profissionais de saúde que atuam na AB como uma técnica sensível para detecção do CCU e não um fim em si mesmo, ou seja, é apenas o início do processo de intervenção e das possibilidades de cuidado.

As técnicas de rastreamento são aplicadas às populações saudáveis ou grupos de risco e, portanto, devem ter ampla oferta e cobertura. Ampliar a sua cobertura sem oferecer as ações decorrentes do resultado do exame de forma organizada não altera a resolutividade nem a morbimortalidade.

Para além de se pensar no acesso deficitário ao rastreamento há de se levar também em consideração a qualidade do que é realizado, uma vez captada a população-alvo, uma

ordem de questões se coloca em relação à qualidade do exame citopatológico. Equivocadamente considerado um procedimento simples, a coleta do material, sua preparação e transporte devem obedecer a padrões técnicos que garantam que a lâmina possa ser lida, ressaltando assim mais uma vez a importância e a necessidade do treinamento e capacitação dos profissionais da AB nos protocolos definidos.

Deve-se também investir no monitoramento do serviço, na padronização dos registros e na gestão do funcionamento dos sistemas de informação, além de adequado diagnóstico e acompanhamento das mulheres com alterações detectadas e a garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis do cuidado.

Dentre as principais recomendações para garantir sucesso no rastreamento estão a educação permanente e comunicação dos profissionais, com a adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, que inclui definição da população-alvo e do intervalo entre as coletas, assim como a elaboração de guias clínicos para o manejo dos casos suspeitos, além da garantia da abordagem necessária para as mulheres com exames alterados.

A metodologia do presente trabalho traz limitações, já que se baseia em análises quantitativas. Desenhos qualitativos são particularmente úteis para captar e compreender a estrutura, a disponibilidade, a adequação e a resolutividade dos processos assistenciais relacionados ao câncer de colo de útero não só no estado do Rio de Janeiro como no Brasil como um todo.

Buscar o enfoque das regiões de saúde para essa discussão partiu da compreensão de que somente através do planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, além de mecanismos eficientes de pactuação intergestores, os usuários terão acesso a um sistema de saúde integral e resolutivo. Independentemente da heterogeneidade de necessidades e realidades nos territórios do estado do Rio de Janeiro, a organização da rede de atenção em saúde precisa possibilitar aos usuários, o acesso a uma mesma gama de serviços em tempo oportuno e de forma resolutiva.

É necessário que as políticas sanitárias lidem não só com essas intervenções técnicas visando superar os obstáculos do acesso à prevenção ao câncer de colo de útero, mas também com a dimensão simbólica dessa problemática.

Todos esses elementos levantados no estudo implicam em ações no campo da gestão estadual e municipal, tanto para repensar a própria organização da AB, quanto a relação da AB com o restante da linha de cuidado, planejando e estruturando o fluxo de atendimento, assim como a coordenação do cuidado.

Recomenda-se a definição e atribuição de responsabilidades, no que se referem às competências e às ações a serem executadas em cada ponto de atenção com fornecimento de insumos adequados e suficientes para a sua realização e, ao mesmo tempo, no campo assistencial, com a necessária previsão de educação permanente e de capacitação dos profissionais da rede para realizar ações e atividades consoantes às diretrizes e protocolos, assegurando resolutividade das ações e acima de tudo, resguardando o direito à vida das usuárias do SUS.

Apesar dos limites, esta avaliação apresentou um retrato da disponibilidade, dos processos de trabalhos e da resolutividade de parcela importante das equipes de Saúde da Família existentes no estado em relação ao câncer de colo de útero, o que pode ser um bom ponto de partida para análises posteriores. Este registro pode ser o início de um processo consistente de monitoramento e avaliação das práticas de promoção e prevenção ao câncer de colo de útero na Atenção Básica e objeto de contínuo aperfeiçoamento metodológico, dados os desafios postos pela complexidade tecnológica da AB e que exige dos interessados um debate permanente sobre o conteúdo e as formas de organização das práticas nesse âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, K.M.; FRIAS, P.G.; ANDRADE, C.L.T.; AQUINO, E.M.L; MENEZES, G; SZWARCOWALD, C.L. Cobertura do teste Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, p. 301-309, 2009. Suplemento 2.
- ALBUQUERQUE, M.S.V.; LYRA, T.M.; FARIAS, S.F.; MENDES, M.F.M.; MARTELLI, P.J.L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 182-194, out.2014. Número Especial.
- ALMEIDA P.F., GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1.727-1.742, ago.2008.
- ALVES, M.G.M; CASOTTI, E; OLIVEIRA, L.G.D.; MACHADO, M.T.C.; ALMEIDA, P.F.; CORVINO, M.P.F.; MARIN, J.; FLAUZINO, R.F.; MONTENEGRO, L.A.A. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 34-51, out.2014. Número Especial.
- AMARAL, A.F.; ARAÚJO, E.S.; MAGALHÃES, J.C.; SILVEIRA, E.A.; TAVARES, S.B.N.; AMARAL, R.G. Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n.4, p.182-187, abr. 2014.
- ANDERSEN, R.M. *Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?* **Journal of Health and Social Behavior**, Los Angeles, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- AQUINO, R.; BARRETO, L.M. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.905-914, abr. 2008.
- ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1.499-1.509, maio 2016.
- ARRETCHE, M.T.S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E.M. (Org.). **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 2001.p.29-49.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2.865-2.875, nov. 2012.

ASSIS, M.M.A. Redes de atenção à Saúde e os desafios da atenção primária à saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: ALMEIDA, P.F; SANTOS, A.M; SOUZA, M.K.B (Org.). **Atenção Primária à saúde na coordenação em regiões de saúde**. Salvador: EDFBA, 2015.p.45-64.

BAPTISTA, T.W.F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 615-626, mar. 2007.

BAPTISTA, T.W.F; FAUSTO, M.C.R; CUNHA, M.S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p.1007-1028, 2009.

