

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Nathalia de Paula Domingues

**Rastreo organizado do câncer de colo uterino na Estratégia de Saúde da Família: estudo**  
de avaliabilidade de uma intervenção no município de São José, Santa Catarina

Rio de Janeiro

2023

Nathalia de Paula Domingues

**Rastreio organizado do câncer de colo uterino na Estratégia de Saúde da Família: estudo de avaliabilidade de uma intervenção no município de São José, Santa Catarina**

Dissertação 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 Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elyne Montenegro Engstrom.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Aline Daiane Schlindwein.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Organized cervical cancer screening in the Family Health Strategy: an evaluability study of an intervention in São José, Santa Catarina.

D671r Domingues, Nathalia de Paula.  
Rastreo organizado do câncer de colo uterino na Estratégia de Saúde da Família: estudo de avaliabilidade de uma intervenção no município de São José, Santa Catarina / Nathalia de Paula Domingues. -- 2023.  
106 f. : il.color.

Orientadora: Elyne Montenegro Engstrom.  
Coorientadora: Aline Daiane Schlindwein.  
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.  
Bibliografia: f. 85-93.

1. Neoplasias do Colo do Útero. 2. Programas de Rastreamento. 3. Avaliação em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 616.994

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348  
Biblioteca de Saúde Pública

Nathalia de Paula Domingues

**Rastreo organizado do câncer de colo uterino na Estratégia de Saúde da Família:** estudo de avaliabilidade de uma intervenção no município de São José, Santa Catarina

Dissertação 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 Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 15 de setembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Yara Lucia Mendes Furtado de Melo  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Faculdade de Medicina

Prof.<sup>a</sup> Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Aline Daiane Schlindwein (Coorientadora)  
Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina

Prof.<sup>a</sup> Dra. Elyne Montenegro Engstrom (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

## AGRADECIMENTOS

Agradecer nem sempre é fácil, mas quando temos tantos que contribuíram para que esta tarefa se tornasse mais amena, esse ato se torna um privilégio.

Agradeço inicialmente à minha família, irmãos Martha e Alberto, tia-avó Noélia e prima Tatyane, minhas fortalezas, e em especial à minha mãe, Martha, meu motivo de existir, que tantas noites orou e me fez companhia para que o peso se tornasse menor.

À minha melhor amiga Ísis e seu companheiro Douglas, que sabendo dos desafios a serem enfrentados, me ajudavam a saber o momento de parar e me permitir descansar, ainda que os minutos tivessem que ser contados.

Às minhas grandes amigas Bia, Juliana, Nathalia e Tatiana, que me serviram de inspiração para seguir e conforto para os momentos de desabafo.

À minha amiga Amanda, que perdoou meus momentos de ausência e mesmo assim me presenteava com palavras de encorajamento.

Ao meu amigo João Luiz, que muitas vezes cedeu sua casa, comida e paciência para que eu tivesse um abrigo emocionalmente seguro para estudar,

Ao meu psicólogo Sandro e minha personal Tatiane, que se tornaram mais do que amigos, minha base para que eu não perdesse minha sanidade mental ao tentar conciliar vida, jornada acadêmica e jornada profissional.

À Professora Yara Furtado, que plantou uma sementinha em meu saber e regou para que crescesse, contribuindo até hoje como mestre para minha formação.

Às minhas amigas Tuyanane e Cláudia, que me ajudaram em meio aos desafios encontrados no percurso.

Às minhas orientadoras Elyne Montenegro e Aline Schlindwein, que compreenderam e respeitaram o meu ritmo, me auxiliando no caminho da pesquisa qualitativa.

Aos meus maravilhosos companheiros de jornada, Amanda, João, Priscila, Rodrigo, Yasmin, Viviane, que transformaram meu medo de uma caminhada solitária em um campo seguro de apoio e construção de afetos. A vocês o meu mais sincero obrigada por me levantarem e me ajudarem a cruzarem a linha de chegada. Em especial, ao meu amigo João, que dividiu comigo noites e noites, risadas e reclamações rumo ao fim.

Ao meu querido sobrinho, cuja gargalhada tornava mais leve meus finais de semana de estudo.

Às professoras Gisela Cardoso, Claudia Colussi com suas contribuições valiosas para meu desenvolvimento acadêmico.

Aos meus colegas de trabalho, que tiveram paciência para compreender o meu cansaço e ofertaram palavras e abraços de apoio. Gratidão à Mirela, que em meio a seu tempo limitado, arranhou espaço para debater ideias e dar insights como mestre.

À minha mais agradável surpresa nesse período, Luiz, que me ensinou o verdadeiro significado da palavra parceria e carregou comigo um peso que não precisava ser seu.

À mim, que não me permiti desistir e nem me perder no caminho.

À Deus, que sabendo das minhas fraquezas, colocou, na minha vida, anjos e guias para me acompanhar em todo o percurso.

Obrigada imensamente a todos acima, pois não podiam ser outras pessoas, tinham que ser vocês para que esse processo tivesse a beleza que pôde ter.

## RESUMO

O câncer de colo de útero (CCU) corresponde ao terceiro câncer mais incidente na população feminina brasileira. Embora haja diretrizes brasileiras para o seu rastreamento, a cobertura do exame recomendado (Papanicolau), situa-se abaixo da meta (70%) recomendada internacionalmente. Um dos motivos para tal desempenho é a adoção do rastreamento oportunístico. A fim de aumentar a cobertura do exame e adequar as ações de rastreamento da Atenção Primária à Saúde (APS) às diretrizes nacionais, em 2021, foi desenvolvida uma intervenção piloto para implementar o rastreamento organizado do CCU em uma equipe da Estratégia Saúde da Família no município de São José/SC, sendo relevante compreender a intervenção proposta. Objetivo: Analisar a avaliabilidade da intervenção voltada para o rastreio organizado de câncer de colo de útero em unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde. Métodos: Realizou-se estudo de avaliabilidade (EA), com abordagem qualitativa e colaborativa com profissionais e gestores locais, considerando como etapas metodológicas do estudo a construção do modelo teórico - lógico da intervenção e a construção de proposta avaliativa (matriz de análise e julgamento), a partir da identificação dos objetivos e metas da intervenção, facilitadores e dificultadores. As fontes de dados foram: i) revisão documental, ii) entrevistas semiestruturadas com informantes-chave e iii) oficina de consenso; informações sistematizadas em análise temática de conteúdo. Resultados: foram elaborados produtos técnicos: um modelo teórico e dois modelos lógicos, com matriz de análise e julgamento elaborada a partir de três dimensões: acesso, atenção integral à saúde e vigilância em saúde, composta por 28 indicadores e 59 medidas, com seus respectivos parâmetros e fontes. Os resultados obtidos refletem o conteúdo debatido em oficina de consenso e permitem uma análise geral de todos os componentes da matriz avaliativa, de modo a demonstrar a viabilidade de avaliação das ações de rastreamento de câncer de colo de útero na atenção primária. Considerações finais: O EA identificou que a intervenção de rastreio organizado de CCU na experiência piloto possui todos os elementos necessários para ser avaliada, descrevendo o contexto em que se insere a intervenção, sua lógica, via modelização e reconhecendo e valorizando as partes interessadas (análise de *stakeholders*). O plano de avaliação elaborado, com a escolha das dimensões apropriadas e a construção de uma MAJ, pode subsidiar a implementação do rastreio organizado e avaliações futuras da intervenção em diferentes locais do país.

Palavras-chave: programas de rastreamento; avaliação em saúde; câncer do colo do útero; atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

Cervical cancer (CC) is the third most common cancer among the Brazilian female population. Although there are Brazilian guidelines for its screening, the coverage of the recommended test (Pap smear) is below the suggested international target (70%). One of the reasons for this performance is the adoption of opportunistic tracking. In order to increase exam coverage and adapt screening actions under the responsibility of Primary Health Care (PHC) to the National Guidelines, in 2021, a pilot intervention was developed to implement an organized CC screening in a team from the *Estratégia de saúde da Família* (Health Family Strategy) in the Municipality of São José/SC. It is important to understand the proposed intervention in greater depth. Objective: To analyze the evaluability of the intervention aimed at the organized screening of cervical cancer in basic health units of the Brazilian Public Health System. Methods: An evaluability assessment (EA) was carried out, with a qualitative and collaborative approach with local professionals and managers, considering as methodological stages of the study, the construction of the theoretical - logical model of the intervention and the construction of an evaluative proposal (analysis and judgment matrix), based on the identification of the objectives and goals of the intervention, facilitators and obstacles. The data sources were: i) document review, ii) semi-structured interviews with key informants and iii) consensus workshop; information systematized in thematic content analysis. Results: A theoretical model and two logical models were developed. The analysis and judgment matrix was created based on three dimensions: access, comprehensive health care and health surveillance, consisting of 28 indicators and 59 measures, with their respective parameters and sources. The results obtained reflect the content discussed in the consensus workshop and allow a general analysis of all components of the evaluation matrix, in order to demonstrate the feasibility of evaluating cervical cancer screening actions in primary care. Final considerations: The EA allowed us to identify that the organized CC screening intervention in the pilot experience has all the necessary elements to be evaluated, describing the context in which the intervention is inserted, its logic, via modeling and recognizing and valuing the interested parties (stakeholder analysis). The evaluation plan, with the choice of appropriate dimensions and the construction of a matrix, can support future evaluations of the intervention in different locations in the country.

Keywords: screening programs; health assessment; cervical cancer; primary healthcare.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Taxa de mortalidade padronizada das principais neoplasias malignas na população feminina.....	16
Figura 2 – Árvore de problemas.....	58
Figura 3 – Modelo teórico das ações voltadas para o rastreamento organizado.....	60
Figura 4 – Modelo lógico da Intervenção.....	61
Figura 5 – Modelo lógico das ações voltadas para o rastreamento organizado na APS.....	62

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Mapa Metodológico.....	41
Quadro 2 –	Documentos utilizados para elaboração de modelo lógico e teórico e matriz de julgamento de projeto de intervenção de rastreamento organizado do CCU.....	43
Quadro 3 –	Perfil dos entrevistados.....	49
Quadro 4 –	Categorias e códigos das entrevistas.....	49
Quadro 5 –	Fragilidades do rastreamento atual.....	50
Quadro 6 –	Potencialidades para o rastreio organizado.....	52
Quadro 7 –	Componentes do modelo lógico da intervenção.....	54
Quadro 8 –	Matriz de Análise e Julgamento das ações de rastreamento na APS.....	64

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Incidência e mortalidade de câncer de colo de útero por continentes do mundo, em número absoluto e proporção – 2020.....	23
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ABPTGIC	Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia
CCU	Câncer do colo do útero
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human papillomavirus</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MS	Ministério da Saúde
SC	Santa Catarina
SES-SC	Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Anuência Institucional
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	19
<b>3</b>	<b>PERGUNTAS DO ESTUDO</b> .....	21
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	22
4.1	OBJETIVO GERAL.....	22
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
5.1	CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE.....	23
5.2	RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	25
5.3	POLÍTICAS PÚBLICAS: AÇÕES VOLTADAS PARA O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	28
<b>6</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	34
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
<b>6.1.1</b>	<b>Estudo de avaliabilidade</b> .....	34
6.2	CONTEXTO DA INTERVENÇÃO.....	35
6.3	A EXPERIÊNCIA PRELIMINAR DA INTERVENÇÃO.....	36
6.4	DESENHO DO ESTUDO.....	37
<b>6.4.1</b>	<b>Análise documental: Identificação de objetivos e metas da intervenção</b> .....	38
<b>6.4.2</b>	<b>Análise Temática de Conteúdo: a intervenção pela voz dos informantes- chave</b> .....	38
<b>6.4.3</b>	<b>Construção do Modelo Teórico e lógico e desenvolvimento de modelo avaliativo</b> .....	39
6.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	41
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	43
7.1	IDENTIFICAÇÃO DE OBJETIVOS E METAS DA INTERVENÇÃO.....	43
7.2	ANÁLISE TEMÁTICA DE CONTEÚDO: A INTERVENÇÃO PELA VOZ DOS INFORMANTES-CHAVE.....	48
<b>7.2.1</b>	<b>Categoria I: Fragilidades</b> .....	50
<b>7.2.2</b>	<b>Categoria II: Potencialidades</b> .....	52
<b>7.2.3</b>	<b>Categoria III: Componentes do modelo lógico</b> .....	54

7.3	CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO E LÓGICO.....	57
7.4	DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO AVALIATIVO PARA A INTERVENÇÃO.....	63
8	DISCUSSÃO.....	71
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	85
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM STAKEHOLDERS.....	94
	APÊNDICE B – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	96
	APÊNDICE C – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	100
	APÊNDICE D – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL.....	103
	ANEXO I – CARTA-CONVITE.....	105
	ANEXO II – FOLHETO INFORMATIVO.....	106

## APRESENTAÇÃO

A ideia de me aprofundar no tema de câncer de colo de útero relacionado à área de políticas, planejamento, gestão e cuidado em saúde consistiu na tentativa de aquietar um pouco os incômodos sentidos por uma jovem ainda na faculdade, no seu estágio clínico de Medicina de Família da UFRJ, quando se deparou com as altas de morbimortalidade apresentadas por essa neoplasia e a baixa taxa de cobertura de citopatológico de colo uterino da equipe que me acolhia como interna. A inquietação surgiu durante uma reunião com a gerência onde se apresentavam os itens analisados no PMAQ e se percebia que as questões relacionadas à saúde da mulher não encontravam respostas satisfatórias em nossa equipe do CMS Marcolino Candau.

A dúvida que surgia era como uma patologia tão bem estudada, com diretrizes para rastreamento bem estabelecidas, além de exame e profissionais capacitados disponíveis no SUS ainda permanecia como um problema de saúde pública, sem grandes alterações nas suas taxas no país apesar dos esforços de políticas organizadas nas últimas décadas. O questionamento serviu como base para uma intervenção de rastreio organizado, incentivado pela necessidade de desenvolver um trabalho no estágio rotatório de MFC nos últimos anos da faculdade.

O trabalho concluído serviu de adubo para as inúmeras trocas de conhecimento que permitiram o desenvolvimento de uma intervenção mais estruturada de rastreio organizado durante a residência de Medicina de Família e Comunidade. Inspirada pela experiência produzida na residência e seu potencial de benefícios para a população, nasce a ideia de uma avaliação para a intervenção. Porém, devido ao grande viés presente ao ser parte integrante do projeto piloto, opta-se por dar um passo atrás e realizar um estudo que possa contribuir com insights e conhecimento para o aperfeiçoamento da intervenção não só no município escolhido como em todo o Brasil além de permitir a realização de uma futura avaliação.

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero (CCU) ainda é um dos tipos de câncer com altos índices de mortalidade entre as mulheres, originando políticas públicas ambiciosas que visam seu controle e, até mesmo, sua eliminação (OMS, 2020). Estima-se que cerca de 90% de novos casos e de óbitos pela doença se concentrem em países de baixa e média renda (Sung *et al.*, 2021). Em contraste, os países desenvolvidos mantêm baixa incidência desse câncer por meio de alta cobertura de rastreamento, em torno de 80% (Chan *et al.*, 2019).

No Brasil, esse câncer tem a terceira maior taxa de incidência e quarta de mortalidade por câncer em mulheres, excetuando-se os tumores de pele não melanoma (INCA, 2019). Ele é caracterizado pelo crescimento desordenado de células do revestimento do órgão, normalmente na junção escamocolunar, podendo comprometer o tecido ao redor e estruturas ou órgãos adjacentes ou até mesmo à distância. O CCU tem dois tipos principais: o epidermóide, que corresponde a 90% dos casos, e o adenocarcinoma, forma mais rara. O CCU tem um desenvolvimento lento, demorando entre 10 e 20 anos para que as alterações celulares iniciais evoluam para câncer. Assim, em sua fase inicial, apresenta-se de forma assintomática ou pouco sintomática, resultando que muitas mulheres não busquem ajuda no início do quadro (Magno *et al.*, 2017).

Esse câncer está relacionado a infecção persistente pelos tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV), um vírus sexualmente transmissível e extremamente prevalente em mulheres (De Sanjosé *et al.*, 2007). Essa condição, embora necessária, não é suficiente para o desenvolvimento do câncer estando relacionada a outros cofatores como tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais, infecção por outras infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros.

Em resposta, organizações internacionais e diretrizes nacionais apontam que as principais formas de controle do câncer de colo uterino se baseiam em abordagens que englobam prevenção primária por meio da vacinação contra HPV, prevenção secundária por meio do rastreamento e tratamento em estágios de lesão pré-câncer, prevenção terciária pelo diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e do cuidado paliativo (Brasil, 2016; OMS, 2020).

O rastreamento se caracteriza pela aplicação de testes ou procedimentos biomédicos para detecção precoce de doenças ou lesões precursoras do câncer, com o objetivo de impactar na morbimortalidade. Coloca-se como estratégia de prevenção secundária, sendo indicado para determinados tipos de câncer e patologias após realização de estudos clínicos que comprovem

sua eficácia e efetividade em população específica, dividindo os indivíduos naqueles que irão se beneficiar da intervenção e aqueles que não.

Desde meados de 1980, o Brasil tem colocado o câncer de colo uterino e seu controle como problema de saúde pública dentre as suas pautas, lançando campanhas e planos que visam o aumento do rastreamento e, conseqüentemente, a redução da carga dessa doença. Inicialmente, o cuidado era pautado na saúde materno infantil e na saúde da mulher, não na ótica do rastreamento organizado e sim na oferta de serviços clínico ginecológicos, no qual estava inserido o exame colpocitológico (Ministério da Saúde, 1984).

Na década seguinte, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu a necessidade de ações voltadas especificamente para o controle do câncer do colo de útero e desenvolveu um projeto-piloto conhecido como Viva Mulher (Ministério da Saúde; INCA, 2018). Esse programa, denominado Programa Nacional do Controle do Câncer de Colo Uterino teve papel não apenas na ampliação da cobertura das políticas de controle do CCU como na estruturação da rede assistencial desenvolvendo ações que se mantêm nas políticas atuais.

Esse movimento em direção a atenção integral à saúde da mulher, na década de 90, se deu em paralelo a criação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público e universal de saúde. Além disso, foi acompanhado do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) com a criação do Programa Saúde da Família em 1994, que garantiu o aumento da cobertura e qualidade da atenção básica. Dessa maneira, tais políticas contribuíram para potencializar esse olhar completo sobre a saúde feminina, adotando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como norteadora de um modelo de atenção mais abrangente. Conseqüentemente, garantiu-se o aumento da responsabilidade sanitária para acompanhar mulheres sadias e detectar precocemente o CCU.

Em 2005, o MS lançou o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama – 2005-2007, um dos componentes básicos da Política Nacional de Atenção Oncológica (Brasil, 2006). Esse plano teve como uma das suas seis diretrizes estratégicas o aumento da cobertura da população alvo, que foi ressaltado em meta definida no Pacto pela Saúde de 2006. Tal meta previa a cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero (Brasil *et al.*, 2006).

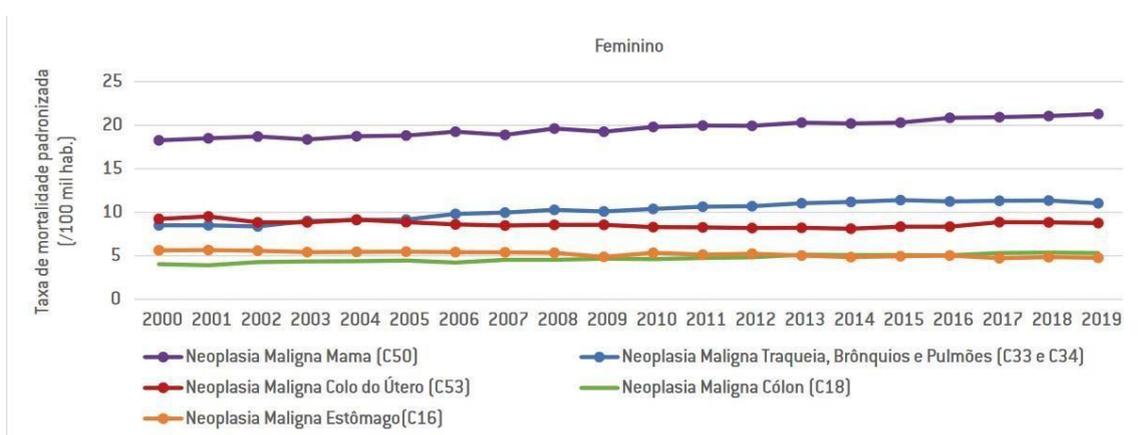
Em 2006, também é instituída a Política Nacional da Atenção Básica, reformulada posteriormente em 2011 e 2017. Assim, a APS e, conseqüentemente, as unidades básicas de saúde assumem um papel chave para o desenvolvimento de ações de prevenção, vacinação dos grupos indicados e diagnóstico precoce do câncer e lesões precursoras (Brasil; Ministério da Saúde, 2010). Para isso, requer profissionais que saibam orientar sobre a prevenção e que

conheçam o método de rastreio, a periodicidade e população-alvo, além de orientar e encaminhar, de acordo com o resultado, por meio de central de regulação, para unidade secundária (Brasil, 2006).

É importante compreender que a atenção primária à saúde é complexa e regionalizada, apresentando-se de maneira heterogênea em diversas regiões do Brasil no que concerne as suas dimensões políticas, estruturais e organizacionais (Bousquat *et al.*, 2019). À vista disso, alguns desafios como a limitação de acesso aos serviços de saúde e as dificuldades geradas pelos próprios serviços de saúde – tais como longo tempo de espera para marcação de consulta, problemas com agendamento e demora na obtenção do resultado do exame, são também dificuldades a adesão das mulheres à coleta de exame de Papanicolau (Brenna *et al.*, 2001). Dessa forma, pela impossibilidade de um rastreamento organizado, mantém-se no país, assim como predomina em diversos países de baixa e média renda, o rastreamento oportunístico, em que não há uma sistematização das ações e controle sobre as informações.

Dentre as dificuldades de implantação de programas de rastreamento organizados estão a ausência de uma vigilância ativa que realize a busca da população alvo e garanta o seguimento dos resultados alterados, além da inexistência de controle de qualidade dos exames realizados (Claro; Lima; Almeida, 2021). Assim, apesar das diversas ações que compõem o controle do CCU e do papel que a atenção básica ocupa para sua execução no Brasil, o mesmo tem sido ineficaz na redução da mortalidade por CCU em nosso país nas últimas duas décadas (Figura 1) (Ministério da Saúde, 2021).

Figura 1 – Taxa de mortalidade padronizada das principais neoplasias malignas na população feminina.



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97 (Neoplasias) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou sexo da vítima estava assinalada como "ignorada".

Em uma pesquisa realizada entre 2006 e 2014, foi identificado aumento do número de casos de mortalidade por CCU entre mulheres de 25 a 64 anos, onde em 2006 foram registrados

3.059 casos e em 2014 registrados 3.651 (Fedrizzi; Ponce, 2017). Em outro estudo de corte transversal entre 2012 e 2016, observou-se crescimento do número absoluto de mortes dentro deste período. Em 2012, foram registrados 5.264 óbitos, número que aumentou para 5.847 óbitos em 2016. A taxa de mortalidade passou de 6,86 para 7,18 (Tallon *et al.*; 2020).

Comparando os dois estudos podemos observar que há um aumento expressivo no número de mortes por CCU registrados. Os estudos ainda relatam que se deve considerar que há subnotificação desses casos, podendo esses números serem maiores e não conhecidos. Sendo assim conseguimos visualizar a ineficiência do rastreamento oportunístico para a redução da mortalidade por CCU.

Dentre as atuais estratégias pactuadas pelo Brasil, no plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis 2021-2030, está o aperfeiçoamento do rastreamento do câncer de colo de útero, evoluindo de um modelo oportunístico para organizado (Ministério da Saúde, 2021). Embora a cobertura de Papanicolau no país, em 2019, seja de 81,5%, esse número não teve aumento significativo nos últimos 10 anos a ponto de gerar redução da taxa de mortalidade pelo CCU (Ministério da Saúde, 2021). Além disso, pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é apresentada uma cobertura de 15% de exames citopatológicos na Atenção Básica em 2021 (Brasil. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), 2020). Essa discrepância entre os valores de cobertura no país pode ser atribuída a realização do rastreamento no sistema suplementar de saúde, exames realizados em mulheres fora da faixa etária alvo ou com periodicidade inferior a recomendada ou a outros fatores não explicitados.

Algumas intervenções foram, então, desenvolvidas visando a melhoria das taxas de rastreamento no Brasil. Zeferino e colaboradores (2006) apresentam uma experiência de implantação de um programa de rastreamento do CCU na cidade de Campinas, estado de São Paulo, na década de 60. Esse programa se expandiu nas duas décadas subsequentes estruturando uma rede de atenção à saúde descentralizada e hierarquizada que garantia o rastreamento, incluindo o diagnóstico e seu tratamento. Os resultados foram observados nos anos 90 e 2000 com a redução das taxas de incidência e mortalidade, equiparando-se a de países desenvolvidos (Zeferino *et al.*, 2006).

Outra iniciativa foi desenvolvida no Rio de Janeiro, por uma equipe de Saúde da Família, que desenvolveu um rastreamento organizado de CCU pelo período de 15 meses. Nesse período apresentou um aumento de 10% para 44% na cobertura dos exames citopatológicos da área (Maia; Silva; Santos, 2018). A intervenção, no entanto, foi encerrada com a transferência da profissional que a idealizou para outra unidade. Anjos *et al.* (2022) evidencia que a alta

rotatividade de profissionais torna-se outro problema em programas de rastreamentos. Locais cujos profissionais se mantêm por mais de 2 anos estão associados com preventivos mais frequentes e mutirões, além de estratégias de monitoramento e coordenação do cuidado (Anjos *et al.*, 2022).

Dessa maneira, em 2021, também foi desenvolvida uma experiência de rastreamento organizado de CCU implantada de forma inicial em uma ESF no município de São José, estado de Santa Catarina, cujo diferencial consistiu na ampliação do acesso por meio de *WhatsApp*, educação em saúde para as mulheres na faixa etária-alvo, capacitação profissional da equipe e organização do monitoramento das mulheres da área em relação à realização do exame preventivo. Assim, a intervenção em sua complexidade pode servir como base para estruturação de um programa de rastreamento efetivo no município de São José.

Considerando a epidemiologia, a falta de ações de controle eficazes, o presente estudo tem por objetivo construir uma proposta de avaliação, incluindo as perguntas avaliativas, a modelização da intervenção e a matriz de análise e julgamento, de modo a subsidiar futuramente uma avaliação relacionada ao rastreio organizado de câncer de colo do útero. Dessa forma, o estudo pretende reunir informações que possam amparar a tomada de decisões, auxiliando no planejamento e contribuindo para garantir a sustentabilidade e expansão das ações propostas no âmbito da saúde pública, considerando que a ESF pode ser diferencial nestas iniciativas devido as características que fazem dela o alicerce das ações voltadas para a promoção e prevenção de agravos de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

O câncer de colo uterino é um dos mais prevalentes no Brasil e no mundo e possui grandes desafios no que diz respeito ao seu diagnóstico e tratamento (WHO IARC, 2018). A alta morbimortalidade por esse câncer se dá por diversos motivos, dentre eles a falta de programas eficazes de prevenção (Do Vale *et al.*, 2010), como o rastreamento organizado.

As intervenções, consideradas sistemas organizados de ações, promovidas pela gestão pública ou por outros autores, como no caso do presente estudo, podem ser melhor compreendidas por meio de monitoramento e avaliação. Uma intervenção apresentará diferentes resultados quando implementada em diferentes contextos, sendo influenciada não só pela cultura, normas e valores sociais, como também pelas dinâmicas de poder e conflitos existentes entre os diferentes atores envolvidos e os stakeholders (Tamaki *et al.*, 2012).

Análises sobre os impactos na morbimortalidade do câncer de colo de útero em países de baixa e média renda abrem caminho para criação e otimização de estratégias preventivas contra este câncer. No Brasil, a atenção primária à saúde se coloca como parte fundamental de um sistema para a elaboração de programas de controle do câncer de colo de útero. Nesse sentido, o foco na implementação de estratégias de prevenção primária e secundária, com larga oferta de vacinação de HPV e rastreamento organizado para o CCU, permite possíveis processos de planejamento, gestão e avaliação da saúde da mulher (Quinn *et al.*, 1999a; World Health Organization, 2020), conforme metas governamentais, nesse nível de cuidado.

Segundo metas estabelecidas pelo Previn Brasil (novo modelo de financiamento da APS), a meta de cobertura do exame citopatológico é de 40%, avaliados a cada quadrimestre. No estado de SC, a cobertura de exame citopatológico do colo uterino se mantém, em aproximadamente, 21% (Brasil. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), 2020). Já no município de São José, em 2015, a taxa de cobertura era de 35% (Brasil. Ministério da Saúde, 2015), enquanto no segundo quadrimestre de 2023, a proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS foi de 28% (Brasil, 2023). Observa-se que ambos os números se mantêm abaixo da meta atual de 40%. Fica evidente, portanto, a necessidade urgente de melhorar o programa de prevenção e promoção de saúde por meio do rastreamento e aumento da cobertura de preventivos (Makkonen *et al.*, 2017), visando a redução do prejuízo econômico e social relacionado ao câncer de colo uterino, que atinge 880 a cada 100 mil mulheres no Estado (INCA, 2022).

Dessa forma, foi desenvolvido um projeto piloto de intervenção, uma experiência de rastreamento organizado de câncer de colo de útero, assumido por uma equipe da ESF da Unidade

Básica de Saúde (UBS) do município de São José – SC, durante 11 meses do ano de 2021. A UBS é composta por quatro equipes de saúde da família, sendo apenas uma participante da intervenção. A equipe que realizou a intervenção, era responsável pelos cuidados de saúde primários de cerca de 4 mil mulheres, sendo 1205 mulheres entre 25 e 64 anos e cerca de 357 mulheres acima de 64 anos.

O projeto foi desenvolvido em 2021, ano de grandes dificuldades para os serviços de saúde, uma vez que a pandemia ocasionada pela covid-19 acarretou inúmeras barreiras de acesso a saúde. Um relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) mostra que parte dos investimentos e da força de trabalho tiveram que ser redirecionadas para serviços de saúde voltados para o suporte à pandemia. Além disso, o serviço de atendimento para doenças não transmissíveis, como o CCU foi interrompido ou mantido com acesso limitado na maior parte dos países do continente americano. Os programas públicos de rastreamento tiveram suas atividades adiadas em 43% dos países (OPAS, 2020) Ademais, diante de um contexto pandêmico como o do ano de 2020 e 2021, pode-se esperar por uma queda brusca da realização de preventivos, impactando o rastreamento (Miller *et al.*, 2021; Murewanhema, 2021).

O projeto de implementação foi tema do trabalho de conclusão de curso da residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina da presente mestranda. A presente pesquisadora, porém, não atua mais como residente da equipe desde maio de 2021, porém a experiência foi estendida com aprovação do CEP até novembro de 2021.

Após a conclusão bem-sucedida da fase de implementação, torna-se imperativo a instauração de um período dedicado ao monitoramento e avaliação do programa implantado na equipe. Isso permitirá a coleta de informações valiosas a respeito das facilidades e obstáculos identificados no sistema proposto. Tais insights podem ser então utilizados para aprimorar e otimizar o programa, delineando um processo de refinamento contínuo. Além disso, essa experiência pode fornecer uma base sólida para a elaboração de parâmetros de avaliação. Ao considerar a viabilidade e eficácia do rastreamento organizado como projeto piloto, abre-se a possibilidade de sua posterior expansão para outras equipes no âmbito municipal. Este processo poderá, ainda, servir como um modelo aplicável a outros contextos, onde intervenções semelhantes possam ser aplicadas, a fim de promover de maneira abrangente a prevenção secundária do câncer de colo de útero.

### **3 PERGUNTAS DO ESTUDO**

- O programa de rastreamento de câncer de colo de útero em uma ESF em São José – Santa Catarina é viável de ser avaliado?
- Quais os elementos que fazem parte da operacionalização da intervenção?
- Quais elementos devem ser incorporados na construção de uma matriz de análise e julgamento de uma intervenção de rastreio organizado de CCU?
- Quais os aspectos que facilitaram e/ou dificultaram a implantação da experiência piloto de rastreio organizado de câncer de colo de útero neste contexto (atores estratégicos, organização do serviço)?

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver estudo de avaliabilidade do rastreamento organizado do câncer de colo de útero em uma experiência piloto em São José, Santa Catarina.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os objetivos e metas da intervenção a partir do referencial teórico;
- Descrever a intervenção por meio de sua modelização;
- Construir e validar um modelo avaliativo para a intervenção de rastreamento organizado do CCU na Atenção Primária à Saúde em um município selecionado;
- Compreender facilitadores e dificultadores para o rastreamento organizado de câncer de colo de útero na vivência dos profissionais no município selecionado.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE

O câncer é, atualmente, uma das principais causas de morte no mundo, junto a outras doenças não transmissíveis, tornando-se um grave problema de saúde pública. Nas últimas décadas, o aumento da incidência e da morbimortalidade devido ao câncer, em suas diversas formas, contribuiu para o aumento dos esforços na elaboração de programas de prevenção e de controle eficazes (World Health Organization, 2007). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esses programas devem concentrar esforços e investimentos em quatro áreas: prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (World Health Organization, 2002).

Dentre os principais tipos de câncer evitáveis que acometem a população mundial, encontra-se o câncer de colo de útero. Em 2018, atingiu cerca de 570 mil mulheres no mundo, sendo o quarto mais incidente entre a população feminina mundial e levando a, aproximadamente, 311 mil óbitos (WHO IARC, 2018). Apesar dos esforços contínuos ao longo dos anos, as regiões menos desenvolvidas do mundo ainda concentram cerca de 80% dos casos incidentes e das mortes (Tabela 1) sendo a principal causa de morte por câncer em 36 países, principalmente na África Subsaariana, América do Sul e Sudeste Asiático (Sung *et al.*, 2021).

Tabela 1 – Incidência e mortalidade de câncer de colo de útero por continentes do mundo, em número absoluto e proporção - 2020.

<b>Região</b>	<b>Incidência</b>	<b>%</b>	<b>Mortalidade</b>	<b>%</b>
Asia	351.720	58,2	199.902	58,5
África	117.316	19,4	76.745	22,5
Europa	58.169	9,6	25.989	7,6
América Latina e Caribe	59.439	9,8	31.582	9,2
América do Norte	14.971	2,5	6.343	1,9
Oceania	2.512	0,5	1.270	0,3
<b>Total</b>	<b>604.127</b>	<b>100</b>	<b>341.831</b>	<b>100</b>

Fonte: Adaptado de The Global Cancer Observatory, janeiro 2021.

Assim como vários outros, esse câncer predomina em países em desenvolvimento e grupos socioeconomicamente desfavorecidos (SUNG *et al.*, 2021; WHO IARC, 2018). Isso se dá por fatores como falta de acesso a um sistema de saúde eficiente e baixa escolaridade que os possibilitem tomada de decisões de menor risco, protegendo e melhorando sua própria saúde,

como a opção por escolhas saudáveis e a participação em programas de rastreio (Lemp *et al.*, 2020).

No Brasil, o câncer de colo de útero é o terceiro mais incidente e a quarta causa de morte por câncer em mulheres (excetuando-se os tipos de câncer de pele não melanoma). Assim, estima-se cerca de 17.010 novos casos para cada ano do triênio de 2023-2025 e uma taxa bruta de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2022). Em 2019, o número de óbitos por esse câncer foi de 6596 mulheres com uma taxa ajustada de 5,33/100 mil mulheres (Atlas On-Line de Mortalidade, 1996-2014).

Embora os números relacionados a incidência e mortalidade por essa patologia no Brasil estejam em um patamar intermediário quando comparados com os países de baixa e média renda, eles podem ser considerados bem elevados em relação aos países desenvolvidos, que possuem programas de detecção precoce bem estruturados, como os países da América do Norte, Austrália, Nova Zelândia, Arábia Saudita e Iraque (Sung *et al.*, 2021). Ao contrário do Brasil, o Reino Unido, ao atingir uma cobertura de 85% por meio da implementação de rastreio organizado e incentivo financeiro aos médicos de família, apresentou queda importante das taxas de incidência e de mortalidade do CCU (Quinn *et al.*, 1999a).

O país ainda está distante de objetivos mundiais se considerarmos a meta estabelecida pela OMS em 2018 para eliminação desse câncer definindo uma taxa de incidência inferior a 4/100 mil mulheres (World Health Organization, 2020). As disparidades observadas entre os países também são evidenciadas nas diferentes regiões dentro de um país. No Brasil, as regiões Norte e Nordeste respondem pelas maiores taxa de incidência, 20,48/100 mil e 17,59/100 mil, respectivamente, em contraste com as regiões Sul (14,55/100 mil) e Sudeste (12,93/100 mil) (INCA, 2022).

Apesar das altas taxas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, o câncer de colo de útero tem um desenvolvimento lento, demorando entre 10 e 20 anos para que as alterações celulares iniciais evoluam para câncer, sendo altamente evitável por medidas de prevenção primária e secundária. A sua principal etiologia é a infecção persistente pelo HPV, um vírus transmitido pelo contato direto com a pele ou mucosa infectada, cuja principal forma de transmissão é a sexual. Cerca de 80% das mulheres serão infectadas pelo HPV em algum momento da vida, porém, a maioria das infecções é combatida pelo sistema imune, podendo regredir em até dois anos, principalmente, quando em mulheres mais jovens (Ministério da Saúde *et al.*, 2016).