BODSTEIN, R.; FELICIANO, K.; HORTALE, V.A.; LEAL, M.C. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 725-731, jul./set. 2006.

BOTTARI, C.M.S.; VASCONCELLOS, M.M.; MENDONÇA, M.H.M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.111-122, 2008. Suplemento 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998**. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica e dá outras providências. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/ Departamento da Atenção Básica/ Coordenação de Investigação. **Relatório de Avaliação: fevereiro de 2000 a maio de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família** Brasília: Ministério da Saúde 2005a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Relatório de gestão: 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Publica a Lista Brasileira de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**, 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Brasília, DF, 2009.

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 pcatool***. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.

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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de Setembro de 2011.** Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasil, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488, 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). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade: documento síntese para avaliação externa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesos em: 05 mar.2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013**. Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família** [online]. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acessado em: 05 jan.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** [online]. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A.F.B.; CHAVES, L.D.P.; TANAKA, O.Y. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n. 2, p. 240-248, abr. 2014.

CABRAL, A.L.L.V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E.L.G.; CHERCHIGLIA, M.L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4.433-4.442, nov.2011.

CAMPOS, C.E.A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.2, n.6, p.131-147, jul./set. 2006.

CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L.; GAMA, C.A.P.; CAMPOS, G.W.S.; TRAPÉ, T.L.; DANTAS, D.V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, 2014. Número Especial.

CAMPOS, C.E.A.; COHN, A.; BRANDÃO, A.L. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1.351-1.364, maio 2016.

CARDOSO, M.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.7, p.1.273-1.284, jul. 2012.

CARVALHO, F.M; VILLELA, L.E; Costa, E.G. A Estrutura em Rede para a Atenção Oncológica - Rede ONCORIO na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. In. ENCONTRO ANPAD, XXX, Rio de Janeiro, RJ, 2010. **Anais...**Rio de Janeiro, RJ, 2010.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 2, p. 477-506, 2012.

CASTRO, A.L.B.; FAUSTO, M.C.R. A Política Brasileira de Atenção Primária. In. MACHADO, C.V. (Org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 173-196.

CAVALCANTI, P.C.S.; NETO, A.V.O.; SILVA, L.E.; SOUSA, M.F. Análise da estrutura física das unidades básicas de saúde no Brasil. In: GOMES, L.B BARBOSA, M.G; FERLA, A.A (Org.). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – PMAQ-AB**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p.127-160.

CECCIM, R.B. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente: O dever da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.11, n.22, p.345-63, maio/ago. 2007.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTRANDRIOPOULOS, A.P; DENIS, J.L. A Análise de implantação. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.217-238.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.191-202, 2002. Suplemento.

CONILL, E.M Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p. 07- 27, 2008. Suplemento 1.

CONILL, C.R; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p.15-27, nov. 2010. Suplemento 01.

CORREA, M.S.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.12, p.2.257-2.266, dez. 2012.

COSTA, J.P.; JORGE, M.S., M.G.F.; PAULA, M.L.; BEZERRA, I.C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out./dez. 2014.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Programa de Avaliação para qualificação do SUS**. Brasília, DF, 2011. 23p. (Nota técnica).

CRUZ, M.M.; SOUZA, R.B.C.; TORRES, R.M.C.; ABREU, D.M.F.; REIS, A.C.; GONÇALVES, A.L. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 124-139, out. 2014. Número Especial.

CUETO, M. *The origins of primary health care and selective primary health care*. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 94, n.11, p. 1864-1874, 2004.

CUETO, M. **Saúde Global**: uma breve história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

DIAS, L.L. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.199 – 252, 2001.

DIAS, E.C.; LACERDA E SILVA, T. (Org.) **A Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: Possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DISCACCIATI, M.G.; BARBOZA, B.M.S.; ZEFERINO, L.C. Por que a prevalência de resultados citopatológicos do rastreamento do câncer do colo do útero pode variar significativamente entre duas regiões do Brasil? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.36, n.5, p.192-197, maio 2014.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.

DONABEDIAN, A. **The quality of care. How can it be assessed?** Journal of the American Medical Association, 1988; ed. 260, p. 1743-1748.

EMMERICK. I.C.M. **Dimensões e determinantes do acesso a medicamentos em três países da América Central.** 2011, 133f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUME, F.E; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V; RODRIGUES, M.A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.669-681, jul./set. 2006.

FARIAS, A.C.B.; BARBIERI, A.R. Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out./dez. 2016.

FAUSTO, M.C.R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira.** 2005. 261f Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAUSTO, M.C.R.; MENDONÇA, M.H.M.; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação: da atenção básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M.C.R.; FONSECA, H.M.S. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo (PMAQ-AB).** Rio de Janeiro: Saberes, 2013. p. 288-309.

FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SEIDL, H; GAGNO, J. A posição da Estratégia de Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ- AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p.13-33, out. 2014. Número Especial.

FAZZI, M.Z.S. Consolidação da gestão solidária: histórico da regionalização em saúde no Estado do Rio de Janeiro. In: PERES, A.M.M.A.; SANTOS, M.R.C; CALDAS, M.S.; DUTRA, M.J.A.; FONTOURA, P.R.S; PINHEIRO, R.(Org.). **Apoiadores regionais: uma experiência brasileira.** Rio de Janeiro: CEPESC: COSEMS/RJ, 2014.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno infantil**, Recife, v.4, n. 3, p.317 – 321, jul./set. 2004.

FERREIRA, J.B.B.; BORGES, M.J.G.B.; SANTOS, L.L.; FORSTER, A.C. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p.45-56, mar.2014.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P. G. de; (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p.01-14.

FINKLER, A.L.; VIERA, C.S.; TACLA, M.T.G.M.; TOSO, B.R.G.O. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.27, n.6, p.548-553, nov./dez. 2014.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

FRENK, M.J. *El concepto y la medición de la accesibilidad*. **Salud pública de México**, Cuernavaca, v.27, n.5, p.438-453, sept./oct. 1985.

GASPERIN, S.I.; BOING, A.F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer do colo do útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1.312-1.322, jul. 2011.

GELATTI, L.C. Adesão das adolescentes frente à vacinação contra o HPV no município de Uruaçu, Goiás. **Revista Eletrônica de Ciências Humano, Saúde e Tecnologia**, Uruaçu, v. 6, n. 2, p. 01-08, jul./dez.2014.

GERSCHMAN, S. Formulação e implementação de políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ, M.A.D.; SÁ, M.C.; MARTINS, M.; NETO, F.C.B. (Org.) **A Gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p.86-117.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22 n.6, p.1.171-1.181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. A Atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configuração e reformas organizacionais na década de 1990. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 951-963, maio 2006.

GIRIANELLI, V.R.; THULER, L.C.S.; SILVA, G.A. Qualidade do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.4, p.580-588, ago. 2009.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M; ALMEIDA, P.F; ESCOREL, S.; SENNA, M.C.M.; FAUSTO, M.C.R.; DELGADO, M.M.; ANDRADE, C.L.T.; CUNHA, M.S.; MARTINS, M.I.C.; TEIXEIRA, C.P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.783-794, mar.2009.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.de; CARVALHO, A. J. (Org.) **Política de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p.575-595.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M.C.R.; FUSARO, E.; MENDONÇA, M.H.M; GAGNO, J. **Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras**. Pesquisa Regiões e Redes. Caminhos da universalização da saúde no Brasil. 2015 (Nota Técnica n.5).

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GOMES, F.M.P.; LIMA, L.D.; KUSCHNIR, R.C. A interface do cuidado do câncer do colo do útero no complexo econômico-industrial da saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia** [online], Rio de Janeiro, v. 58, n.3, p.379-388, jul./ago./set. 2012.

GUEDES, M.C.R.; SÃO BENTO, P.A.S.; TELLES, A.C.A.; QUEIROZ, A.B.A.; XAVIER, R.B. Vacina do papilomavírus humano e o câncer do colo do útero: uma reflexão. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], Recife, v.11, n.1, p.224-231, jan. 2017.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, p. 331-336. 2004. Suplemento 2.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1.649-1.659, ago. 2006.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; GARCIA, RML. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 231-239, jan./mar. 2000.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J.S.Y.; CASTRO, P.C.; RIBEIRO, M.C.S.A.; FORSTER, A.C.; NOVAES, M.H.D.; VIANA, A.L.D.A. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 683-703. jul./set. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Estados@. **Perfil do Estado do Rio de Janeiro**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj>>. Acesso em: 05 jan.2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -IBGE. **Produto interno bruto dos municípios 2010 - 2013** [online]. Brasília, DF, 2016 c Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2010_2013/default_xls.shtm>. Acesso em: 05 jan.2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -IBGE. **Estimativa para a população em 1º de julho de 2015** [online]. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em: 05 jan.2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Área territorial Brasileira** [online]. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm>. Acesso em: 05 jan.2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 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**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

JUNIOR, P.; CAVALCANTE, J. L. M.; SOUSA, R. A.; MORAIS, A.P.P.; SILVA, M. G. C. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 268-278, jan./mar. 2015.

KESSNER, D.M.; KALK, C.E.; SINGER J. *Assessing health quality: the case for tracers. The New England Journal of Medicine*, London, v.288, n.4, p.189-194, 1973.

KRINGOS, D.S.; BOERMA, W.G.W.; BOURGUEIL Y.; CARTIER, T.; HASVOLD, T.; HUTCHINSON, A.; LEMBER, M.; OLESZCZYK, M.; PAVLIC, D.R.; SVAB, I.; TEDESCHI, P; WILSON, A; WINDAK, A; DEDEU, T; WILM, S. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. **BMC Family Practice**, London, v.11, n.81, p. 01-08, 2010a.

KRINGOS, D.S.; BOERMA, W.G.; HUTCHINSON, A.; VAN DER ZEE, J.; GROENEWEGEN, P.P. *The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Service Research*, London, v.10, n.1, p.65-78, 2010.

KUSCHINIR, R.; CHORNY, A.; LIRA, A.M.L.; SONODA, G.; FONSECA, T.M.P. Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar o acesso e diminuir desigualdade. In: UGA, M.A.D.; SÁ, M.C.; MARTINS, M.; NETO, F.C.B. (Org.) **A Gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p.215-240.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, out./dez. 2011.

LIMA, L.D.; VIANA, A.L.A. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A.L.A.; LIMA, L.D. (Org.) **Regionalização e relações federativas na política de Saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p.39-63.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. *The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Service Research*, London, v.38, n.3, p.831-865, jun. 2003.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.243-256, set./dez. 2003.

MACINCKO, J; ALMEIDA, C. *Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. International Journal of Health Planning and Management*, v.4, n.19, p. 303-317, 2004.

MACHADO, C.V. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. 2005, 391f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, 2005.

MACHADO, P.A.T.; ALCÂNTARA, A.C.M. Cobertura Vacinal Contra o HPV em Meninas de 09 a 11 Anos no Município de Rolim de Moura – RO. **Revista de Enfermagem e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.2, p. 74-90, 2016.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; GARIGLIO, M.T.; TEIXEIRA, O.G.S. **Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH**. Mimeo. Belo Horizonte, SMSA/BH, 2002.

MALTA, D.C.; SANTOS, M.A.S.; STOPA, S.R.; VIEIRA, E.B.; MELO, E.A.; REIS, A.A.C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p.327-338, fev.2016.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, v.15, n.1, p. 13-19, fev. 2007.

MARTINS, L.F.L.; THULER, L.C.S.; VALENTE, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.27, n.8, p. 485-492, ago. 2005.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A.L.Q.; MOTA, E; PEREIRA JUNIOR, E; LUZ, L.A.; ANJOS, D.S.O.; PINTO, I.C.M. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p. 69-82, out.2004. Número Especial.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MELLO, G.A.; VIANA, A.L.A. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos** [online], Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1.219-1.239, out./dez.2012.