O desenvolvimento do câncer de colo de útero se relaciona a cofatores de risco como o tabagismo, multiparidade, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e uso

prolongado de contraceptivos orais (Castellsagué; Muñoz, 2003). Assim, considerando a principal forma de transmissão e os cofatores de risco, a principal forma de prevenção primária é a vacinação contra o HPV. Outras medidas como prevenção do tabagismo, educação sexual, estímulo ao uso de preservativos também fazem parte da prevenção primária e devem ser oferecidas aos jovens.

É preciso destacar, porém, que o uso do preservativo não protege totalmente, por não cobrir todas as áreas passíveis de serem infectadas, e a vacina, oferecida pelo governo brasileiro, só protege contra quatro genótipos. A vacina, portanto, não protege de outros genótipos existentes, que também podem causar câncer de colo de útero e também não é terapêutica (Small *et al.*, 2017). Dessa forma, torna-se ainda mais importante o rastreio para detecção precoce de lesões precursoras e do câncer, visto que nem o uso do preservativo e nem a vacina excluem a necessidade do rastreio e que esse câncer é, inicialmente, assintomático (Ministério da Saúde *et al.*, 2016).

A despeito da existência no Brasil da disponibilidade de exame para rastreio de lesões celulares pré-cancerosas do colo do útero, possibilitando a detecção e tratamento precoces e consequente redução das taxas de morbimortalidade relacionadas ao CCU, as mulheres continuam vindo a óbito. Tal panorama deve-se a um controle ineficaz do CCU, sendo um dos motivos a baixa taxa de cobertura do exame na população feminina de 25 a 64 anos.

Desse modo, torna-se evidente que a prevenção e a detecção precoce são ferramentas fundamentais no combate e controle ao câncer de colo uterino, a fim de reduzir a taxa de tratamentos e cuidados paliativos (Quinn *et al.*, 1999), que, além de aumentar o impacto psicossocial para essas famílias e os custos para o sistema de saúde, poderiam ser, facilmente, evitados com um programa de controle eficaz (Zeferino, 2008).

## 5.2 RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Segundo Zonta *et al.*, (2017) os rastreamentos consistem na “aplicação de testes ou procedimentos biomédicos em pessoas assintomáticas, de grupos populacionais definidos” de tal forma a estabelecer dois grupos, sendo um que pode vir a ser beneficiado pela intervenção diagnóstica e terapêutica e outro que não, visando diminuir a morbimortalidade atribuída a uma patologia específica.

Nota-se que dessa forma, o rastreamento se coloca dentro das ações preventivas no âmbito da saúde, sendo uma forma de prevenção secundária, ou seja, visa detectar a patologia de forma precoce com o intuito de tratar no menor tempo possível e de forma efetiva, reduzindo

danos. O rastreamento também é considerado um exemplo de prevenção aditiva, uma intervenção, de caráter invasivo e artificial, aplicado às pessoas a fim de evitar um desfecho mórbido futuro (Ministério da Saúde *et al.*, 2016).

Um outro tipo de classificação a ser aplicada ao rastreamento é a de estratégia preventiva de alto risco, desenvolvida por Rose (Norman, 2015). Segundo ela, pode-se dividir a população em dois grupos, identificando o grupo de pessoas de alto risco e as convidando para intervenções preventivas. Assim, garante-se uma estratégia mais custo-efetiva, na qual os recursos são alocados para aqueles que mais precisam. Essa lógica funciona mais facilmente, sendo bem compreendida pelos serviços que operam, muitas vezes, sob a ótica do modelo individual de cuidado às doenças e pelos profissionais e pacientes que entendem o motivo da intervenção (Norman, 2015).

No entanto, é importante observar que o rastreamento é aplicado a pessoas saudáveis, um grande grupo com potencial de benefício limitado pela intervenção, que também possui potencial de causar danos. Assim, quando comparado ao cuidado de uma pessoa doente, o rastreamento exige maior garantia de benefícios, menor tolerância a danos e um manejo de incertezas de maneira mais rigorosa a fim de primar pelo princípio da não-maleficência (Zonta *et al.*, 2017).

Além disso, a prevenção aditiva, como o rastreamento, necessita uma mudança atitudinal dos profissionais e sistemas de saúde: resistência ao intervencionismo prevalecendo a precaução, a desconfiança do saber e da experiência e ausência de evidência deve obstruir qualquer ação. Dessa maneira, é garantida a implementação de rastreamentos cujos resultados finais, tais como morbimortalidade e qualidade de vida sejam valorizados, evidências que importam ao paciente e não a doença, além de evidências científicas de alta qualidade baseadas em ensaios clínicos randomizados e suas meta-análises (Zonta *et al.*, 2017).

Embora, rastrear para prevenir, em uma visão tradicional da clínica biomédica, possa parecer bom e desejável, é preciso considerar os danos iatrogênicos que tais intervenções podem gerar, principalmente pelos resultados falsos-positivos, sobre diagnóstico, sensação de segurança dos falsos negativos e situações limítrofes (Norman; Tesser, 2015). Esses monitoramentos por longo prazo e rastreios sistemáticos podem gerar efeitos pouco quantificáveis, mas de consequência sociais e sofrimento psicológico importantes.

Apesar dos diversos pontos levantados pelos autores, atentando-se para a prevenção quaternária e sua aplicabilidade na Atenção Primária, não parece haver controvérsias em relação ao rastreamento do câncer de colo uterino, como ocorre para outros tipos de câncer ou patologias. Logo, o rastreio se torna fundamental para acompanhamento dessas alterações e

retirada, quando persistentes, evitando, assim, a evolução para o câncer e prolongando a vida dessas mulheres (Ministério da Saúde *et al.*, 2016).

Em diversos países europeus, como Finlândia e Suécia, nas últimas décadas, foi possível observar o declínio da incidência do câncer cervico-uterino após a implementação de programas efetivos de rastreamento por meio de exame citológico (Bray, 2005). Em contraste a esses países que apresentam vasta experiência em programas de rastreamento organizados, implementados desde a década de 60, em países de baixa e média renda, apenas 44% das mulheres já foram rastreadas em algum momento da vida (Lemp *et al.*, 2020).

Muitos países na América Latina já possuem programas de rastreamentos nacionais para o câncer de colo de útero com uso de tecnologia adequadas, população-alvo definidas, diretrizes existentes para fortalecer a detecção precoce na APS e sistemas de referenciação do nível de cuidado primário para o secundário e terciário. Apesar disso, não se pode desconsiderar diferenças no desenvolvimento econômico e desigualdades que dificultam o acesso a programas de rastreamento (Pilleron *et al.*, 2020) ou podem ser de baixa qualidade (Lemp *et al.*, 2020). Segundo Lemp *et al.* (2020), o produto interno bruto de um país, o índice de desenvolvimento humano (IDH), igualdade de gênero e o total de gastos em saúde se relaciona positivamente com a realização de rastreamento para CA de colo uterino. Outras variáveis também se relacionam a possibilidade de realização de rastreamento. Mulheres que moram em casas menores, em área urbana ou tem um menor nível educacional são menos prováveis de já terem realizado exame para rastreamento do CA cervico-uterino (Lemp *et al.*, 2020).

Em 2017, a OMS recomendava o rastreio de mulheres entre 30 a 49 anos, podendo ser realizado por três métodos diferentes: inspeção visual com ácido acético em localidades com poucos recursos, a citologia cervical a cada 3 anos ou o teste de DNA para HPV a cada 5 anos associados com o tratamento efetivo de lesões precursoras identificadas (Organização Mundial de Saúde, 2017).

Instituições reconhecidas pela sua credibilidade e que produzem recomendações de rastreamento baseadas em evidência de alta qualidade, como a Força Tarefa norte-americana e a Força Tarefa do Canadá, que preconizam a realização de rastreamento para esse câncer, de acordo com as tecnologias e períodos recomendados em 2017 pela OMS, estenderam a faixa etária até os 60 e 70 anos, respectivamente. Em 2021, a OMS lançou nova recomendação, sugerindo o uso do teste de DNA para o HPV a cada 5 a 10 anos em detrimento dos outros métodos (World Health Organization, 2021). É provável que, em breve, a citologia cervical seja considerada um método defasado e os países que detém maiores índices de mortalidade e incidência sejam impelidos a adotarem esse método e se adequarem as novas recomendações,

visto que a maior parte dos países de baixa e média renda adotam a citologia oncótica como o principal método de rastreio (Lemp *et al.*, 2020). Assim, se torna ainda mais importante que os países desenvolvam programas de rastreamento efetivos a fim de evitarem custos desnecessários.

Fundamental para detecção precoce, o exame citopatológico do colo uterino, usualmente chamado de preventivo, é o principal método de rastreio no Brasil, embora existam outros métodos como o uso de testes de ácido desoxirribonucleico de papilomavírus, ainda inexistente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo as diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero, o exame deve ser realizado em mulheres entre 25 e 64 anos que já tenham iniciado a vida sexual e mulheres acima de 64, que não fizeram dois exames após os 60 anos em um período de cinco anos. Os dois primeiros exames são realizados em intervalo anual e se os resultados forem negativos, a coleta passa a ser trienal, não sendo contraindicado na gestação (Ministério da Saúde *et al.*, 2016).

No Brasil, o rastreamento oportunístico ainda é o que predomina, o que não garante uma cobertura significativa, a ponto de impactar na morbimortalidade (Do Vale *et al.*, 2010). Isso explica em parte o motivo de possuímos números discrepantes de países como Canadá, Reino Unido e Holanda, que implementaram programas de rastreamento organizados, ou seja, políticas públicas com certificação de qualidade e avaliação das etapas críticas do programa, possibilitando aumento da cobertura de exames e redução de 60 a 90% da incidência de câncer de colo uterino (World Health Organization, 2002).

Embora, em nosso país, o programa de rastreamento para câncer de colo de útero seja o que mais se aproxima de um rastreamento organizado, ele ainda carece da sistematização e avaliação bem estruturada das etapas que vão desde o convite e solicitação do exame até o seu seguimento efetivo com diagnóstico e tratamento adequados. Isso significa dizer que o rastreamento ocorre de maneira oportunística, seja por demanda da paciente ou por indicação profissional durante uma consulta aleatória (Zonta *et al.*, 2017). Dessa forma, o potencial de danos se torna maior que os benefícios do rastreamento, conforme discutido no início do capítulo.

### 5.3 POLÍTICAS PÚBLICAS: AÇÕES VOLTADAS PARA O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Nas últimas décadas, significativos esforços vêm sendo realizados com o intuito de controlar o câncer de colo uterino no Brasil, atingindo metas colocadas ao longo do tempo

(Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, 2009). Compreender os aspectos tecnológicos e assistenciais relacionados à atenção em saúde é fundamental para caracterizar o modelo assistencial vigente em uma sociedade, resultado de fatores políticos, sociais, econômicos preponderantes em dado momento.

Em 1984, o governo brasileiro reconhece a negligência aos aspectos integrais à saúde da mulher, permitindo que a assistência preventiva e de diagnóstico precoce do câncer de colo uterino ficasse em plano secundário. Dessa forma, lança o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Nele, há um movimento tímido do enfoque à saúde materno-infantil para ações de saúde voltadas para o atendimento global das necessidades desse grupo populacional. Para isso, inclui a implantação ou ampliação de atividades de controle do câncer cervico uterino dentre a pauta de proposições de ações básicas. O exame citopatológico do colo uterino é preconizado como tecnologia simples, de baixo custo e eficiente para o diagnóstico de lesões pré-cancerosas e aprimoramento do controle desse câncer (Ministério da Saúde, 1984).

É importante salientar, que ao colocar em perspectiva a necessidade de fortalecimento da rede básica de serviços de saúde e aumento da sua resolutividade, o programa dialoga com os movimentos vigentes na época. A APS ou medicina comunitária ganhava espaço com a racionalização do uso de tecnologias e o gerenciamento eficiente na atenção médica. No Brasil, esse debate estava em foco no final dos anos 70 e essa proposta se coloca como uma estratégia para redemocratização da política e universalização da saúde (Junior; Alves, 2007). Alguns dos princípios doutrinários como integralidade e equidade e dos princípios organizativos de descentralização, regionalização, hierarquização que tornar-se-ão objetos norteadores da reorganização do SUS começam a receber destaque nesse programa (Ministério da Saúde, 1984).

A partir da década de 90, dentre as várias alternativas de modelo estudadas e debatidas, tem-se como consenso a ampliação dos conceitos de território e doença, o olhar sobre as diferenças regionais e microrregionais com propostas visando à equidade, a intersetorialidade e o fortalecimento dos princípios do SUS (Junior; Alves, 2007). Importante também considerar que a Saúde Coletiva, que começa a ganhar força nesse momento, a partir da interdisciplinaridade, preocupa-se com as singularidades das comunidades, populações e pessoas (Birman, 2005). Dessa maneira, o enfoque passa a ser na qualidade, integralidade e produção do cuidado e no trabalho multiprofissional e humanizado nos serviços de saúde (Azevedo *et al.*, 2018).

A ESF, implantada em meados da década de 1990, financiada pelo MS, surge como uma alternativa ao modelo hegemônico. Um dos debates se concentra na forma de organização e

hierarquização das redes assistenciais que, em teoria, tem a atenção básica como porta de entrada e graus crescentes de complexidade até chegar no Hospital, que conversam entre si, permitindo o fluxo das pessoas entre os diferentes níveis de complexidade. A imagem em pirâmide é uma boa ilustração do modelo hierárquico descrito (Junior; Alves, 2007).

Nesse sentido, em 1997, o governo reconhece a necessidade de dar um enfoque específico ao controle do câncer de colo de útero e é lançado o Programa Viva Mulher, posteriormente conhecido como Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino (PNCCCU). Por meio de um projeto piloto, realizado inicialmente em algumas capitais brasileiras, o projeto tinha por objetivo a redução da morbimortalidade por CA de colo uterino. Para atingi-lo, foi necessário a estruturação de uma rede assistencial que garantisse a coleta do material e sua análise laboratorial qualificada, além da garantia do tratamento ambulatorial ou em nível terciário. Nessa mesma fase, também foi desenvolvido o sistema de monitoramento das ações, Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), além de serem definidas as competências em nível municipal, estadual e federal (Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018).

Na segunda fase desse programa, nos anos 2000, ocorreu a fase de consolidação e intensificação com a definição de diretrizes para gestores e profissionais do SUS, além da ampliação de cobertura das ações de rastreamento, capacitação profissional por meio de treinamentos, oficinas e workshops em todo o Brasil e a inclusão de ações que contemplassem o câncer de mama. Aos poucos o nome Viva Mulher foi perdendo seu uso e sendo substituído pelo Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama. Entretanto, o Viva Mulher deixou um legado que se mantém nos programas atuais ao fortalecer a organização da rede e dar visibilidade ao CCU, ampliando o preventivo na rotina de saúde das mulheres e tornando parte da capacitação profissional (Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018).

A Saúde da Mulher sendo vista como prioridade pelo governo, fez com que o MS lançasse em 2004 a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – princípios e diretrizes (PNAISM), tendo diversos setores da sociedade como parceiros e com o compromisso de ter ações de saúde que contribuíssem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzisse a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (Ministério da Saúde, 2006).

Também em 2004 o Viva Mulher foi revisado e reestruturado de forma a permitir alcançar os objetivos preconizados. Assim o MSe motivou-se a construir o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama – 2005-2007, um dos componentes básicos da Política Nacional de Atenção Oncológica (Brasil; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento

de Atenção Básica, 2006). Esse plano teve como uma das suas seis diretrizes estratégicas o aumento da cobertura da população alvo, que foi ressaltado em meta definida no Pacto pela Saúde de 2006. Tal meta previa a cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero (Brasil *et al.*, 2006).

A Política Nacional da Atenção Básica lançada em 2006, foi reformulada posteriormente em 2011 e 2017. Assim, a atenção primária e, conseqüentemente, as unidades básicas de saúde assumem um papel chave para o desenvolvimento de ações de prevenção, vacinação dos grupos indicados e diagnóstico precoce do câncer e lesões precursoras (Brasil; Ministério da Saúde, 2010).

Em 2010 temos o aprimoramento das ações do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Através de um grupo de trabalho o programa foi avaliado e aprimorado onde foi debatido sobre gestão; acesso e cobertura de rastreamento; qualidade do exame citopatológico; acesso e qualidade do tratamento; indicações de impacto do programa do câncer do colo e novas tecnologias de controle.

A priorização do controle do câncer de colo do útero foi reafirmada em 2011 com o lançamento do Plano Nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Também em 2011, foi publicada a atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2016a).

Em 2013 é instituída a Política Nacional para Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. No mesmo ano foi criado o Sistema de informação do Câncer (SISCAN) onde o site reunia informações do SISCOLO (INCA, 2016a).

Anteriormente, no Plano Nacional de Saúde 2016-2019, a meta baseava-se em realizar 30 milhões de preventivos para rastreamento nas mulheres de 25 a 64 anos. Mais recentemente, alterou-se a forma de financiamento do SUS, sendo instituído o Programa Previne Brasil. Nele, o custeio da APS passa a ser por capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. O pagamento por desempenho é efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Os indicadores são definidos considerando a relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade, por ato do Ministro da Saúde após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Brasil, 2019).

Dentre os indicadores definidos, em 2020, estava a cobertura de exames citopatológicos, sendo revisitado em janeiro de 2022 e tendo seu nome mudado para proporção de mulheres com

coleta de citopatológico na APS (Brasil, 2022), confirmando a sua importância no cenário atual. A meta baseia-se em ter 40% da população coberta pelo exame, sendo o município monitorado a cada 4 meses. Desde o momento da alteração do financiamento até agosto de 2021 foi considerado o potencial de 100% do alcance dos indicadores por equipe em virtude da conjuntura emergencial de saúde pública nacional e internacional em decorrência da pandemia da covid-19 e da portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021 (Brasil, 2021b). A partir de setembro de 2021 o pagamento por desempenho passa a ser pelo resultado efetivamente alcançado, o que torna urgente o aumento desses indicadores nos municípios brasileiros.

A meta de 40% em comparação ao parâmetro maior que 80% de cobertura de rastreio pode ser considerada baixa. No entanto, os dados nacionais mostram uma cobertura de citopatológicos de 15% no 3º quadrimestre de 2021. Já no estado de Santa Catarina, a taxa encontra-se acima da média nacional, com o valor de 19%. O município de São José, local onde se dará a pesquisa, apresenta um número levemente mais elevado que o do Estado com 20% de cobertura (Brasil, 2021a). Embora seja um número que se destaca da média nacional, ainda representa apenas 50% da meta atingida, apresentando um longo caminho a ser percorrido.

Um dos motivos que pode estar relacionado a baixa cobertura de exames citopatológicos do colo uterino, além da falta de um rastreio organizado, como abordado no capítulo anterior, é a não realização do exame pelos profissionais de saúde. Em um estudo realizado na Polônia, cuja taxa de rastreamento para câncer de colo de útero é abaixo de outros países europeus, mostrou que nenhum médico que participou do estudo realizava a coleta do Papanicolau em seus consultórios. Isso se dava por falta de experiência, falta de tempo ou a percepção de que o exame deveria ser realizado apenas por ginecologistas. O estudo não mostrou nenhuma associação da falta de vontade em realizar o exame com características individuais dos médicos (Nessler *et al.*, 2021).