MELO, M.C.S.C.; VILELA, F.; SALIMENA, A.M.O.; SOUZA, I.E.O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia** [online], Rio de Janeiro, v.58, n.3, p. 389-398, jul./ago./set. 2012.

NASCIMENTO, G.W.C.; PEREIRA, C.C.A.; NASCIMENTO, D.I.C.; LOURENÇO, G.C.; MACHADO, C.J. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, no período entre 2000-2010: um estudo a partir dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 253-260, jul./set. 2015.

NUNES, B.P.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; DURO, S.M.S.; FACCHINI, L.A. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.6, p.968-976, dez. 2014.

OLIVEIRA, I.S.B.; PANOBIANCO, M.S.; PIMENTEL, A.V.; NASCIMENTO, L.C.; GOZZO, T.O. Ações das equipes de saúde da família na prevenção e controle do câncer de colo de útero. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9, n.2, p.220-227, abr./jun. 2010.

OPAS/OMS. **Renovação da atenção primária nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Pan-american Health Organization- PAHO/WHO; 2005.

OPAS. **Reforma da APS na cidade do Rio de Janeiro** – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS; 2013.

PARADA, R. **Federalismo e o SUS**: um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro. 2002, 158f. Tese (Doutorado) -: Instituto de Medicina Social; Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2002.

PAVÃO, A.L.B.; COELI, C.M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.471-482, jan. 2008.

PENCHANSKY, D.B.A; THOMAS, J.W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v.19, p.127-140. 1981.

PENNA, M.L.F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: SANTANA, J.P (Org.) **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 1997.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implementação. **Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, ago. 2012.

PROTASIO, A. P. L.; SILVA, P. B.; LIMA, E. C.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 209-220, out. 2014. Número Especial.

QUINDERÉ, P.H.D.; JORGE, M.S.B.; NOGUEIRA, M.S.L.; COSTA, L.F.A.; VASCONCELOS, M.G.F. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p.2.157-2.166, jul. 2013.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RAMOS, A.L.; MACHADO, G.M.O.; FREITAS, N.A.; SILVA, D.P; SANTOS, A.C.I; OLIVEIRA, E.N. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero no município de Parnaíba, Piauí, Brasil. *Paraninfo digital monográficos de investigación en salud*, Granada, v.3, n. 20, 2014.

REHEM, T.C.M.S.B.; CIOSAK, S.I., EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à atenção Primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.3, p.535-542, jul./set. 2012.

RIBEIRO-SOBRINHO, C.; SOUZA, L.E.P.F.; CHAVES, S.C.L. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.295-302, fev. 2008.

RIBEIRO, L.; BASTOS, R.R.; RIBEIRO, L.C.; VIEIRA, M.T.; LEITE, I.C.; TEIXEIRA, M.T. Não adesão às diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero entre mulheres que frequentaram o pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.35, n.7, p.323-330, jul. 2013.

RICO, A.M. O exame certo para mulheres certas: papanicolau e feminilidade na perspectiva de mulheres. In: TEIXEIRA, L. (Org.). **Câncer de mama e de colo de útero: conhecimento, políticas e práticas**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015.p.115-163.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 431, de 14 de abril de 1993**. Institui Áreas de Planejamento Sanitário (APS) na Cidade do Rio de Janeiro. Diário oficial do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 16 abr. 1993. p. 14-15.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária. Vigilância e promoção da Saúde. **As cinquenta primeiras clínicas da família da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: SMS, DC; 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Lei nº 5.809, de 25 de agosto de 2010**. Cria a Rede de Atenção Oncológica do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, 2010. Disponível em: <<https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/1024923/lei-5809-10>>. Acesso: 05 mar. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. **Regiões e Microrregiões de Saúde** [online]. Rio de Janeiro, RJ, 2016. Disponível em: <<http://www.conselhodesaude.rj.gov.br>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Razão de exame citopatológico de colo útero segundo as regiões de saúde do estado e o município do Rio de Janeiro de 2011 a 2014** [online]. Rio de Janeiro, RJ, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro. **Atas das Reuniões** [online]. Rio de Janeiro, RJ, 2017. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/atas-das-reunioes.html>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

ROITMAN, B. HPV: uma nova vacina na rede pública. **Boletim Científico de Pediatria**, Porto Alegre, v.1, n.4, p.3-4. 2015.

ROSA, R.B.; PELEGRINI, A.H.W.; LIMA, M.A.D.S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.345-351, jun. 2011.

ROSELLA, D.; HARHAY, M.O.; PAMPONET, M.L.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, n.349. p.1-10.2014.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. **Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde**: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press; 2006.

SAMICO, I; FIGUEIRÓ, A.C; FRIAS, P.G. Abordagens metodológicas em saúde. In: SAMICO, I; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Org.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.p.15-28.

SANTOS, R.S.; MELO, E.C.P. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.410-416, abr./jun. 2011.

SARTORI, M.C.S. **Avaliação da qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero (SISCOLO/SISCAN)**. 2016.87p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2016.

SCHÄFER, W.L.; BOERMA, W.G.; KRINGOS, D.S.; DE MAESENEER, J.; GRESS, S.; HEINEMANN, S.; ROTAR-PAVLIC, D.; SEGHERI, C.; SVAB, I.; VAN DEN BERG, M.J.; VAINIERI, M.; WESTERT, G.P.; WILLEMS, S.; GROENEWEGEN, P.P. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. **BMC Family Practice**, v. 12, n. 115, 2011.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A. Receptiveness and links to clients in a Family Health Program team. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.487-1.494, nov./dez.2004.

SCHNEIDER, A.C. **Consórcios Intermunicipais de saúde: instrumentos de organização do Sistema Único de Saúde**. 1998, 104f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SCHWARTZ, T. D.; FERREIRA, J.T.B.; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R.C.D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2.145-2.154, jul. 2010.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3.579–3.586, mar. 2010.