Por sua vez, um estudo francês apontou uma possível associação entre a não realização do rastreio e características individuais, sendo mais comum a não realização do exame dentre os médicos homens (Poncet *et al.*, 2016). Um outro estudo francês revelou que médicos atuantes na atenção primária em área com baixa densidade médica por habitante eram mais prováveis de realizar o rastreamento de câncer de colo de útero, em contraste aqueles que atuavam em localidades com maior facilidade de acesso ao ginecologista ou com taxa de pobreza maior que a média nacional (Maj *et al.*, 2019).

Em relação às barreiras que impedem a adesão do rastreamento do CCU, podem estar o medo e a vergonha relacionados à prática do exame. Ademais, a classe econômica e a baixa escolaridade também mostram relação com as barreiras de acesso tais como dificuldade com o

transporte, relacionadas ao cotidiano da mulher e esquecimento da data agendada (Rafael; Moura, 2010). Um estudo realizado na Uganda, país com uma das maiores taxas de mortalidade por CCU do mundo, também corrobora escolaridade e nível de renda como barreiras e destaca o medo do procedimento e a vergonha como as principais barreiras para a adesão ao rastreamento. Porém, esses sentimentos podem ser diminuídos pelo aumento do conhecimento em relação a necessidade do rastreamento e sobre o CCU, ajudando até mesmo a reconhecer a dimensão do problema. O estudo, todavia, aponta como um facilitador o encorajamento e a recomendação para realização do rastreio, ajudando a superar as barreiras encontradas (Black; Hyslop; Richmond, 2019).

O Rastreio do CCU durante a época de Pandemia se agravou ainda mais, As ações de rastreio preventivo e coleta ficaram prejudicados devido ao acesso reduzido de consultas eletivas e priorização de atendimento aos sintomáticos respiratórios, deslocamento de verba e de estrutura profissional para o atendimento de pessoas com suspeita de COVID-19. Houve 43% de adiamentos nas ações de controle de CCU dos países analisados no estudo (Parro, 2020).

Destaca-se a importância ainda maior de ter profissionais capacitados a orientar sobre prevenção e que conheçam o método de rastreio, periodicidade e população-alvo da sua comunidade, facilitando assim o planejamento e execução de tarefas durante momentos de crise (Brasil; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2006)

## 6 MATERIAIS E MÉTODOS

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Essa pesquisa trata-se do tipo estudo de avaliabilidade (EA), de abordagem qualitativa e colaborativa. A proposta deste EA teve como foco avaliar um plano de intervenção voltado para o rastreo organizado implementado, de forma preliminar, no ano de 2021, em uma equipe da ESF do município de São José, localizado no estado de SC, região sul do Brasil. Dessa forma, almejou-se aprimorar a intervenção, tornando-a mais plausível e avaliável a partir do envolvimento dos tomadores de decisão no processo (Mendes *et al.*, 2010).

Nos tópicos a seguir, abordaremos em maior profundidade o estudo de avaliabilidade e as etapas desenvolvidas neste estudo. Compreender as etapas que antecedem uma avaliação implica em analisar o contexto no qual a intervenção está inserida, sendo necessário conhecer esse contexto. Para conhecer melhor a intervenção, foi realizado este EA, no qual foram usadas múltiplas técnicas de coleta de dados (análise documental, entrevistas com informantes-chave e oficina com experts) de maneira a validar o modelo lógico da intervenção e a proposta de modelo avaliativo, que serão descritos a seguir.

#### 6.1.1 Estudo de avaliabilidade

Segundo Baratieri *et al.*, (2019), “O Estudo de Avaliabilidade (EA) é um tipo de estudo do processo avaliativo que pode ser utilizado como uma pré-avaliação em alguma fase do desenvolvimento e implementação de um programa, bem como ao longo do seu ciclo de vida”. Surgido inicialmente como uma atividade de pré-avaliação a fim de dar suporte para a decisão de avaliação do programa, avançou até o presente momento em que se constrói com a participação dos stakeholders, aqueles interessados na avaliação. Assim, garante-se o seu empoderamento e a ampliação dos seus conhecimentos sobre o programa e seu progresso, facilitando a dinamicidade do processo.

O uso desse tipo de estudo tem aumentado nos últimos anos e isso se dá por alcançar diversos propósitos úteis ao campo da avaliação em saúde, tais como: *feedbacks* rápidos e construtivos sobre operações do programa à equipe, assim como, para a implementação, contribuição no planejamento e viabilidade das ações propostas, traduzir a pesquisa na prática e vice-versa, garantindo a aceitabilidade e identificação de práticas baseadas em evidências em

novos contextos e populações, promissoras aos objetivos de saúde pública (Baratieri *et al.*, 2019)

Os diferentes tipos de estudo de avaliação têm como primeira etapa compreender a intervenção, as relações com seu contexto e sua lógica, para então seguir para a etapa de construção dos modelos lógicos. Esta etapa é essencial para explicitar os vínculos entre a intervenção e seus efeitos, considerando que a intervenção é um conjunto de ações composto por estrutura, processos e resultados (Champagne *et al.*, 2011). A modelização, então, além de servir como ferramenta prática na esquematização da intervenção, revela as hipóteses necessárias, ou seja, que sejam feitas as perguntas certas para auxiliar em uma das finalidades da intervenção, que seria contribuir para a tomada de decisão e de melhorar a situação problemática (Champagne *et al.*, 2011). Portanto, os modelos lógicos, os contextos e os atores envolvidos são todos integrantes da descrição da intervenção. Essa serve de base fundamental para a avaliação e como ponto inicial de compreensão entre as partes envolvidas.

As etapas definidas para este estudo pré-avaliativo foram adaptadas a partir da proposta de Thurston e Ramaliu (2005). Assim, os sete elementos escolhidos para esse EA foram: 1) Delimitação do programa, identificando as metas, objetivos e atividades que o compõem; 2) Revisão de documentos; 3) Construção do modelo lógico do programa; 4) Compreensão preliminar de como o programa opera; 5) Desenvolvimento de um modelo teórico de avaliação; 6) Identificação dos usuários e envolvidos na avaliação; e 7) Definição de procedimento para prosseguir com a avaliação.

Deve -se considerar que esse não é um processo linear e sim flexível, contínuo e interativo (Thurston; Ramaliu, 2005). Portanto, os elementos expostos acima não seguirão necessariamente a ordem apresentada anteriormente.

## 6.2 CONTEXTO DA INTERVENÇÃO

São José é um município de 150 mil km<sup>2</sup>, localizado no estado de Santa Catarina, na região Sul do Brasil, com estimativa populacional no ano de 2021 de 253.705 habitantes (IBGE, 2022). O município é a quarta cidade mais populosa de Santa Catarina, fazendo parte da Grande Florianópolis. Em 2010, possuía o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) equivalente a 0,809, média acima do IDH brasileiro, de 0,699. A taxa de mortalidade infantil do município, um importante indicador de saúde, também se mantém abaixo da média nacional: 9,8 óbitos por mil nascidos vivos para a taxa brasileira de 12,8 no ano de 2017 (IBGE, 2022).

No município de São José, a ESF foi implantada em 2001, por meio da Lei Municipal

nº 3645, que regulamentou a contratação de profissionais da saúde em caráter efetivo (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes especiais) para atender as necessidades de implementação da estratégia (São José, 2001).

Em dezembro de 2022, o município contabilizava 27 UBS e 57 Equipes de Saúde da Família implantadas, com 259.224 usuários cadastrados e cobertura da APS de 100% da população municipal. Um aumento expressivo da cobertura que saltou de 72,97% em janeiro de 2021 para 93% em dezembro do mesmo ano (E-Gestor AB, 2022).

Nesse contexto, está inserida a UBS Bela Vista que, além de ser composta por quatro equipes de ESF (13, 14, 15 e 20), disponibiliza atendimentos odontológico, ginecológico e pediátrico. Na unidade, em dezembro de 2022, estavam cadastradas 19.532 pessoas, mais de 3.000 pessoas acima da meta de 100% do Previne Brasil para cadastros por equipe.

A equipe 20, na qual foi realizada a experiência, é responsável pela cobertura de parte do bairro de Barreiros, Jardim Cidade Florianópolis, Bela Vista e Ipiranga. Atualmente é composta por 4 agentes comunitárias da saúde, uma médica e um residente de Medicina de Família e Comunidade, uma enfermeira e duas técnicas em enfermagem cobrindo um total de 7 microáreas. Na área, atualmente estão cadastradas 4.075 pessoas, com, aproximadamente, 1.890 mulheres acima de 25 anos.

### 6.3 A EXPERIÊNCIA PRELIMINAR DA INTERVENÇÃO

Segundo Champagne *et al.* (2011), “a intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática” (Champagne *et al.*, 2011, p 45).

A experiência de implementação de rastreamento organizado na área 20 da ESF de São José surgiu, inicialmente, como uma proposta de intervenção no trabalho de conclusão de curso da Residência em Medicina de Família e Comunidade da presente pesquisadora e foi realizada de janeiro a novembro do ano de 2021. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES-SC) sob CAAE 40931920.8.0000.0115. A proposta de intervenção teve financiamento próprio e não apresentou conflitos de interesse.

A intervenção teve por objetivo aumentar a cobertura de exames citopatológicos do colo uterino da equipe. Para seu desenvolvimento, apoiou-se no referencial teórico sobre o assunto voltado para a APS no Brasil com destaque para as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento

do Câncer do Colo do Útero, o Caderno de Atenção Primária nº 29 e os Protocolos da Atenção Básica – Saúde das mulheres, além de levar em conta também a observação da demanda e do acesso ao exame no local da implementação.

Entre as ações relacionadas com o controle do CCU estão a vacinação contra o HPV, o rastreamento e o tratamento e cuidado paliativo. Os componentes técnicos dessa intervenção tiveram enfoque na prevenção secundária dessa patologia por meio do rastreamento e foram pautados na prevenção, assistência clínica e vigilância epidemiológica.

A intervenção foi composta por ações de:

- 1) Educação, informação e de comunicação em saúde por meio de reuniões de capacitação da equipe, incluindo agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, médica e enfermeira, sobre o CCU e seu controle e realização de visitas domiciliares em todas as casas da área coberta pela equipe a fim de ofertar carta-convite (ANEXO 1) e um panfleto informativo (ANEXO 2).
- 2) Reorganização do processo de trabalho da equipe para ofertar ações assistências já disponíveis no município por meio de criação de e-mail e número de *WhatsApp* com o intuito de facilitar a marcação do exame e realização de busca ativa, por telefonema ou visita de Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável, das mulheres sem rastreio ou com o exame atrasado, identificadas a partir da coleta de dados secundários.
- 3) Coleta e ações clínicas adequadas ao exame preventivo.

#### 6.4 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo envolveu a realização das etapas definidas no estudo da avaliabilidade da intervenção de implementação do rastreio organizado do CCU para aumento da cobertura da realização de exames citopatológicos do colo uterino. Para atender aos objetivos propostos, foram utilizados dados inéditos de fontes primárias (informantes chave e experts) e secundárias (documentos e normativas de domínio público), coletados no período de setembro de 2022 a fevereiro de 2023.

#### **6.4.1 Análise documental: Identificação de objetivos e metas da intervenção**

Na primeira etapa do estudo, seguindo os elementos de adaptação de Thurston e Ramaliu (2005), foi realizada análise documental a partir de documentos escritos tendo como base registros institucionais (Junior *et al.*, 2021). Para a análise, utilizaram-se documentos públicos como relatórios, folhetos, estudos e outras publicações tais como fichas de desempenho do município, normas e portarias que tenham servido como base e/ou que deveriam ser de interesse para a implementação da intervenção. Esses documentos foram sistematizados e categorizados de forma a delimitar as possíveis dimensões de uma modelização teórica da intervenção (Modelo Lógico-teórico). O instrumento de coleta de dados para esta análise tem o propósito de levantar dados sobre a presença dos objetivos do programa, assim como as metas e resultados a serem alcançados, além do contexto vivenciado.

#### **6.4.2 Análise Temática de Conteúdo: a intervenção pela voz dos informantes-chave**

Em uma segunda etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A) face a face, com seis informantes-chaves: a coordenadora da UBS Bela Vista, a chefe do Departamento de Saúde da Mulher do município, o coordenador do distrito no qual a UBS se localiza, a médica da equipe 20, a enfermeira da equipe e uma ACS. Dessa forma, envolveu-se na pesquisa os profissionais que têm atuação direta no planejamento de saúde, coordenação do cuidado e nas ações no território e na gestão e organização dos processos de trabalho, considerados peças potencialmente interessadas no processo avaliativo.

Os critérios de inclusão utilizados para as entrevistas foram ter mais de 18 anos, concordar em participar do estudo e ter envolvimento direto ou indireto com o planejamento e implantação da intervenção. Pacientes ou usuários do serviço e profissionais de outras ESF foram excluídos da pesquisa.

A pesquisadora convidou os participantes eleitos por meio de contato telefônico, via ligação ou *WhatsApp*, no qual apresentou a pesquisa por meio de carta enviada previamente. As entrevistas foram aplicadas de forma individual e em sala reservada, em local e horário da preferência do entrevistado. As entrevistas foram realizadas após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, garantia do anonimato e assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) pelos participantes.

O registro das informações foi realizado por meio de aplicativo de gravação digital, sendo posteriormente transcritos e armazenados em nuvem de acesso restrito, onde apenas os

pesquisadores envolvidos no estudo terão acesso. Os dados permanecerão arquivados por 5 anos e após esse período serão descartados, conforme Resolução CNS 466/2012.

Após a coleta, a transcrição e a tabulação dos dados das entrevistas em planilha no *Microsoft Excel*, foi realizada a análise do conteúdo das informações utilizando a técnica de Análise Temática de Conteúdo de Laurence Bardin, que se trata de:

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2016, p. 48).

Nesta etapa foram realizados os três passos propostos por Bardin (2016): 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase de pré-análise foi feita a organização do material e leitura flutuante das seis entrevistas transcritas, além da preparação do material. Em seguida, prosseguiu-se com a exploração do material. Nesse passo, foi feita a codificação e categorização do material. Considerando que a unidade de registro para a codificação é o tema, foram selecionadas tanto frases quanto conjunto de frases e até mesmo parágrafos que foram analisadas de forma indutiva e enumeradas de acordo com a presença ou ausência e a frequência com que apareciam nas entrevistas.

### **6.4.3 Construção do Modelo Teórico e lógico e desenvolvimento de modelo avaliativo**

A partir das duas etapas, foram elaborados os modelos lógicos (ML) e o modelo teórico (MT). Essa é uma etapa essencial nos estudos de avaliabilidade, permitindo a construção da relação entre a intervenção e seus efeitos. A elaboração de modelo é uma tarefa complexa que exige a identificação de problemas e a busca por soluções efetivas. O ponto de partida é a situação inicial que explica a situação problema, expressa em um diagnóstico. Para auxiliar nessa tarefa, é possível utilizar a árvore de problemas uma ferramenta que permite visualizar as causas e consequências do problema em questão.

A partir desses foi construído uma proposta de matriz de análise e julgamento (MAJ) composta de dimensões, indicadores, acrescida das respectivas medidas, fontes e parâmetros. Os documentos e as transcrições das entrevistas analisadas constituíram fonte de informação para construção de um modelo lógico inicial. O processo de pré-montagem seguiu a proposta de Cassiolato e Guerresi (2010), sendo o ML composto pela explicação do problema e objetivos, público-alvo e beneficiários do programa, pela estruturação do programa e definição dos fatores

do contexto. Esse processo é contínuo, tendo sido o modelo revisitado regularmente.

O ML e a MAJ foram, então, submetidos para análise e avaliação por meio de oficina de consenso do tipo comitê tradicional, a fim de permitir uma troca de ideias abertas e o confronto de opiniões divergentes entre especialistas e *stakeholders*. Entende-se por *stakeholders* os “grupos diretamente envolvidos com o planejamento e implantação como outros interessados no programa, como os profissionais responsáveis por sua implementação nos serviços de saúde e os usuários do programa” (Mendes *et al.*, 2010, p. 61). A oficina de consenso concilia o conflito e o consenso entre os participantes como os fatores atuantes e que condicionam a realização do planejamento.

Para a oficina foram convidadas 15 pessoas, dentre eles profissionais da ESF e gestores da APS local, especialistas em avaliação e CCU. Participaram da oficina de consenso 2 pesquisadores de CCU, uma especialista da área de avaliação e uma enfermeira da ESF. Posteriormente, um gestor e uma pesquisadora de avaliação enviaram suas considerações devido à impossibilidade de participarem da oficina.

O convite foi realizado através de whatsapp e e-mail, com uma explanação sobre a temática, objetivo do estudo e a importância da participação, informados em Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) para participação em ambiente virtual por meio da plataforma Zoom, e com o envio da MAJ, para que pudessem analisar o material previamente ao encontro virtual de discussão. Foi solicitado àqueles que não tinham disponibilidade de participar do encontro virtual, que enviassem suas contribuições por escrito. O Quadro 1 mostra um panorama do resumo metodológico deste estudo

Quadro 1 – Mapa Metodológico.

Mapa Metodológico	<b>Objetivo geral</b>			
	Desenvolver estudo de avaliabilidade de uma intervenção piloto de rastreio organizado de câncer de colo de útero desenvolvida em uma unidade básica de saúde do município de São José, Santa Catarina.			
	<b>Objetivos específicos</b>			
	Estabelecer os objetivos e metas da intervenção a partir do referencial teórico	Construir e validar um modelo lógico para a intervenção de rastreio organizado do CCU na Atenção Primária.	Compreender facilitadores e dificultadores para o rastreio organizado de CCU na vivência dos profissionais envolvidos na intervenção	Analisar o modelo lógico criado e a realidade da intervenção
<b>Operacionalização da pesquisa</b>				
<b>Método de pesquisa</b>	Estudo de Avaliabilidade			
<b>Abordagem</b>	Qualitativa			
<b>Técnica para coleta de dados</b>	Revisão documental	Entrevistas semiestruturadas com informantes-chave	Construção de Árvore de Problemas e Oficina de consenso com experts	
<b>Fonte de Dados</b>	Dados secundários públicos (normativas e protocolos do Programa)	Dados primários	Dados primários	
<b>Técnica de análise dos dados</b>	Análise Documental	Análise Temática do Conteúdo	Construção do Modelo TL Modelagem	

Fonte: Formulação da autora, 2023

## 6.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi fundamentado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade, dentre outros. O projeto foi submetido ao CEP com Seres Humanos da ENSP, contando com disponibilização do Termo de Anuência Institucional e o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) e somente após a obtenção do parecer consubstanciado nº 5.639.149, CAAE 61073422.8.0000.5240, a coleta de dados foi realizada.

No Registro foram evidenciadas informações sobre a participação na pesquisa e o seu caráter voluntário, sendo fator determinante para a participação no estudo a concordância e o assentimento do documento. Foi assegurado aos participantes a liberdade de saírem da pesquisa a qualquer momento, sem quaisquer represálias.

A participação dos indivíduos na pesquisa visou a possibilidade de expressão integral de suas ideias e opiniões, de forma segura, sendo garantido a análise agregada do conteúdo e a

anonimidade dos sujeitos. Contudo, é importante destacar, que pelo estudo envolver um número restrito de participantes e estes ocuparem posições estratégicas na gestão ou no serviço de saúde, não se pôde garantir anonimato, expressando-se tal risco de identificação indireta explicitado aos participantes. Para minimizar o constrangimento aos participantes, as análises foram agregadas em categorias temáticas e não foram citadas transcrições na íntegra dos relatos dos participantes.

Quanto aos benefícios, acredita-se que este estudo pode contribuir para a melhoria de vários itens estruturais, de recursos humanos e de qualidade da atenção à saúde da mulher no que tange o controle do câncer de colo de útero refletindo na efetividade dos serviços e de intervenções específicas que poderão subsidiar os gestores a tomar decisões acertadas.

O compartilhamento dos resultados da avaliação com os atores envolvidos se traduz como uma etapa fundamental do processo avaliativo. A pesquisadora se compromete em manter em arquivo, sob sua guarda, por cinco anos, os dados da pesquisa. Após a etapa da defesa desta dissertação está previsto, ainda, a divulgação dos resultados por meio de relatórios técnicos aos gestores, profissionais e demais interessados na avaliação, além da divulgação científica dos produtos do estudo.

## 7 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa seguem as etapas do estudo de avaliabilidade propostas por Thurston e Ramaliu (2005) a fim de atender ao objetivo principal da pesquisa, que se trata da realização deste tipo de estudo para o rastreamento organizado do CCU na ESF do SUS. Os resultados do estudo de avaliabilidade foram construídos a partir da identificação de objetivos e metas da intervenção de rastreio por meio de análise documental; descrição de facilitadores e dificultadores por meio da análise temática de conteúdo, elaboração e validação de modelos e matriz de análise e julgamento, conforme apresentados a seguir:

### 7.1 IDENTIFICAÇÃO DE OBJETIVOS E METAS DA INTERVENÇÃO

A primeira etapa realizada foi a análise documental. Nesta etapa, foram analisados documentos escritos oficiais como portarias, planos de ação, relatórios disponíveis em sites governamentais, que datam de 1985 até 2022, a fim de identificar objetivos, metas e atividades desenvolvidas para a organização do rastreio de câncer de colo de útero no país e que sirvam para uma intervenção estruturada na ESF. Um dos documentos incluídos foi fornecido pela enfermeira da ESF do município. Foram excluídos da análise todos os documentos já com tratamento analítico, sendo retirados os cadernos da atenção básica e as diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero. Também foram excluídos da análise os documentos que não se relacionassem direta ou indiretamente ao rastreamento do CCU.

A maioria dos documentos analisados foram elaborados pelo MS, tendo 2 deles parceria com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Um dos documentos foi de autoria do município de São José para análise de produtividade dos enfermeiros. Os documentos relacionados são apresentados no quadro abaixo, distribuídos por ano, título, conteúdo e sua contribuição.

Quadro 2 – Documentos utilizados para elaboração de modelo lógico e teórico e matriz de julgamento de projeto de intervenção de rastreamento organizado do CCU.

ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO	CONTRIBUIÇÃO
1985	Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática	Define diretrizes gerais e proposições básicas de ações de assistência integral à saúde da mulher	Coloca a implantação e ampliação da identificação e controle do câncer de colo de útero no escopo de atenção à saúde da mulher

<b>ANO</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>CONTRIBUIÇÃO</b>
1999	Relatório Final - Programa Nacional de Combate ao Câncer de colo uterino	Sintetiza o objetivo e as ações desenvolvidas pelo Programa para a identificação precoce do câncer de colo de útero e o seu tratamento adequado	Atividades desenvolvidas para aumento do número de preventivos realizados
2006	Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006	Determina os objetivos e metas para o controle do câncer de colo uterino, sendo um dos focos de atenção do Pacto pela Vida.	Estabelece os seguintes objetivos e metas: Objetivo: Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama -> Controle do câncer de colo de útero e de mama; Metas: Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006.
2008	Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008	Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.	Garante, pelo SUS, a realização de exame citopatológico do colo uterino a todas as mulheres que já tenham iniciado sua vida sexual, independentemente da idade.
2009	Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009	Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011.	Estabelece o objetivo de ampliar a oferta do exame preventivo e tratar/seguir as lesões precursoras do câncer de colo do útero no nível ambulatorial com a meta de atingir 100% de seguimento/tratamento das mulheres com lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.
2010	Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero	Apresenta as propostas elaboradas por Grupo de Trabalho, divididas por eixos, para o aperfeiçoamento do Programa Nacional de Controle do Câncer de colo de útero e de mama	Estabelece o objetivo de reduzir a incidência e mortalidade pelo câncer de colo de útero.
2011	Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022	Define e promove ações a serem implementadas para diminuir as doenças crônicas não transmissíveis no período de 2011 a 2022	Descreve as intervenções estratégicas para fortalecer a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama
2013	Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013	Institui a 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)	Estabelece os princípios gerais e diretrizes relacionadas à prevenção do câncer, à vigilância, ao monitoramento e à avaliação, dentre outras.

ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO	CONTRIBUIÇÃO
2017	Lei Nº 13.522, de 27 de novembro de 2017	Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para estabelecer que serão desenvolvidas estratégias intersetoriais específicas para mulheres com dificuldade de acesso às ações de saúde relativas à prevenção, detecção, tratamento e controle dos cânceres do colo uterino e de mama.	Acresce o § 3º ao art 2º da Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008
2019	Portaria Nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019	Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.	Inclui a cobertura de exames citopatológicos como um dos indicadores do novo financiamento da atenção básica.
2021	Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não-transmissíveis no Brasil 2021-2030	Traça um balanço do Plano de DCNT de 2011-2022 e apresenta as diretrizes para a prevenção dos fatores de risco relacionados às Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030	Identifica avanços e desafios nas metas estabelecidas em 2011 e estabelece recomendações para a inclusão de ações e metas relacionadas aos agravos em uma agenda nacional.
2022	Portaria GM/MS Nº 102, de 20 de janeiro de 2022	Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.	Altera os indicadores para pagamento por desempenho do programa Previne Brasil, incluindo o indicador relacionado ao câncer de colo de útero
	Nota Técnica Nº 16/2022-SAPS/MS	Atualiza a Nota Técnica nº 4/2022.	Apresenta o indicador relacionado ao controle do câncer de colo de útero no pagamento por desempenho do programa Previne Brasil
	Leiº 14.335, de 10 de maio de 2022	Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para dispor sobre a atenção integral à mulher na prevenção dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal.	Mantém as disposições sobre a atenção integral à mulher na prevenção dos cânceres do colo uterino
-	Instrumento da produtividade de profissionais enfermeiros de São José - SC	Estabelece os critérios de avaliação do enfermeiro assistencial na atenção primária à saúde	Incentiva a realização de número mínimo de coletas de citopatológico do CCU para ganho de bonificação relacionado a produtividade.

Fonte: formulação da autora, 2023

A partir dos documentos analisados, fica claro a mudança de contexto no qual o controle do CCU e, por conseguinte, o rastreamento dessa patologia está inserido no país. Inicialmente, em 1985, o documento de “Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática” mostra uma preocupação primitiva em colocar o controle do CCU dentre as ações relacionadas

à saúde da mulher, porém sem detalhamento ou especificações, e com o escopo voltado para a assistência materno infantil.

Nos documentos subsequentes, fica evidenciado a preocupação de se traçar objetivos, metas e atividades específicas para o controle do CCU, dentro de programas próprios. O relatório final do Programa Nacional de combate ao CCU apresenta o objetivo, as metas, estratégias e a operacionalização do programa, envolvendo as 3 esferas governamentais. Assim, nessa fase inicial, não há uma preocupação com o estabelecimento de um rastreamento organizado, mas com a expansão de ações de controle do CCU para diferentes estados, sendo a realização de exames em uma faixa etária reduzida em um período determinado, uma das metas. No relatório, também se aborda o controle de qualidade dos exames e o acesso das mulheres à realização do preventivo e à colposcopia ou tratamento quando identificadas lesões precursoras ou já confirmadas de CCU.

As portarias de 2006 e 2009 foram lançadas em um contexto de consolidação do SUS, reconhecimento da Saúde da Família na Atenção Básica e expansão da ESF. Dessa forma, a portaria de 2006 estabelece as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde tendo como uma das prioridades o controle do CCU por meio da alta cobertura do exame. Em 2009, objetiva-se obter alta cobertura por meio da ampliação da oferta de exame preventivo, revelando o acesso como um dos problemas a serem combatidos para alcance da meta.

O “Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero” determina eixos para o aperfeiçoamento técnico e operacional do programa, esclarecendo ações de fortalecimento do rastreamento organizado na atenção primária. Esse é um dos primeiros documentos que menciona a organização do rastreamento e a sua estruturação na atenção primária.

A partir de 2011, os documentos começam a refletir a transição epidemiológica brasileira e as tentativas de enfrentamento da infraestrutura inadequada e do modelo assistencial. O “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022” retoma a meta de aumentar a cobertura do exame e atualiza para a faixa etária de rastreamento, de 25 a 64 anos, além de coloca como uma das ações a necessidade de “Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado...” (Brasil, 2011, p. 134). Outra ação prevista também retoma o fortalecimento do rastreamento por meio da ampliação do acesso e a implantação do programa de gestão da qualidade do exame. Dessa forma, tornando indubitável a necessidade de o país avançar na efetividade do rastreamento, sendo o acesso um dos seus eixos, assim como o controle de qualidade do exame instituído.

Por sua vez, a Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, institui a Política Nacional para

a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Nesta portaria, de forma geral, fica estabelecido os princípios e diretrizes relacionados à prevenção e controle do câncer. Os aspectos referentes ao rastreamento ficam relacionados à prevenção do câncer e às ações de vigilância, monitoramento e avaliação, sendo atribuído às responsabilidades das diferentes esferas de gestão do SUS, incluindo os componentes da atenção básica, mas não em específico ao CCU.

A acessibilidade mostra-se em destaque na Lei nº 13.522, de 27 de novembro de 2017, que acrescenta à Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008 a previsão de criação de estratégias específicas para mulheres com dificuldade de acesso às ações de prevenção, controle, tratamento e seguimento do câncer. É possível que para a criação dessa lei tenha ficado demonstrado o prejuízo à essa população pela literatura. A lei de 2008 é então revogada em 2022 pela Lei nº 14.335, de 10 de maio de 2022, que mantém os aspectos relacionados ao CCU previstos e assegurados pelo SUS e acrescenta o câncer colorretal.

Em 2019, a Portaria Nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019 coloca a cobertura de exames citopatológicos como um dos sete indicadores de pagamento por desempenho previsto pelo programa Previne Brasil para o ano de 2020. Essa mudança do modelo de financiamento da atenção básica surge em um cenário de crise política e econômica do País, aumento da responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS e agregação trazida pela PNAB 2017 de modalidade de financiamento federal com recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços. Em 2022, a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022 altera o indicador previamente estabelecido para a proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS, cujo parâmetro, meta e peso é identificado na Nota Técnica nº 16/2022-SAPS/MS. Faz-se notar que embora o parâmetro seja de 80%, que já difere do mais recente documento publicado sobre o tema pela OMS, a meta nacional é de 40% devido às diferentes limitações municipais.

Um dos documentos nacionais publicados mais recentemente, o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não-transmissíveis no Brasil 2021-2030 apresenta uma mudança de meta em relação ao controle do CCU, alterando a mesma de realização de tratamento de 100% das lesões precursoras de CCU para redução de 20% da mortalidade por essa patologia, tendo como alvo a redução de 8,7 óbitos prematuros por CCU a cada 100 mil mulheres em 2019 para 6,7, em 2030. Quanto às ações estratégicas, essas passam a se dividir em eixos e é dado continuidade ao aperfeiçoamento do rastreio, devendo evoluir do modelo oportunístico para o organizado além da capacitação e formação dos profissionais de saúde da atenção primária quanto à detecção precoce do CCU. Dentre as agregações, pode-se

citar o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde na UBS de maneira a garantir o acompanhamento, o controle e o seguimento das ações de rastreamento.

Apenas um dos documentos analisados é da gestão da Atenção Básica de São José e apresenta os parâmetros de produtividade dos enfermeiros da ESF. Dentre esses, um deles é a realização de coletas de citopatológico do colo do útero, não sendo especificado a faixa etária. Para alcançar a pontuação máxima neste quesito, basta a realização de 24 ou mais preventivos por mês. No entanto, percebe-se que esse número não seria suficiente para cobrir 70% da população-alvo a ser rastreada pela equipe e também não mostra preocupação com um rastreio organizado.

Fica claro, após a análise dos documentos, que a maior parte desses traz o objetivo de forma explícita. Esse se trata da redução da incidência e da mortalidade por câncer cérvico-uterino. Um dos fatores que impacta nessa redução é a identificação precoce do câncer por meio da realização do exame preventivo, ou seja, por meio de rastreamento, com posterior acompanhamento ou tratamento, quando necessário. Assim, as metas recorrentes nos documentos se relacionam ao aumento da cobertura de exame. As ações tanto para esse fim quanto também relacionadas a organização do rastreio pautam-se em diferentes eixos enunciados nos documentos, tais como a prevenção de saúde, ação integral à saúde e vigilância em saúde.

## 7.2 ANÁLISE TEMÁTICA DE CONTEÚDO: A INTERVENÇÃO PELA VOZ DOS INFORMANTES-CHAVE

Nesta etapa foram entrevistados seis indivíduos envolvidos ou interessados na intervenção a fim de identificar os elementos de estrutura, processo e resultado que contribuíram para a formação do modelo. Além disso, as entrevistas também permitiram a compreensão de fatores facilitadores e dificultadores da implementação do rastreio organizado do CCU a partir da perspectiva de profissionais atuantes na ESF e interessados na intervenção. O perfil dos entrevistados e detalhes da entrevista estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Perfil dos entrevistados.

Entrevistado	PERFIL				DETALHES DA ENTREVISTA		
	Gênero	Idade	Nível de educação	Profissão/ Cargo	Data da entrevista	Duração (minutos)	Meio da entrevista
E1	F	37	Superior	Médica	22/10/2022	35	Presencial
E2	F	48	Superior	Enfermeira/ Coordenadora do Departamento de Saúde da Mulher	03/11/2022	31	Presencial
E3	F	43	Superior	Gerente de Distrito	04/11/2022	17	Presencial
E4	F	37	Superior	Enfermeira	04/11/2022	24	Presencial
E5	F	40		ACS	09/11/2022	29	Presencial
E6	F	57	Superior	Coordenadora de UBS	17/11/2022	17	Presencial

Fonte: formulação da autora, 2023

As entrevistas dos participantes foram codificadas de acordo com o propósito da pesquisa. Após a codificação, foi realizada a categorização seguindo o critério semântico com identificação de 3 categorias em conformidade com os componentes do modelo lógico e a compreensão do contexto da intervenção. As categorias encontradas foram: 1 – Fragilidades do rastreamento atual; 2 – Potencialidades para o rastreamento organizado; e 3 – Componentes do modelo lógico.

Quadro 4 – Categorias e códigos das entrevistas.

Categoria	Códigos	Subcódigos
Fragilidades do rastreamento atual	Causas para o rastreio inadequado	Diretrizes do município
		Periodicidade
		Vínculo
		Limitação do acesso
		Falta de conhecimento de saúde da mulher
		Constrangimento feminino
		População alvo
	Consequências do rastreamento oportunístico	Sobrediagnóstico
		Subdiagnóstico
		Gastos públicos aumentados
Potencialidades para o rastreamento organizado	Facilitadores	Realização do projeto de intervenção
		Incentivo por indicadores
		Ampliação do acesso
	Obstáculos	Ações de monitoramento e vigilância frágeis
		Limitação de recursos
		Restrição do acesso
		Falta de Informação
Componentes do modelo lógico	Componentes Técnicos	Pandemia
		Prevenção
		Vigilância
		Assistência

<b>Categoria</b>	<b>Códigos</b>	<b>Subcódigos</b>
	Componentes Estruturais	Educação em saúde
		Recursos
		Objetivos
		Produtos
		Atividades
		Resultados

Fonte: formulação da autora, 2023

### 7.2.1 Categoria I: Fragilidades

A categoria 1 - Fragilidades do rastreamento atual apresentou um amplo conjunto de evidência de barreiras para a implementação do rastreio organizado na atenção primária brasileira. Em relação a esta categoria, o Quadro 4 mostra as evidências para cada código, acompanhada da quantidade de evidência (entre colchetes) e dos respondentes que a mencionaram (entre parênteses). O número de evidência pode variar e ser maior que o número de entrevistados, pois mais de uma evidência pode ser originada de cada resposta de um respondente.

Quadro 5 – Fragilidades do rastreamento atual.

<b>Códigos</b>	<b>Evidências (número de evidência, subcódigos, entrevistados)</b>
Causas para o rastreio inadequado	[2] Diretrizes do município (E1, E2)
	[1] Periodicidade equivocada(E1)
	[3] Vínculo frágil com a ESF (E1, E2, E3)
	[8] Limitação do acesso (E2, E3, E4, E5, E6)
	[2] Falta de conhecimento de saúde da mulher (E2, E6)
	[1] Constrangimento feminino (E3)
	[2] População alvo não rastreada (E1)
Consequências do rastreio oportunístico	{2} Sobrediagnóstico (E1)
	{1} Subdiagnóstico (E1)
	[6] Diagnóstico tardio (E1, E2, E3, E4, E5, E6)
	[3] Gastos públicos aumentados (E1, E3, E4)

Fonte: formulação da autora, 2023

Nas falas sobre a primeira categoria, foram identificados os códigos de causas para o rastreio inadequado e consequências do rastreamento oportunístico. Esses códigos tratam da percepção dos entrevistados sobre os motivos aparentes do contexto no qual a intervenção foi desenvolvida que dificultaram o seu prosseguimento e favoreceram a manutenção de um rastreamento oportunístico do CCU.

A inadequação das diretrizes do município em relação às diretrizes nacionais para o

rastreamento está presente como uma das causas na fala “*O primeiro [problema relacionado ao controle do CCU] é a questão de um protocolo que não é bem estruturado ou que ele é diferente do protocolo nacional*” (E1). Apesar de não estar adequada às diretrizes nacionais, esse problema não é generalizado pelos entrevistados.

Não apenas devido a inadequação de protocolos municipais, mas relatos relacionados a periodicidade e população equivocadas para o rastreio também aparecem nas seguintes narrativas: “*Outra questão ali, fora isso, entra também na rotina, na frequência em que se fazem os preventivos. Existe uma situação ali em que elas agendam os preventivos uma vez ao ano sem necessidade*” (E1) e “*A outra questão seria essa de você rastrear uma população limitada. Você não chega em toda a população que deve ser rastreada. Você rastreia com frequência aquele mesmo nicho*” (E1).