SILVA, M.G.P.; ALMEIDA, R.T.; BASTOS, E.A.; NOBRE, F.F. Determinantes da detecção de atipias celulares no programa de rastreamento do câncer do colo do útero no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.34, n.2, p. 107-113, 2013.

SILVA, R.M.M.; VIERA, C.S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.5, p.794-802, set./out. 2014b.

SILVA, D.S.M.; SILVA, A.M.N.; BRITO, L.M.O.; GOMES, S.R.L.; NASCIMENTO, M.D.S.B.; CHEIN, M.B.C. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1.163-1.170 abr. 2014a.

SILVA, K.B.; BEZERRA, A.F.B.; CHAVES, L.D.P.; TANAKA, O.U. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.2, p.240-248, abr. 2014.

SILVA, M.R.F.; BRAGA, J.P.R.; MOURA, J.F.P.; LIMA, J.T.O. Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 107-119, jul./set. 2016.

SILVEIRA, A.C.; MACHADO, C.V.; MATTA, G.C. A atenção primária em saúde na agenda da organização pan-americana de saúde nos anos 2000. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.13, n.1, p.31-44, jan. 2015.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C., ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.100-110, 2008. Suplemento 1.

SOUSA, F.O.S.; MEDEIROS, K.R.; JÚNIOR, G.D.G.; ALBUQUERQUE, P.C. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1.283-1.293, abr. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINCKO, J. Contribution of Primary care to health systems and health. **Journal List Milbank Quarterly**, v. 83, n.3, p. 457-502, sep. 2005.

SZWARCWALD, C.L., MENDONÇA, M.H.M.; ANDRADE, C.L.T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 643 – 655, jul./set. 2006.

SZWARCWALD, C.L.; VIACAVA, F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, p. 58-66, maio 2008. Suplemento 1.

TAKEMOTO, M.L.; SILVA, E.M. *Receptiveness and changes in the nursing work process in healthcare units in Campinas*, Sao Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev.2007.

TANAKA, O.U.; SANTO, A.C.G.E. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.8, n.3, p. 325-332, jul./set. 2008.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, M. B.; CASANOVA, A.; OLIVEIRA, C. C. M.; ENGSTROM, E. M.; BODSTEIN, R. C. A. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 52-68, out. 2014. Número Especial.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W. User embracement and social (de) medicalization: a challenge for the family health teams. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3615-3624, 2010. Suplemento 3.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p.190-198, 2004. Suplemento 2.

TURRINI, R.N.T.; LEBRÃO, M.L.; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p.663-674, mar. 2008.

UGÁ, M.A.; PORTO, S.M.; SANTOS, I.S.; VIACAVA, F. O financiamento do SUS na esfera estadual de governo: o estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ, M.A.D.; SÁ, M.C.; MARTINS, M.; NETO, F.C.B. (Org.). **A Gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.p.198-226.

VALE, D.B.A.P.; MORAIS, S.S.; PIMENTA, A.L.; ZEFERINO, L.C. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.383-390, fev. 2010.

VIANA, A.L.D.V.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.225- 264, 2005. Suplemento 0.

VIANA, A.L.; ROCHA, J.S.Y.; ELIAS, P.E.; IBAÑEZ, N.; BOUSQUAT, A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.79-90. 2008. Suplemento 1.

VUORI, H. *Health for all, primary health care and general practitioners. Journal of the Royal College of General Practitioners*, September 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Primary health care. Now more than ever. The World Health Report 2008*. Geneva: WHO; 2008.

WRIGHT, C.J.; HUH, W.K.; MONK, B.J.; SMITH, J.S.; AULT, K; HERZOG, T. *Age considerations when vaccinating against HPV. Gynecologic Oncology*, New York, v. 109, n. 109, p.40-47, feb. 2008.

ZARDO, G.P.; FARAH, F.P.; MENDES, F.G.; FRANCO, C.A.G.S.; MOLINA, G.V.M.; MELO, G.N.; KUSMA, S.Z. Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.9, p.3.799-3.808, set. 2014.

ANEXO A - VARIÁVEIS E PERGUNTAS RELACIONADAS A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO, PRESENTES NOS QUESTIONÁRIOS DO PMAQ NO CICLO 1

Módulo	Variáveis	Número da pergunta	Pergunta
I	I.11 Equipamentos e materiais	I_11_14	Foco de luz para exame ginecológico
		I_11_20	Mesa para exame ginecológico com perneira
	I.12 Insumos para atenção à saúde	I_12_7	Espéculo descartável
		I_12_9	Escovinha endocervical
		I_12_10	Espátula de Ayres
		I_12_12	Fixador de lâmina
		I_12_15	Lâmina de vidro com lado fosco
	I_12_16	Porta-lâmina	
I.13 Material impresso para atenção à saúde	I_13_17	Ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (SISCOLO)	
II	II.16 Organização da agenda	II_16_7_1	Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas? Prevenção e acompanhamento de câncer do colo do útero
	II.17 Equipe de atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde - Utilização de protocolos	II_17_4_1	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para Câncer de colo de útero
	II.18 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	II_18_5_2	Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer do colo do útero
	II.19 Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas e exames	II_19_21_1	Consulta em ginecologia para tratamento das alterações de exame de citologia para diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero: Quantidade
		II_19_21_2	Consulta em ginecologia para tratamento das alterações de exame de citologia para diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero: Dias de espera
		II_19_23_1	Exame de citologia para diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero: quantidade

		II_19_23_2	Exame de citologia para diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero: dias de espera
II.21 Atenção ao câncer do colo do útero e de mama		II_21_1	A equipe de atenção básica realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?
		II_21_1/1	Existe documento que comprove?
		II_21_2	A equipe de atenção básica possui registro com o número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?
		II_21_2/1	Existe documento que comprove?
		II_21_3	A equipe de atenção básica possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados?
		II_21_3/1	Existe documento que comprove?
		II_21_4	A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado?
		II_21_5	Existe documento que comprove?
		II_21_5/1	A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame citopatológico?
		II_21_5/1	Existe documento que comprove?
II.22 Planejamento familiar		II_22_2_1	Preservativos masculinos (camisinha)
		II_22_2_2	Preservativos femininos
II.23 Atenção ao pré-natal, parto e puerpério		II_23_7_4	No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
II.31 Promoção da saúde		II_31_1_1	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)
II.32 Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio		II_32_5_5	Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada busca ativa no território de: Mulheres elegíveis para realização do exame citopatológico
		II_32_5_6	Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada busca ativa no território de: Mulheres com coleta do exame citopatológico em atraso
		II_32_5_7	Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada busca ativa no território de: Mulheres com resultados do exame citopatológico alterado

III	III.10 Saúde da mulher	III_10_1	Quando a senhora tem um problema ginecológico, consegue ser atendida na hora mesmo sem estar com a consulta marcada?
		III_10_2	Se NÃO é atendida na hora, indique para quando a marcação da consulta é feita:
		III_10_3	Se for para o mesmo dia, indique quanto tempo demora normalmente:
		III_10_4	Se for para outro dia, indique quantos dias demora normalmente:
		III_10_5	Após ser atendida, a senhora sai com a próxima consulta já marcada?
		III_10_6	A senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame papanicolau) nesta unidade de saúde?
		III_10_7	Porque a senhora não faz o exame preventivo nesta unidade de saúde?
		III_10_8	Em qual outro local a senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame papanicolau)?
		III_10_9	Quando foi a última vez que a senhora fez o exame preventivo de câncer do colo de útero (exame papanicolau)?
		III_10_10	Na(s) consulta(s) que a senhora já fez nesta unidade de saúde, foi orientada quanto à importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame papanicolau) e quando deve fazer outro?
		III_10_11	Normalmente, quanto tempo depois a senhora recebe o resultado do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame papanicolau)?
		III_10_12	Já foi indicado para a senhora fazer uma colposcopia (exame feito depois de algum resultado alterado no exame papanicolau)?
		III_10_12/1	Quanto tempo a senhora esperou para fazer?
	III_10_17	A senhora já foi encaminhada para fazer uma consulta com o(a)médico(a) ginecologista, em outra unidade de saúde?	
	III.11 Gravidez e pré-natal	III_11_10_5	Na(s) consulta(s) de pré-natal, os profissionais de saúde: Realizaram exame preventivo de câncer do colo do útero (exame papanicolau)
		III_11_10_6	Na(s) consulta(s) de pré-natal, os profissionais de saúde: 6. Realizaram exame ginecológico

		III_11_11_4	Na(s) consulta(s) de pré-natal, a senhora foi orientada sobre: A importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame papanicolau) e quando deve fazer o próximo
	III.13 Informações sobre o pós-parto	III_13_8	Foi realizado exame ginecológico na senhora?

Fonte: Elaboração própria a partir dos instrumentos do ciclo 1 do PMAQ-AB. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

ANEXO B - VARIÁVEIS E PERGUNTAS RELACIONADAS A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO, PRESENTES NOS QUESTIONÁRIOS DO PMAQ NO CICLO 2

Módulo	Variáveis	Número da pergunta	Pergunta
I	I.12 - Equipamentos e Materiais	I.12.10	Foco de luz para exame ginecológico
		I.12.10/1	Quantos em condições de uso?
		I.12.14	Mesa para exame ginecológico com perneira
		I.12.14/1	Quantos em condições de uso?
	I.16 - Insumos para Atenção à Saúde	I.16.8	Espéculo descartável
		I.16.10	Escovinha endocervical
		I.16.11	Espátula de Ayres
		I.16.13	Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas)
		I.16.15	Lâmina de vidro com lado fosco
		I.16.16	Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina
		I.16.21	Preservativo masculino
		I.16.22	Preservativo feminino
	II.14 Atenção à Saúde	II.14.2.2	A equipe possui o registro do seu território: Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero
		II.14.2.10/1	Existe documento que comprove?
		II.14.4.1	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? Câncer do colo do útero
		II.14.4.13/1	Existe documento que comprove?
		II.14.6.6	A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção? Citopatológico alterado
		II.14.6.9/1	Existe documento que comprove?
		II.14.7.1	A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Câncer do colo do útero
		II.14.7.2	A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Citopatológico atrasado
II.14.7.16/1	Existe documentação que comprove?		

	II.17 Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe	II.17.1.4	Quais exames são realizados/coletados na unidade? ES - Exame citopatológico de colo de útero
	II.18 Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	II.18.3.4	No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
		II.18.5	A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?
	II.26 Promoção da Saúde	II.26.1.1	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)
		II.26.1.7	Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva
	II.30 Atividades nas Escolas	II.30.5.3	Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza? Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS
	II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	II.33.2.10	Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe? Médico Ginecologista/Obstetra
III	III.12 - Saúde da Mulher	III.12.1	Exceto para exame de preventivo, quando a senhora precisou de uma consulta ginecológica, conseguiu ser atendida no mesmo dia mesmo sem estar com a consulta marcada? (Se NÃO, passar para a questão III.12.5)
		III.12.2	Indique quanto tempo demora na maioria das vezes:
		III.12.3	Indique quantos dias demora normalmente:
		III.12.4	Após ser atendida, a senhora sai com a próxima consulta já marcada?
		III.12.5	A senhora foi orientada quanto à importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame papanicolau) e quando deve fazer outro?
		III.12.6	Quando foi a última vez que a senhora fez o exame preventivo de câncer do colo de útero (exame papanicolau)? Meses Se Nunca fez o exame ou NÃO, passar para a questão II.12.9.
		III.12.7	A senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame papanicolau) nesta unidade de saúde?
		III.12.8	A senhora sabe quanto tempo se espera para receber o resultado exame papanicolau (preventivo de câncer do colo do útero), na maioria das vezes?