Para além da frequência e população do rastreamento, a limitação do acesso também foi relatada como um fator causal para o rastreio inadequado como vemos no seguinte relato: “*De uma forma geral, eu acredito que a baixa adesão das mulheres seja pela falta de acesso à unidade de saúde, seja pelo acolhimento*” (E2).

Percebe-se que o subcódigo de limitação do acesso seguido de vínculo frágil com a ESF, de acordo com os critérios enumerados de presença e frequência, são os mais fortes, aparecendo no discurso de boa parte dos entrevistados.

Sob a perspectiva de que o rastreio inadequado traz consequências negativas, identificou-se o código de consequências do rastreamento oportunístico, que aponta o diagnóstico tardio como principal ponto de impacto aparecendo 6 vezes e nas falas de todos os entrevistados:

*Você rastreia com frequência aquele mesmo nicho, aquelas mesmas pessoas e acaba não expandindo para toda a população e aí obviamente que você vai ter uma identificação de problemas quando chegar uma paciente que nunca vem na unidade, que nunca foi rastreada, já chega com uma situação de câncer avançado, como a gente teve inclusive recentemente.* (E1)

Uma entrevistada expressou preocupação com relação ao sobrediagnóstico e ao subdiagnóstico, como podemos ver no seguinte trecho: “*uma delas [consequência] é essa da questão do sobrediagnóstico, inclusive de falsos positivos, se você rastreia aquela população que não chegou na idade ainda, você acaba identificando possíveis alterações que poderiam ser reversíveis*” (E1) e “*e aí você deixa de rastrear pessoas que nunca foram rastreadas*” (E1).

Além disso, por tratar-se de uma política pública, uma das consequências apontadas do rastreio inadequado é o aumento de gastos público:

*A gente não consegue detectar precocemente e aí a doença evolui e aí a gente tem toda uma questão da saúde e do custo. A gente pensa também na questão do custo, se a gente tem uma detecção precoce a gente consegue resolver com um valor menor. Pensando como gestão, não pensando somente na saúde, mas pensando como gestão também. Então a gente tem um gasto maior e a gente tem um agravamento dessa patologia. (E3)*

## 7.2.2 Categoria II: Potencialidades

A segunda categoria que emergiu durante as entrevistas foram as potencialidades do rastreio organizado, englobando os fatores facilitadores para sua implementação e atentando para os obstáculos que impedem sua realização no contexto recente e atual.

Quadro 6 – Potencialidades para o rastreio organizado.

Códigos	Evidências (número de evidência, subcódigos, entrevistados)
Facilitadores	[7] Realização projeto de intervenção (E1, E2, E4, E5, E6)
	[1] Incentivo por indicadores (E1)
	[13] Ampliação do acesso (E1, E2, E3, E4, E5, E6)
Obstáculos	[4] Ações de monitoramento e vigilância frágeis (E1, E2, E3, E4)
	[21] Limitação de recursos (E1, E2, E3, E4, E5, E6)
	[12] Restrição do acesso (E1, E3, E4, E5)
	[4] Falta de informação (E1, E5)
	[5] Pandemia (E1, E2, E3, E4, E6)

Fonte: formulação da autora, 2023

Ao analisar a fala dos entrevistados em relação ao contexto da intervenção, foi identificado o código facilitador do rastreamento organizado. Neste, fica evidente a importância da ampliação do acesso e da organização de um projeto que preveja um controle mais eficaz do câncer de colo de útero por meio da organização do rastreio, presentes em todas ou quase todas as entrevistas.

*Nós estamos com 3 unidades de saúde que vão até às 19 horas, se não me engano é Serraria, Bela Vista. Forquilha e para o próximo ano mais duas, Goiabal e Roçado. Então vai até às 19 horas, então tu tem das 17 às 19 mais 2 horas que tu pode estar ampliando esse acesso, abrindo as portas para o exame. (E2)*

*Em um dia se consegue lotar uma agenda todinha de um sábado. Eu acredito que se a gente tivesse também nos dias de semana para ofertar após às 19 horas, a mulher chegou do trabalho já vem direto no posto porque ela tem um procedimento agendado. Eu acredito que era um dos fatores que também aumenta muito. (E6)*

*Eu acho que esse trabalho de vocês, está bem claro isso, a forma como vocês trabalharam a forma adequada de rastreio, fizeram levantamento da população da*

*área, das microáreas, foram até o domicílio, levaram a informação, levaram por escrito, tudo direitinho, fizeram WhatsApp, a parte tecnológica que agiliza, de informática. (E2)*

O pagamento por desempenho promovido por alguns municípios como o de São José também foi apontado como um facilitador para a disponibilização do exame: *"E outras questões que facilitaram o rastreio é porque fazia parte e faz parte, dentro do programa da atenção primária, essa questão da coleta, enfim, apesar de não ser organizado, mas tem dentro das agendas das enfermeiras e tudo isso" (E1).*

Embora o rastreio organizado seja o mais efetivo para a redução da incidência de CA de colo uterino, existem obstáculos que impedem o alcance de sua potencialidade máxima. O código de obstáculos ao rastreamento organizado emerge da fala dos entrevistados evidenciando fatores que vão desde a fragilidade das ações de monitoramento e vigilância, como em: *"A gente tem agendamento de coleta de preventivo a livre demanda. Então, a paciente vai coletar, vai agendar, ninguém pergunta quando foi feito, se já teve algum alterado, se não teve" (E1)* até a pandemia da covid-19, que alterou significativamente a dinâmica das instituições de saúde e impactou negativamente no cuidado de doenças crônicas da população, incluindo o câncer, em uma escala global: *"... A pandemia completamente, afastou todo mundo, tanto que nas unidades de saúde não fazia preventivo, não fazia nada, nada, nada." (E2).*

As preocupações sobre a limitação de recursos surgiram em todas as entrevistas e foram atreladas a falta de recursos humanos para realização da coleta, ausência de estrutura física e de controle de qualidade como nos seguintes relatos:

*A gente teve também uma situação em que algumas enfermeiras estiveram afastadas por questões de saúde. Então a gente diminuiu muito a oferta de coleta e querendo ou não as agendas médicas não preveem um espaço na agenda para você poder permitir os médicos coletarem (E1)*

*E a gente tem unidades de saúde muito pequenas ainda, que tem um consultório com banheiro, que acomoda uma equipe, duas. Nós temos ainda o privilégio de ter ginecologista em todas as unidades, então isso é muito bom. Só que se o ginecologista está lá trabalhando, o enfermeiro não pode estar usando a sala para fazer o preventivo. A gente esbarra muito nisso. Várias unidades já foram ampliadas e agora no próximo ano a gente tem mais 2 ampliações ou três. Então está aumentando isso. Mas eu acho que a gente esbarra muito nessa questão do espaço físico (E2)*

*Algo que eu vejo no Estado, a gente não tem um laboratório de monitoramento de qualidade externa. Teve uma época que tinha, funcionava dentro do CEPON, depois fechou. Então a gente não tem. A gente tem o laboratório credenciado só que a gente não tem um laboratório externo de qualidade do Estado para estar enviando essas lâminas, de todos os casos alterados, uma amostra para estar vendo como está. Quando os profissionais questionam, "essa lâmina está muito duvidosa, não foi isso que eu vi no colo, eu vi uma forma, tudo normal", a gente pede uma segunda leitura*

*para eles, mas são eles que fazem com outro laboratório deles, a gente precisava de algo do Estado, algo público para estar fazendo isso.* (E2)

Ainda sobre os obstáculos ao rastreio populacional, surgiram relatos sobre a restrição do acesso, que não leva em consideração a dificuldade das mulheres em conseguirem aderir a realização do exame: *"De uma forma geral, eu acredito que a baixa adesão das mulheres. Seja pela falta de acesso à unidade de saúde, seja pelo acolhimento"* (E2) tendendo a oportunizar ações predominantemente no mês de outubro devido à campanha relacionada à saúde da mulher: *"É papel nosso lembrar a importância porque é basicamente falado uma vez ao ano a necessidade, no Outubro Rosa. E aí fica nós todo mês, porque abre um mutirão no Outubro Rosa, mas e os outros meses? Fica desimportante"* (E4)

### 7.2.3 Categoria III: Componentes do modelo lógico

A partir da análise do material das entrevistas surge a terceira e última categoria relacionada a estrutura do modelo da intervenção, identificada a partir da fala dos informantes-chave, sendo apresentado no quadro 7 a sua enumeração. Nesta categoria foram identificados os códigos referentes aos componentes técnicos e estruturais do modelo.

Quadro 7 – Componentes do modelo lógico da intervenção.

Códigos	Evidências (número de evidência, subcódigos, entrevistados)
Componentes Técnicos	[6] Prevenção (E1, E2, E3, E4, E5, E6)
	[7] Vigilância (E1, E2, E3, E5, E6)
	[2] Assistência (E5, E6)
	[3] Educação em saúde (E1, E4)
Componentes Estruturais	[12] Recursos (E1, E2, E3, E5, E6)
	[7] Objetivos (E1, E2, E4, E5, E6)
	[20] Produtos (E1, E2, E3, E4, E5, E6)
	[37] Atividades (E1, E2, E3, E4, E5, E6)
	[17] Resultados (E1, E2, E3, E4, E5, E6)

Fonte: formulação da autora, 2023

Nas experiências dos entrevistados sobre a organização do rastreamento organizado, todos mencionaram o componente de prevenção como fundamental para essa atividade na atenção primária, mas alguns tenderam a demonstrar que a sobrecarga do cuidado atrapalha essa função: *"Na verdade o papel da atenção primária sempre foi a prevenção. A atenção primária já tem por título trabalhar a prevenção. Infelizmente, por conta da grande demanda que a gente tem hoje de pessoas doentes, a gente não consegue trabalhar a prevenção."* (E6).

A maioria também ressaltou a vigilância como importante componente para o rastreamento:

*E o outro seria o acompanhamento. A partir do momento que você tem esse diagnóstico, você tem esse público-alvo delimitado você vai poder acompanhar, e aí obviamente encaixar dentro dessa planilha, desse projeto a frequência, a periodicidade que você vai fazer esse rastreio (E1)*

A capacidade de realização do exame em si considerado dentro da assistência não foi um componente que tenha sido mencionado por muitos entrevistados, pois possivelmente não seja um problema uma vez que os obstáculos ao rastreio sejam ultrapassados. A educação em saúde, embora também seja uma importante atividade da atenção primária, surgiu no relato de apenas dois entrevistados:

*Então, entra aí a questão da educação em saúde, a atenção primária ela é importante, ela tem que fazer promoção de saúde, ela tem que fazer educação em saúde e ela tem que disponibilizar esse acesso, essa porta de entrada para que as pacientes possam fazer o seu rastreamento. Então, o papel da atenção primária para mim é fundamental porque esse é o papel dela, promoção e prevenção. (E1)*

Quando perguntados sobre a estrutura da intervenção e o que deve estar presente para que o rastreamento seja organizado, muitos identificaram recursos físicos e humanos como necessários embora nem sempre disponíveis, sendo percebido divergências nas falas dos entrevistados que atuam na ponta quando comparados com os que fazem parte da gestão: “Com relação a recurso físico a gente tem um ambiente para coleta de preventivo, a gente tem material para coleta de preventivo, a gente tem análises garantida pelo município, então supostamente, nesse sentido tem” (E1) e “se eu tivesse recursos humanos, mais pessoas que pudessem fazer esse trabalho, de educação em saúde, certamente seria possível de auxiliar nesse rastreio” (E1). Ainda discutindo o tema “recursos humanos”, uma segunda entrevistada nos atenta para o aumento populacional de São José e um proporcional aumento da demanda nas unidades de saúde:

*[Recursos] Humanos acredito que sim [são suficientes]. Físicos eu acho que a gente esbarra muito no tamanho das unidades de saúde, na questão física mesmo, de estrutura. A população de São José cresceu muito. Com a pandemia, com a economia, muita gente perdeu o emprego, perdeu plano de saúde, então as unidades de saúde estão inchando. E o que a gente percebe é que foi construído para uma época, acho que não teve visão de como a população ia crescer (E2)*

Dentre os objetivos apontados pelos entrevistados que atuam na ESF estão o aumento da cobertura do exame visando a redução da mortalidade, apontado por atores da gestão como nos seguintes trechos: “Aumentar a nossa demanda de mulheres para fazer o exame” (E6) e “O

*objetivo da intervenção, o que a gente espera com essa intervenção, é um impacto maior que é reduzir a doença, a mortalidade. Fazendo essa intervenção a médio, a longo prazo, a gente vai conseguir isso, reduzir a doença que é o objetivo maior” (E2), ficando evidente a diferença de percepção das partes.*

Por sua vez, a ideia de ações diversas realizadas pela ESF para efetivação de uma intervenção de rastreamento organizado suscita falas que abordam desde educação em saúde como em: *“visitação das ACSs e da própria pesquisadora diretamente nas casas das pacientes, fazer a intervenção da educação em saúde, mostrar para a paciente qual é a importância, porque se faz. Isso é importante” (E1) até ações de monitoramento da equipe “Uma coisa muito importante, o monitoramento dessas mulheres, o acompanhamento da população alvo, a questão da... Eu digo que monitorar a população alvo, mas também estar fazendo seguimento dos casos alterados” (E2), testagem e a ampliação do acesso: “O exame está em todas as unidades de saúde, então isso já amplia o acesso” (E2)*

*se essa unidade tiver mais espaço físico, mais consultórios, eu posso estar recrutando enfermeiros de outras unidades de saúde e fazer um levantamento daquele bairro, daquela comunidade, trazendo mais mulheres para fazer o exame. Um dia de mutirão, alguma coisa nesse sentido (E2)*

*Realizar momentos fora do horário comercial que a unidade funciona. Os mutirões de coleta de citopatológico, isso funciona muito. A gente percebe que quando a gente abre a unidade num sábado, a gente consegue ter uma cobertura muito grande, a minoria delas falta (E3)*

As narrativas de alguns entrevistados também trouxeram a necessidade de convites individualizados como uma das atividades estratégicas:

*Na unidade básica que eu era a coordenação antes e é o que a gente passa hoje para as coordenações é que façam convites. A gente fez uma vez convite com o nome da paciente, a gente fez um levantamento de quais pacientes não estavam vindo e eram bem faltosas e a gente colocou o nome (E3)*

*Mas eu ainda acredito que a carta convite, aquela coisa de tu ligar para a mulher, de tu mandar uma mensagem no WhatsApp cobrando, não é nem convidando, é cobrando que ela não fez o exame dela e do porquê ela precisa fazer, até colocar em questão a família, se ela não tratar ela vai adoecer, ela não vai ter tempo para cuidar da família, para cuidar do filho (E6)*

As percepções dos entrevistados também trouxeram expectativas de resultados que respondem aos objetivos almejados e que afetam tanto gestão quanto pacientes como nas hipóteses: *“O maior número possível de mulheres com os exames em dia” (E6); “Eu acho que é isso, a questão do acesso, do acolhimento, da qualificação do atendimento.” (E2); “Acho que a mudança de hábito e comportamento das mulheres, que daí vai aumentar a adesão” (E2); e*

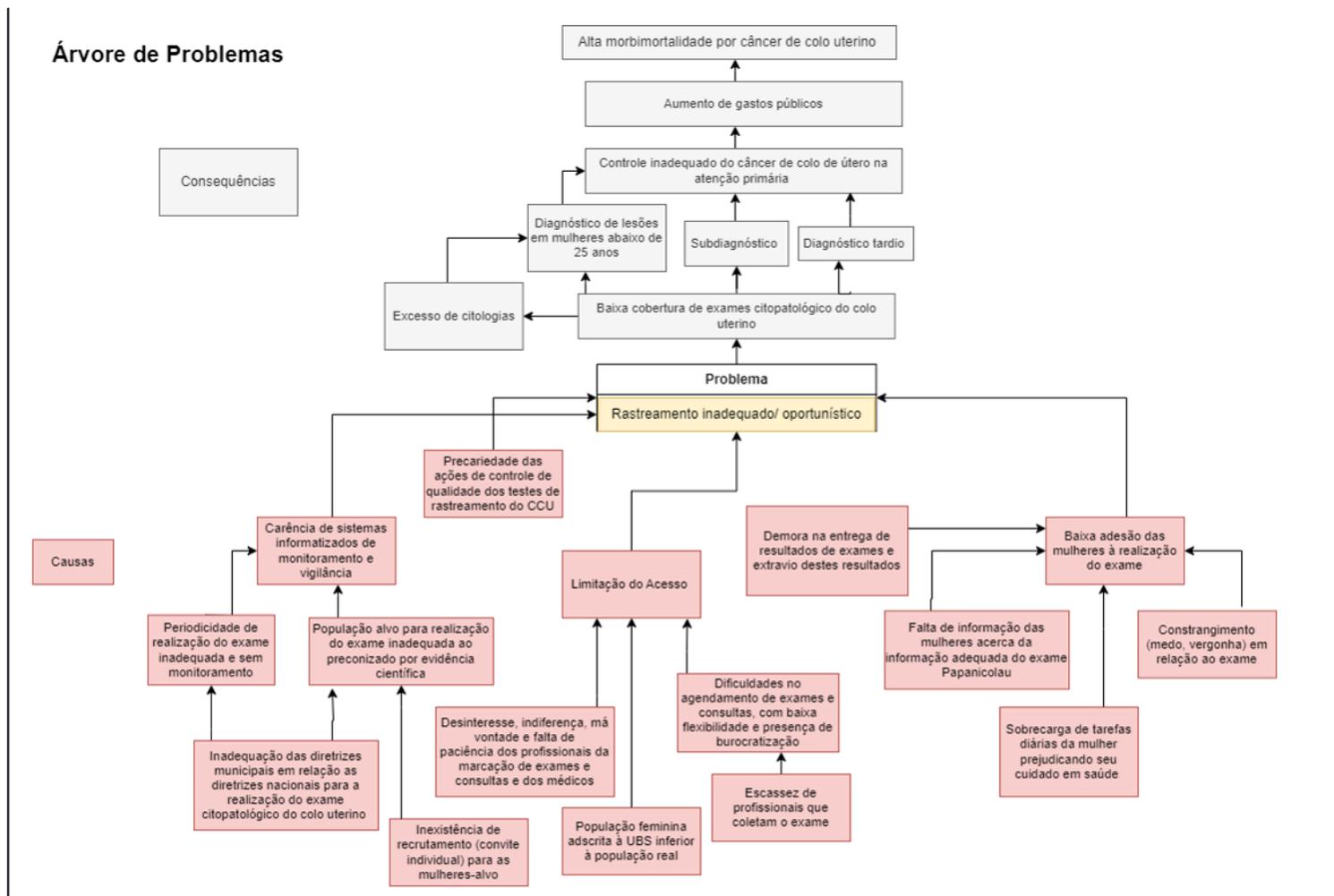
“A detecção precoce dos casos e a cura. Conseguir diminuir mortalidade. Diminuição da mortalidade.” (E4).

### 7.3 CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO E LÓGICO

A partir da análise documental e da análise temática das entrevistas, seguiu-se para etapa de elaboração do modelo teórico e lógico da intervenção. Champagne *et al.* (2011) defende que a avaliação da intervenção se inicie pela estruturação do modelo lógico, a fim de garantir que a mesma sirva de base para a tomada de decisão.

A literatura e o material das entrevistas realizadas podem ser utilizados como fonte de informação para a elaboração da árvore de problemas (Figura 2). É importante que todas as informações sejam levantadas e organizadas de forma clara e objetiva, para que seja possível visualizar as relações entre as diferentes partes do problema. A partir disso, é possível definir as soluções mais adequadas para resolver o problema em questão.

Figura 2 – Árvore de problemas.



Fonte: formulação da autora, 2023

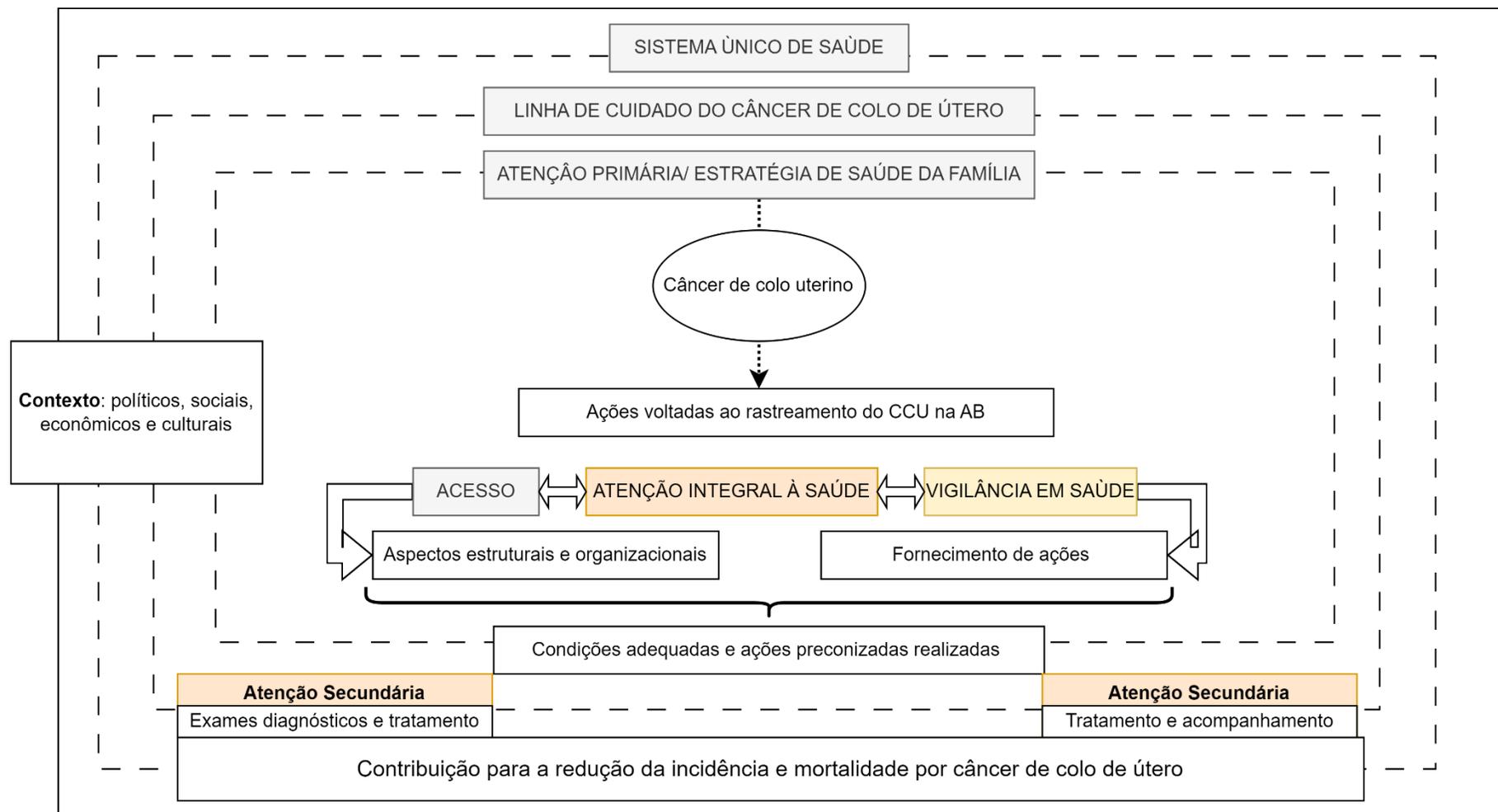
Após um primeiro momento, cujo objetivo foi conhecer a situação atual, identificando os problemas envolvidos, levando em consideração a existência dos atores envolvidos na situação e priorizando ações que auxiliem no enfrentamento do problema identificado, parte-se para a construção de uma ferramenta que pode ser usada para elaborar o planejamento de ações e a execução da intervenção: o modelo lógico. Esse momento do planejamento, considerado estratégico, serve para analisar a factibilidade e construir a viabilidade da intervenção, ou seja, analisar a existência de recursos financeiros, tecnológicos e de gerenciamento para a realização da intervenção bem como construir a possibilidade política para realizar a mesma (Universidade Federal de Santa Catarina, 2016).

Neste estudo, a construção do modelo lógico distanciou-se do tradicional modelo dividido nas dimensões de estrutura, processos e resultados de Donabedian e aproximou-se do roteiro elaborado por Cassiolato e Guerresi (2010), já utilizado em programas governamentais, e do modelo sugerido por Ruggs (2004).

Para compreender a atuação da APS nas ações de rastreamento de Câncer do Colo de Útero, primeiramente foram construídos modelos teórico e lógico dessa atuação com base nas informações levantadas sobre o objeto de pesquisa, conforme figuras 3 e 4, respectivamente. Este modelo foca no problema do rastreio inadequado do câncer de colo de útero evidenciado, em parte, pela alta taxa de mortalidade por esse câncer no Brasil. A causa mapeada para esse problema foi a baixa cobertura de exame citopatológico do colo uterino na população alvo do SUS devido rastreamento oportunístico. Desta forma, destacam-se, então, os objetivos do programa, quais sejam, atuar sobre a causa (por meio do resultado, descrito como a implementação do rastreio organizado do câncer de colo de útero) e impactar o problema (apontado como a diminuição da incidência e da mortalidade por câncer de colo de útero). Assim, é possível visualizar as atividades e produtos necessários para que se alcancem estes objetivos, além de realizar as conexões entre atividades, produtos, resultados e impacto.

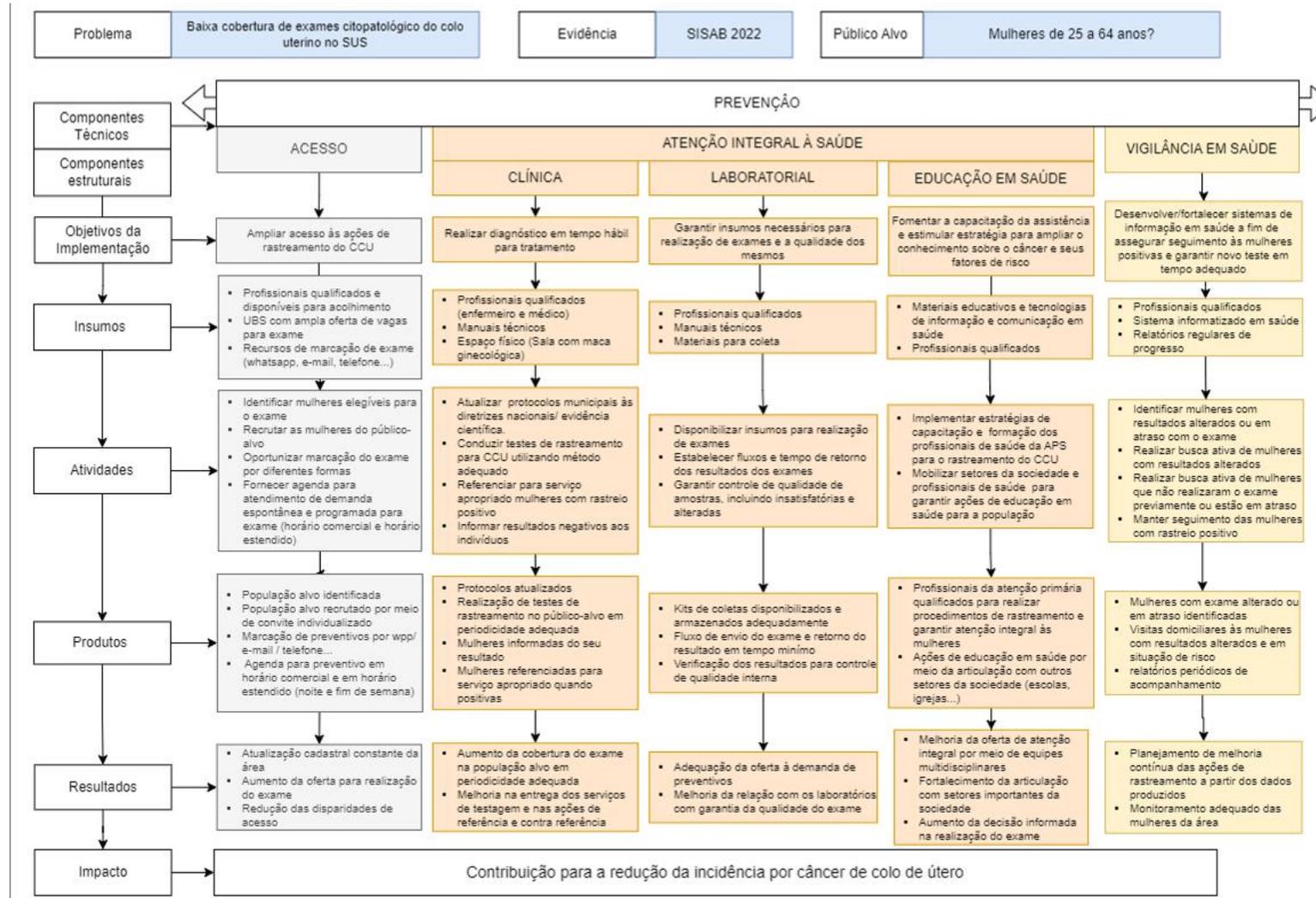
Considerando a complexidade da estrutura do modelo lógico apresentando, cujo perfil é muito mais voltado para a gestão das ações, foi construído um segundo modelo a fim de atender a equipe da ESF. Assim, o segundo modelo evidenciou as possíveis etapas a serem seguidas para a implementação de um rastreio organizado.

Figura 3 – Modelo teórico das ações voltadas para o rastreamento organizado.



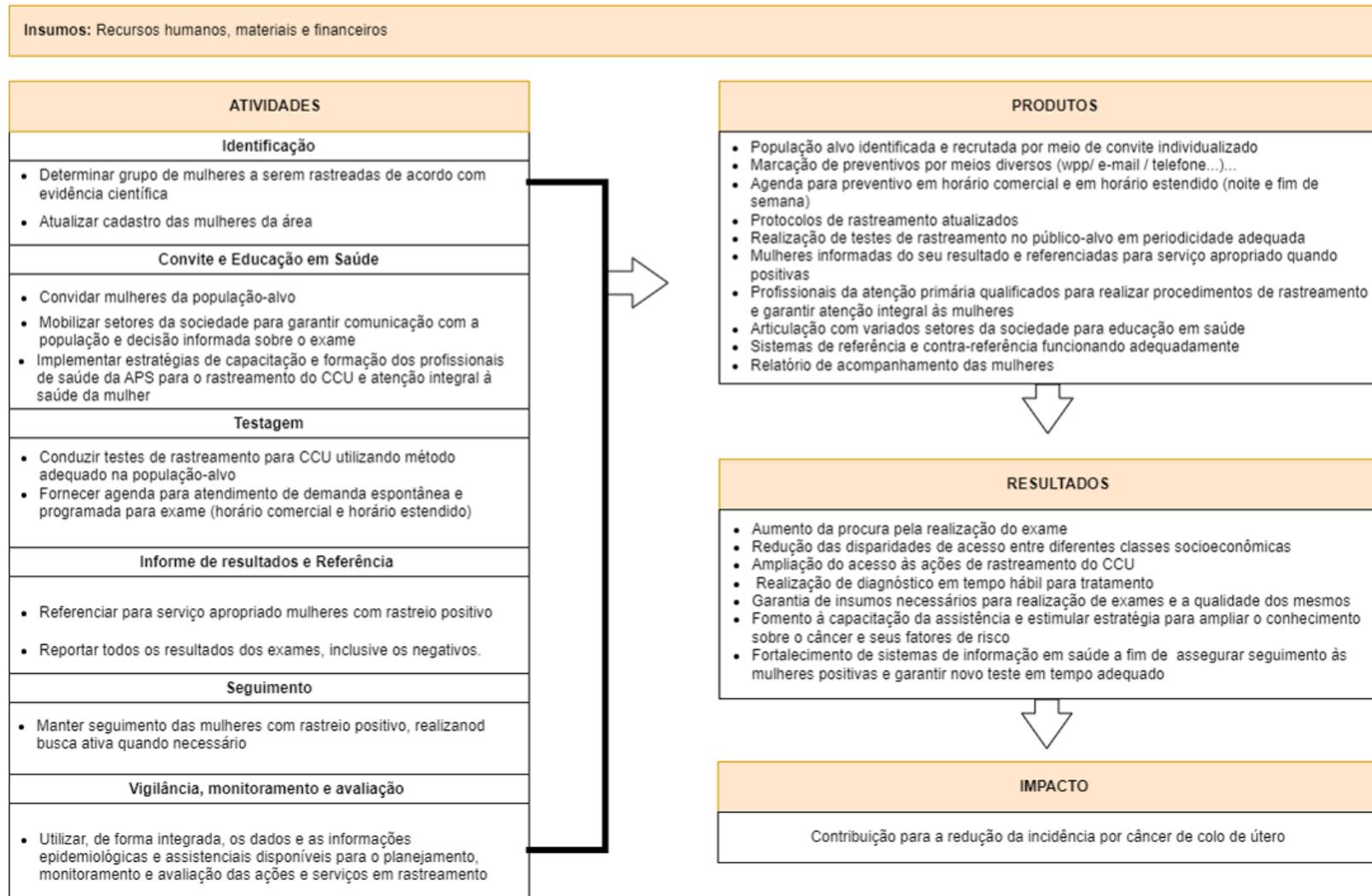
Fonte: formulação da autora, 2023

Figura 4 – Modelo lógico da intervenção.



Fonte: formulação da autora, 2023

Figura 5 –Modelo lógico das ações voltadas para o rastreamento organizado na APS.



Fonte: formulação da autora, 2023

#### 7.4 DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO AVALIATIVO PARA A INTERVENÇÃO

Após a construção do modelo lógico, para um momento tático-operacional, no qual se pretendeu executar o plano pensando em indicadores para avaliar a intervenção. Dessa forma, fez-se necessário definir indicadores de gestão do fluxo de implementação da intervenção relacionadas aos insumos, atividades e produtos. Assim sendo, construiu-se uma matriz de análise e julgamento (MAJ) cujos indicadores respeitassem os requisitos de terem denominação clara, serem mensuráveis, válidos, verificáveis, relevantes e econômicos (Ferreira; Cassiolato; Gonzalez, 2007).

A MAJ construída inicialmente foi composta por duas dimensões: Político-organizacional e Técnico-operacional desagregadas em 5 subdimensões e 21 indicadores distribuídos nas subdimensões e foi submetida para validação em oficina de consenso.

A oficina de consenso, realizada com especialistas da área de câncer de colo de útero e da avaliação, contribuiu para a necessidade de simplificação dos indicadores. Ademais, a oficina de consenso reforçou a necessidade de adequação da matriz ao primeiro modelo lógico proposto além de adequar indicadores que não representavam as reais possibilidades de resultados propostas pela intervenção. Posteriormente à oficina de consenso, a MAJ foi reestruturada levando em consideração os apontamentos, porém não foi possível realizar nova oficina em virtude do tempo limitado.

A nova MAJ (Quadro 8) foi construída considerando os componentes estruturais de insumos, atividades e produtos, sendo subdividida em três dimensões, correspondente aos componentes técnicos do modelo. Ela tem uma estrutura composta pelos seguintes elementos: componentes, subcomponentes, indicadores, medidas, parâmetros e fontes. Cada indicador recebeu entre uma e onze medidas, considerando-se dados quantitativos e qualitativos. Os indicadores relativos aos insumos se referiram à disponibilidade de recursos humanos, recursos físicos e recursos materiais necessários para as atividades. Os parâmetros de julgamento foram fundamentados em aspectos normativos ou referência bibliográfica. Na ausência de parâmetros normativos ou referências bibliográficas, eles foram discutidos entre a autora e os stakeholders nas oficinas de consenso. As fontes de dados são os profissionais da ESF, os usuários, a observação direta e os bancos de dados e relatórios gerados a partir do sistema de informação em saúde adotado pela ESF.

Quadro 8 – Matriz de Análise e Julgamento das ações de rastreamento na APS.

ACESSO						
CE	SC	Indicadores	Medida	Fonte	Parâmetro	
INSUMOS	Recursos Humanos	Suficiência da Estratégia Saúde da Família	Nº de cadastros por equipe da ESF	Dados secundários	Suficiente (3000 a 4000 cadastros) = 10 pts. Insuficiente (< 3000 cadastros) = 5 pts. Irregular (> 4000 cadastros) = 0 pts.	
			Percentual de microáreas cobertas pelos ACS	Entrevista e dados secundários	Bom (>75%) = 10 pts. Regular (50 a 75%) = 5 pts. Ruim (<50%) = 0 pts.	
			Completeness da equipe da ESF	Entrevista	Adequada = 10 pts. Inadequada = 0 pts.	
	Normatização da Atenção	Protocolos atualizados	Adequação de protocolos de rastreio às diretrizes nacionais	Documentos	Adequado (protocolo de rastreio de acordo com as diretrizes nacionais) = 10 pts. Inadequado (protocolo de rastreio desatualizado ou em desacordo com as diretrizes nacionais) = 0 pts.	
	Organização da agenda	Instrumentos de marcação/agendamento	Disponibilidade de marcação remota (whatsApp, e-mail, telefone...) do exame de citopatológico do colo uterino	Entrevista / Observação direta	Sim = 10 pts. Não = 0 pts	
			Horário de funcionamento	Disponibilidade para realização do exame em período noturno (após às 18h) e fins de semana,	Entrevista / Observação direta	Sim = 10 pts. Não = 0 pts
				Disponibilidade para realização do exame no horário de almoço	Entrevista / Observação direta	Sim = 10 pts. Não = 0 pts.
	ATIVIDADES	Recrutamento	Convites	Envio de convites para realização do exame de acordo com idade e periodicidade adequadas	Entrevista / Observação direta	Sim = 10 pts. Não = 0 pts.