III.13 - Gravidez e Pré-natal	II.13.8.5	Na(s) consulta(s) de pré-natal nesta unidade de saúde, os profissionais de saúde: Exame preventivo de câncer do colo do útero (exame papanicolau)
	II.13.8.6	Na(s) consulta(s) de pré-natal nesta unidade de saúde, os profissionais de saúde: Realizaram exame ginecológico
	III.13.9.4	A importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame papanicolau) e quando deve fazer o próximo
III.15 - Atenção ao pós-parto	III.15.8	Foi realizado exame ginecológico na senhora?

Fonte: Elaboração própria a partir dos instrumentos do ciclo 2 do PMAQ-AB. Disponibilizados pela coordenação do PMAQ – AB.

ANEXO C - PADRÕES DE REFERÊNCIAS E INDICADORES, SEGUNDO AS SUB DIMENSÕES DE DISPONIBILIDADE E ADEQUAÇÃO, PARA AS PERGUNTAS DO CICLO 1 DO PMAQ

Disponibilidade: Equipamentos e insumos da ESF para a promoção à saúde e prevenção ao câncer de colo de útero		
Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
Foco de luz para exame ginecológico	pelo menos 1	% de EqAB que afirmaram ter 1
Mesa para exame ginecológico com perneira	pelo menos 1	% de EqAB que afirmaram ter 1
Espéculo descartável	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espéculo descartável
Escovinha endocervical	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível escovinha cervical
Espátula de Ayres	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espátula de ayres
Fixador de lâmina	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível fixador de lâminas
Lâmina de vidro com lado fosco	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível lâmina e vidro
Porta-lâmina	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível porta lâmina
Ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (SISCOLO)	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível ficha de Sisco
Adequação: Processos de trabalho na ESF para a promoção à saúde e prevenção ao câncer de colo de útero		
Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
Equipe programa ofertas para a Prevenção e acompanhamento de CCU	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar programação para prevenção e acompanhamento de CCU
Possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para CCU	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir protocolos para CCU
Consulta ginecologia para citologia com de lesões precursoras de CCU.Dias de espera	até 30 dias	% de EqAB que afirmaram que o tempo de espera para uma consulta de ginecologia para citologia com lesões precursoras é até 30 dias
A equipe de AB realiza a coleta do ex.	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar coleta de ex.citológico

citopatológico na unidade		
A equipe de AB realiza a coleta do ex. citopatológico na unidade documento que comprove	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir documento que comprove coleta de ex.citológico
A equipe de AB possui registro com o n° de mulheres com coleta atrasada de ex.citopatológico	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir registro de coleta atrasada
A equipe de AB possui registro de mulheres com ex. citopatológicos alterados	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir registro de exames alterados
A equipe de AB realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar o seguimento das mulheres após tratamento
A equipe de AB realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado. Doc que comprove	Sim	%de EqAB que possuem registro do seguimento de mulheres após o tratamento
A equipe de AB utiliza estratégias de divulgação/ sensibilização para realização do ex. citopatológico	Sim	% de EqAB que afirmaram utilizar estratégias de divulgação\sensibilização para realização do ex. citopatológico
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre Coleta de ex citopatológico realizadana gestante	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar no acompanhamento da gestante o exame citopatológico
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Mulheres ccu	Sim	% de EqAB que afirmaram ofertar ações educativas e de promoção à saúde direcionadas a mulheres com o tema de prevenção ao CCU
A equipe realiza estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar estratégia de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva
Nas VD dos ACS, é realizada busca ativa no território de: Mulheres elegíveis para realização do ex citopatológico	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar na VD a busca ativa no território de: Mulheres elegíveis para realização do ex citopatológico

Nas vd dos ACS, é realizada busca ativa no território de:Mulheres com coleta do ex citopatológico em atraso	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar na VD busca ativa no território de:Mulheres com coleta do ex citopatológico em atraso
Nas vd dos ACS, é realizada busca ativa no território de:Mulheres com resultados do ex citopatológico alterado	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar na VD busca ativa no território de:Mulheres com resultados do ex citopatológico alterado
Quando a senhora tem um problema ginecológico, consegue ser atendida na hora mesmo sem estar com a consulta marcada?	Sim	% de EqAB que afirmaram que quando tem problema ginecológico consegue ser atendida na hora mesmo sem estar com a consulta marcada
Se for para outro dia, indique quantos dias demora normalmente:	até 1 dia	% de usuários que afirmaram que um dia para conseguir uma consulta diante de um problema ginecológico
A senhora faz o exame preventivo de CCU (exame papanicolau) nesta unidade de saúde?	Sim	% de usuários que afirmaram que fazem o preventivo na unidade
Quando foi a última vez que a senhora fez o exame preventivo de ccu ? Em meses	até 12 meses	% de usuários que afirmaram que realizaram o exame preventivo nos últimos 12 meses
Normalmente, quanto tempo depois a senhora recebe o resultado do exame preventivo de ccu: Em dias	até 30 dias	% de usuários que afirmaram receber o resultado do exame preventivo em até 30 dias
Quanto tempo a senhora esperou para fazer o exame de colposcopia ?Em dias	até 15 dias	% de usuários que afirmaram esperar até 15 dias para o exame de colposcopia
A senhora já foi encaminhada para fazer uma consulta com o(a) médico(a) ginecologista, em outra unidade de saúde?	Sim	% de usuários que afirmaram ter esperado para consulta com ginecologista

ANEXO D - PADRÕES DE REFERÊNCIAS E INDICADORES, SEGUNDO AS SUB DIMENSÕES DE DISPONIBILIDADE E ADEQUAÇÃO, PARA AS PERGUNTAS DO CICLO 2- PMAQ

Disponibilidade: Equipamentos e insumos da ESF para a promoção à saúde e prevenção ao câncer de colo de útero		
Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
Foco de luz para exame ginecológico	Sim	% de EqAB que afirmaram ter Foco de luz para exame ginecológico
Quantos em condições de uso?	pelo menos 1	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 Foco de luz para exame ginecológico em condições de uso
Mesa para exame ginecológico com perneira	Sim	% de EqAB que afirmaram ter Mesa para exame ginecológico com perneira
Quantos em condições de uso?	pelo menos 1	% de EqAB que afirmaram ter pelo menos 1 Mesa para exame ginecológico para exame ginecológico em condições de uso
Espéculo descartável	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espéculo descartável
Escovinha endocervical	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível escovinha cervical
Espátula de Ayres	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível espátula de ayres
Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas)	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível fixador de lâminas
Lâmina de vidro com lado fosco	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível lâmina de vidro
Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível porta lâmina
Preservativo masculino	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível Preservativo masculino
Preservativo feminino	Sempre disponível	% de EqAB que afirmaram ter sempre disponível Preservativo feminino

Adequação: Processos de trabalho na ESF para a promoção à saúde e prevenção ao câncer de colo de útero		
Perguntas	Padrão de referência	Indicadores
A equipe possui o registro do seu território: Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir registro no território Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero
Existe documento que comprove?	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir documento que comprove registro no território Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? CCU	Sim	% de EqAB que afirmaram utilizar protocolos para estratificação de risco para quais situações de CCU
A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção com Citopatológico alterado	Sim	% de EqAB que afirmaram manter registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção com Citopatológico alterado
A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Câncer do colo do útero	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar busca ativa em relação Câncer do colo do útero
A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Citopatológico atrasado	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar busca ativa em relação a Citopatológico atrasado
II.17.1.4 Quais exames são realizados/coletados na unidade? ES - Exame citopatológico de colo de útero	Sim	% de EqAB que afirmaram realizar Exame citopatológico de colo de útero
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre Coleta de exame citopatológico realizada na gestante	Sim	% de EqAB que afirmaram possuir registro sobre Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	Sim, todos os exames	% de EqAB que afirmaram receber os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)	Sim	% de EqAB que afirmaram ofertar ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva	Sim	% de EqAB que afirmaram ofertar ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e

		à saúde reprodutiva
Exceto para exame de preventivo, quando a senhora precisou de uma consulta ginecológica, conseguiu ser atendida no mesmo dia mesmo sem estar com a consulta marcada?	Sim	% Usuários que afirmaram que conseguem ser atendidas no mesmo dia sem ter consulta marcada
Indique quanto tempo demora na maioria das vezes:em minutos	até 8 horas =480 minutos	% de usuários que afirmaram que esperaram até 480 minutos para serem atendidos em uma consulta diante de um problema ginecológico
Indique quantos dias demora normalmente:em dias	até 1 dia	% de usuários que afirmaram que em dia para conseguir uma consulta diante de um problema ginecológico
A senhora foi orientada quanto à importância do exame preventivo de CCU e quando deve fazer outro?	Sempre	% de usuárias que sempre foram orientadas quanto à importância do exame preventivo de CCU e quando deve fazer outro
Quando foi a última vez que a senhora fez o exame preventivo de CCU ? Meses Se Nunca fez o exame ou NÃO, passar para a questão II.12.9.	até 12 meses	% de usuários que afirmaram que realizaram o exame preventivo nos últimos 12 meses
A senhora sabe quanto tempo se espera para receber o resultado exame (preventivo de CCU, na maioria das vezes)?Em dias	até 30 dias	% de usuários que afirmaram esperar até 30 dias para receber resultado de exame preventivo

ANEXO E - DESCRIÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, SEGUNDO OS MUNICÍPIOS QUE AS COMPÕEM

- Baía da Ilha Grande – composta por 3 municípios (Angra dos Reis, Paraty e Magaratiba);
- Baixada Litorânea - composta por 9 municípios (Cabo frio, Araruama, São Pedro da Aldeia, Rio das Ostras, Saquarema, Casimiro de Abreu, Arraial do Cabo, Armação de Búzios e Iguaba Grande);
- Centro-Sul - composta por 10 municípios (Três Rios, Paracambi, Paraíba do Sul, Vassouras, Paty de Alferes, Miguel Pereira, Mendes, Sapucaia, Engenheiro Paulo de Frontin, Areal e Comendador Levy Gasparean);
- Médio Paraíba - composta por 12 municípios (Volta Redonda, Barra Mansa, Resende, Barra do Piraí, Valença, Itatiaia, Piraí, Pinheiral, Rio Claro, Porto Real, Quatis e Rio de Flores)
- Metropolitana 1 - composta por 11 municípios (Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Belford Roxo, São João de Meriti, Magé, Mesquita, Nilópolis, Queimados, Itaguaí, Japeri e Seropédica);
- Metropolitana 2 - composta por 8 municípios (Rio de Janeiro, São Gonçalo, Niterói, Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Tanguá e Silva Jardim);
- Noroeste - composta por 14 municípios (Itaperuna, Santo Antonio de Pádua, Bom Jesus de Itabapoana, Miracema, Itaocara, Porciúncula, Natividade, Cambuci, Italva, Cardoso Moreira, Aperibé, Varre-Sai, Laje de Muriaé e São José de Ubá).
- Norte - composta por 8 municípios (Campos dos Goytacazes, Macaé, São Francisco de Itabapoana, São Fidélis, São João da Barra, Conceição de Macabu, Quissamã e Carapebus)
- Serrana - composta por 16 municípios (Petrópolis, Nova Friburgo, Teresópolis, Cachoeiras de Macacu, Guapimirim, Bom Jardim, Cantagalo, São José do Vale do Rio Preto, Cordeiro, Carmo, Sumidouro, Duas Barras, Santa Maria Madalena, Trajano de Moraes, São Sebastião do Alto, Macuco).