	Organização da agenda	Oportunidade de realização do exame	Realização do exame por demanda espontânea	Entrevista / Observação direta	Sim= 10 pts. Não= 0 pts.
			Tempo médio entre a data de solicitação de agendamento do exame e a data de sua realização por profissional de saúde  *Caso não seja possível realização por demanda espontânea na ESF	Dados secundários	Bom (até 7 dias) = 10 pts Regular (de 7 a 30 dias) = 5 pts Ruim (31 dias ou mais) = 0 pts
PRODUTOS	Adequação da oferta de exame	Quantidade absoluta de exames ofertados	Número de exames ofertados mensalmente para realização de preventivo na faixa etária preconizada por ESF	Entrevista / Observação direta	Satisfatório (> ou igual à 25 exames) = 10 pts. Insatisfatório (<25 exames) = 0 pts
		Proporção de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária alvo	Nº de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes em determinado local e período X 100/ Nº de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de todas as idades, residentes no respectivo local e período	Dados secundários	Bom ( $\geq 80\%$ ) = 10 pts. Regular (40 a 80%) = 5 pts. Ruim (<40%) = 0 pts.

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE					
CE	SC	Indicadores	Medida	Fonte	Parâmetro
INSUMOS	Infraestrutura	Consultórios clínicos (médico e enfermeiro)	Presença de computador conectados à internet e prontuário eletrônico	Observação direta	Sim = 1 pt. Não = 0 pts.
			Permitem privacidade ao usuário (travas nas portas, janela com cortina...)	Observação direta	Sim = 1 pt. Não = 0 pts.
			Presença de biombo ou sanitário anexo/local reservado para troca de roupa	Observação direta	Sim = 1 pt. Não = 0 pts.
			Dispõem de boa ventilação ou climatização	Observação direta	Sim = 1 pt. Não = 0 pts.

		Presença de local de estocagem dos kits de coleta	Observação direta	Sim = 1 pt. Não = 0 pts.
		Presença de macas/mesas para exame ginecológico com perneira em condições de uso	Observação direta	Sim = 1,5 pts. Não = 0 pts.
		Presença de escada de dois degraus	Observação direta	Sim = 1 pt. Não = 0 pts.
		Presença de foco de luz com cabo flexível	Observação direta	Sim = 1,5 pts. Não = 0 pts.
		Presença de cesto de lixo	Observação direta	Sim = 1 pt; Não = 0 pts
	Material necessário para coleta	Espéculo descartável de diferentes tamanhos sempre disponível	Observação direta	Sim = 1 pt. Não = 0 pts.
		Espátula de Ayres sempre disponível	Observação direta	Sim = 1 pt. Não = 0 pts.
		Lâmina de vidro com lado fosco sempre disponível	Observação direta	Sim = 1 pt; Não = 0 pts.
		Porta-lâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina sempre disponível	Observação direta	Sim = 1 pt; Não = 0 pts.
		Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) sempre disponível	Observação direta	Sim = 1 pt; Não = 0 pts.
		Par de luvas descartáveis sempre disponível	Observação direta	Sim = 1 pt; Não = 0 pts.
		Formulários de requisição do exame citopatológico sempre disponível	Observação direta	Sim = 1 pt; Não = 0 pts.
		Fita adesiva de papel para a identificação dos frascos sempre disponível	Observação direta	Sim = 1 pt; Não = 0 pts
		Lápis grafite ou preto nº 2 sempre disponível	Observação direta	Sim = 1 pt; Não = 0 pts

			Avental, preferencialmente descartáveis, sempre disponível	Observação direta	Sim = 0,5 pts; Não = 0 pts
			Lençóis, preferencialmente descartáveis, sempre disponíveis	Observação direta	Sim = 0,5 pts; Não = 0 pts
		Aceitabilidade	Percepção dos profissionais da equipe sobre a adequação da estrutura física da UBS para a realização das ações de saúde	Entrevista	Bom (>90% dos profissionais consideram a estrutura física adequada) = 5 pts Regular (90% a 75% dos profissionais consideram a estrutura física adequada) = 2,5 pts Ruim (< 75% dos profissionais consideram a estrutura física adequada) = 0 pts
			Percepção das usuárias sobre a adequação da estrutura física da UBS para a realização das ações de saúde	Entrevista	Bom = 5 pts Regular = 2,5 pts Ruim = 0 pts
		Materiais	Disponibilidade de materiais informativos (audiovisual/impresso)	Entrevista/ Observação direta	Adequado (ESF disponibiliza materiais informativos) = 5 pts Inadequado (ESF não disponibiliza materiais informativos) = 0 pts
		ATIVIDADES	Diagnóstico	Processos de trabalho	Uso de protocolo e diretrizes voltadas à realização adequada do exame de rastreio (médico e enfermeiro)
Realização de coleta do exame (médico e/ou enfermeiro)	Entrevista/ Observação direta/ Dados secundários				Sim = 10 pts; Não = 0 pts
Realização do registro de mulheres que realizaram o preventivo em prontuários eletrônicos e/ou fichas de acompanhamento	Entrevista/ Observação direta/ Dados secundários				Sim (equipe realiza registro) = 10 pts Não (equipe não realiza registro) = 0 pts

	Educação em Saúde	Ações educativas para a população	Oferta e realização de atividades educativas em grupos de saúde da mulher	Entrevista/ Observação direta/ Dados secundários	Bom (ESF possui grupo com frequência maior ou igual a uma vez ao mês) = 5 pts Regular (ESF possui grupo com frequência menor que uma vez ao mês) = 2,5 pts Ruim (ESF não possui grupo) = 0 pts
			Realização visitas domiciliares por ACS para aconselhamento e educação em saúde sobre câncer de colo uterino	Entrevista/ Observação direta	Sim (5 pts); Não (0 pts)
			Distribuição de material audiovisual/impresso	Entrevista/ Observação direta	Sim (5 pts); Não (0 pts)
		Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica e Qualificação das Ações Desenvolvidas	Equipe participou de ações de educação permanente no último ano sobre rastreamento de CCU	Entrevista	Sim = 10 pts; Não = 0 pts
		PRODUTOS	Monitoramento	Cobertura de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres da população alvo de 25 a 64 anos de idade	Nº de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram coleta do exame citopatológico na equipe nos últimos 3 anos x 100/ Nº de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas na equipe
Taxa de rastreamento da população alvo na equipe	Proporção de mulheres de 25 a 64 anos que foram rastreadas pela primeira vez nos últimos 12 meses			Dados secundários	Satisfatório: $>1,5\%$ (10pts) Insatisfatório: $<1,5\%$ (0 pts)
Resultados recebidos	Porcentagem de mulheres que receberam o resultado do rastreamento			Dados secundários/ análise documental	Satisfatório: 90-100% (10 pts) Insatisfatório: $<90\%$ (0 pts)

Qualidade	Percentual de amostras insatisfatórias	Nº de amostras insatisfatórias (segundo as diretrizes) nos últimos 12 meses x 100/ Nº total de amostras no último ano	Dados secundários	Satisfatório: <2% (10pts) Insatisfatório: > 2% (0 pts)
	Proporção de exames com representatividade da Zona de Transformação entre exames citopatológicos do colo do útero	Nº de exames citopatológicos do colo do útero com representatividade da ZT em mulheres de 25 a 64 anos, em determinado local e período X 100/ Nº de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, no respectivo local e período.	Dados secundários	Bom (≥ 70%) = 10 pts Regular (40 a 70%) = 5 pts Ruim (<70%) = 0 pts
	Qualidade do laboratório	Existe verificação da qualidade do laboratório vinculado a análise dos exames realizados pela ESF	Entrevista	Sim = 10 pts; Não = 0 pts
Relação da AB com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde	Fluxos institucional	Uso de protocolo com fluxos de acesso entre os diferentes pontos da rede assistencial - Referência/contrarreferência (médico e enfermeiro)	Entrevistas/ Observação direta	Sim = 10 pts; Parcial = 5 pts; Não = 0 pts
		Referência para serviço apropriado quando rastreio positivo	Dados secundários	Sim = 10 pts; Não = 0 pts
		Existência de contrarreferência após encaminhamento para serviço especializado	Entrevista	Sempre (10 pts) Na maioria das vezes (8 pts) Às vezes (5pts) Raramente (1pt) Nunca (0 pt)
Educação em Saúde	Profissionais qualificados	Profissionais de nível superior da equipe qualificados para coleta e outras ações do rastreamento de CCU	Entrevista	Adequado (100% dos profissionais da equipe qualificados) = 10 pts Inadequado (<100% dos profissionais da equipe qualificados) = 0 pts

VIGILÂNCIA EM SAÚDE					
CE	SC	Indicadores	Medida	Fonte	Parâmetro
INSUMOS	Equipamentos e materiais	Sistemas de informação em Saúde	Disponibilidade de sistemas de informação para o acompanhamento, o controle e o seguimento de ações de rastreamento	Entrevista/ Observação direta	Sim = 10 pts; Não = 0 pts
		Registro de exames alterados	Equipe possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados	Dados secundários	Sim = 10 pts; Não = 0 pts
ATIVIDADES	Seguimento		Utiliza os dados de produção para realizar monitoramento	Entrevista	Sim = 10 pts; Não = 0 pts
		Busca ativa	Identifica e realiza busca ativa das mulheres da população alvo com exame atrasado	Entrevista/ Observação direta/ Dados secundários	Sim (equipe realiza busca ativa) = 10 pts Não (equipe não realiza busca ativa) = 0 pts
			Realização de busca ativa das mulheres da população alvo com exame alterado	Entrevista / Observação direta	Sim (equipe realiza busca ativa) = 10 pts Não (equipe não realiza busca ativa) = 0 pts
		Longitudinalidade	Realiza o seguimento de mulheres com lesões precursoras	Entrevista/ Observação direta/ Dados secundários	Sim = 10 pts; Não = 0 pts
PRODUTOS		Realização de colposcopia	Proporção de mulheres rastreadas com citologia alterada elegíveis para colposcopia que realizaram o exame	Dados secundários	Satisfatório: 90-100% (10 pts) Insatisfatório: <90% (0 pts)

CE: Componente estratégico

SC: Subcomponente

Fonte: formulação da autora, 2023

## 8 DISCUSSÃO

No Brasil, apesar das altas taxas de CCU, o rastreamento oportunístico ainda é a estratégia utilizada como parte da prevenção secundária desse agravo na APS. Essa abordagem está em dissonância com as estratégias recomendadas na literatura e pelos organismos internacionais, que preconizam a adoção do rastreamento organizado. Intervenções que preveem a implementação dessa abordagem de rastreamento, em um contexto organizado por parte da ESF/APS, podem auxiliar na transição dos modelos de atenção, promovendo resultados mais efetivos.

Esta pesquisa teve por objetivo o desenvolvimento de um estudo de avaliabilidade de uma intervenção do rastreio organizado de câncer de colo de útero em unidades básicas de saúde do SUS. Para isso, foram identificados objetivos e metas da intervenção de rastreio organizado, além de facilitadores e dificultadores que serviram para a construção do modelo lógico e de uma matriz avaliativa, considerando sua aplicabilidade na APS.

Para atender aos objetivos da pesquisa, utilizou-se o modelo adaptado de Thurston e Ramaliu (2005) com sete etapas definidas que foram da delimitação do programa, identificando as metas, objetivos e atividades que o compõem, perpassando revisão de documentos, construção de modelos teórico e lógico até a definição de procedimento para prosseguir com a avaliação (Thurston; Ramaliu, 2005).

Dessa maneira foi realizado uma análise documental e entrevistas com informantes-chave que contribuíram para a definição de metas, objetivos e atividades na construção do modelo lógico da intervenção de rastreio organizado. A partir da compreensão preliminar de como a intervenção opera, foi desenvolvido o modelo teórico da intervenção. Por fim, foi elaborado uma matriz de análise e julgamento, que pode contribuir para avaliações futuras tanto do projeto piloto, quanto da implementação em outros contextos brasileiros

Como fonte de dados inicial, foram analisados quinze documentos relativos às normativas existentes no Brasil relacionados ao MS e ao INCA e um documento relacionado ao município estudado. De forma complementar, foram realizadas 6 entrevistas com informantes-chave. A partir da sistematização e análise dessas informações, foram criados 2 (dois) modelos lógicos para facilitar a operacionalização da intervenção. Um dos modelos, mais detalhado, destaca-se pela criação de 3 componentes estratégicos para a implementação do rastreamento organizado pela gestão: o acesso, a vigilância e a atenção integral à saúde, sendo este último dividido em assistência clínica, laboratorial e educação em saúde. Considerou-se a prevenção secundária, como estruturante dos componentes citados, uma vez que se trata de um

objetivo da intervenção que perpassa e integra os componentes.

Um segundo modelo, mais simplificado, foi criado com o intuito de facilitar a organização das etapas de aplicação da intervenção (rastreamento organizado) em um nível local. Após os modelos criados, foi elaborada a MAJ e validada em oficina de consenso. Estes modelos foram sistematizados e se constituem produtos técnicos do estudo.

Sobre os resultados encontrados, o presente estudo identificou uma série de documentos oficiais das últimas 3 décadas que continham objetivos, indicadores e metas bem estabelecidas, contribuindo para as orientações de ações de controle do CCU. No entanto, apesar das diversas normativas existentes no país com o intuito de nortear o rastreamento do câncer de colo de útero, não existe ainda um modelo vigente que garanta a efetivação do rastreamento de maneira organizada nos serviços de APS no país.

Os planos de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT de 2011 e de 2021 tem como uma de suas ações estratégicas o aperfeiçoamento do rastreamento e a evolução do modelo oportunístico para o organizado. Porém, essa transição de modelos enfrenta diversos desafios, dentre eles o hábito e cultura de profissionais e mulheres que adotam a realização da citologia anual como padrão a ser seguido, embora divergente das recomendações anuais. Isso gera um excesso de citologias e consequente gastos públicos. Outros fatores como baixa sensibilidade da citologia, exigindo repetição frequente, baixa cobertura da população-alvo em intervalos regulares adequados e controle de qualidade deficiente dos serviços de citologia (Teixeira *et al.*, 2020).

A inexistência de uma estratégia nacional efetiva para o rastreamento organizado impede o avanço para a adoção de novas tecnologias para o rastreamento como o teste de DNA-HPV. Esse é mais sensível para a identificação de mulheres acima de 30 anos com lesões precursoras e câncer do que o exame citopatológico de colo uterino e já possui recomendações nacionais para seu uso no rastreamento de câncer de colo de útero pela Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC). (Zeferino *et al.*, 2018).

É possível que em breve essas recomendações se tornem importantes para a adequação do Brasil às novas estratégias preconizadas pela OMS desde 2018, sugerindo o teste de DNA-HPV como principal nos programas de rastreamento, incluindo os países em desenvolvimento (World Health Organization, 2020). A portaria GM/MS nº 299, de 22 de março de 2023 já prevê a estratégia de mudança tecnológica a partir de projeto piloto realizado no estado de Pernambuco, um dos estados brasileiros com maior taxa de mortalidade pelo CCU.

Considerando que não há um controle efetivo das mulheres que realizam o exame e da periodicidade adequada atualmente, não há como garantir o custo efetividade dessa tecnologia

nos municípios. Dessa forma, essa mudança de tecnologia só pode ser recomendada uma vez que o programa de rastreamento seja organizado e operacional (Corrêa *et al.*, 2022; Zeferino *et al.*, 2018). Experiências desenvolvidas em alguns municípios brasileiros mostram ser possível e efetiva a adoção da nova tecnologia associado a um rastreamento organizado, desde que haja INVESTIMENTO em recursos, infraestrutura e coordenação (Possati-Resende *et al.*, 2018; Teixeira *et al.*, 2020).

As entrevistas de diferentes atores envolvidos no processo de organização e execução do rastreio organizado de câncer de colo de útero, realizadas nessa pesquisa, contribuíram para fornecer informações sobre facilitadores e obstáculos à realização de um programa organizado na APS. Em relação aos obstáculos enfrentados na implementação de um rastreio populacional, o presente estudo traz relatos dos limitadores relacionados às dimensões político organizacional, técnico-operacional e subjetivo-cultural.

A limitação de acesso aos serviços de saúde e as dificuldades geradas pelos próprios serviços de saúde foram recorrentes nas falas dos entrevistados, assim como são também na literatura. Fatores como longo tempo de espera para marcação de exame, problemas com agendamento, demora na obtenção do resultado do exame são também dificuldades a adesão das mulheres à coleta de exame de Papanicolau (Brenna *et al.*, 2001; Rafael; Moura, 2010) No município de São José, a média para obtenção do resultado varia em torno de 60 dias, que pode contribuir para aumentar a ansiedade da mulher em relação ao exame. Lopes e Ribeiro (2019) complementa que dentre os fatores limitadores de acesso também estão a “presença de segmento da população feminina que não realiza exame Papanicolau”, “falta de informação das mulheres acerca da periodicidade adequada do exame Papanicolau” (Lopes; Ribeiro, 2019). A dificuldade das mulheres em acessarem o sistema de saúde é um problema central no controle do CCU (Vale *et al.*, 2021).

O constrangimento feminino na realização do exame, dentro da dimensão subjetivo-cultural, apontado em uma fala é também frequentemente apresentado na literatura como uma importante barreira ao acesso à colpocitologia oncótica junto ao medo do exame. Outro ponto pouco mencionado nas entrevistas, mas vastamente abordado na literatura, é a falta de informação ou conhecimento inadequado das mulheres acerca do exame (Brenna *et al.*, 2001; Lopes; Ribeiro, 2019; Rafael; Moura, 2010). Dessa forma, as atitudes das mulheres em relação ao exame aliado à cultura dos profissionais podem contribuir para a elaboração de protocolos municipais defasados, como relatado em uma das entrevistas, mas pouco observado na literatura.

Apesar do conhecimento e atitudes das mulheres em relação ao exame serem colocados como barreiras, eles têm pouco efeito sobre a eficiência do programa. Isso se dá, pois o acesso

é primordial para o sucesso da estratégia de rastreamento populacional. Logo, em um rastreamento oportunístico, o acesso é frágil. Assim, mesmo que a mulher esteja motivada em aderir ao rastreio, o diagnóstico tardio pode ocorrer. Nesse sentido, estratégias focadas na aderência da mulher, expandindo informação, garantindo auto-testes e ações a nível individual devem ser usadas em um contexto de rastreio organizado onde a motivação da mulher tem impacto (Vale *et al.*, 2021).

O diagnóstico tardio para o CCU, por sua vez, é uma das consequências do rastreio oportunístico apontado por todos os informantes-chave. Sadowsky *et al.* (2015) e Vale *et al.* (2018) mostram que, no Brasil, o diagnóstico em estágios mais avançados está associado com o índice de desenvolvimento humano, ressaltando a importância de estratégias regionais para diminuição das disparidades socioeconômicas e aumento da eficiência do cuidado ao proporcionar um acesso equitativo (Sadowsky *et al.*, 2015; Vale *et al.*, 2019). Embora outros estudos complementem ao mostrar associação entre escolaridade e classe econômica às barreiras organizacionais e subjetivas de acesso ao exame (Rafael; Moura, 2010), nenhuma das falas dos entrevistados evidenciou as condições socioeconômicas das mulheres como um obstáculo ao rastreio organizado no município. Isso pode se dar em decorrência do muito alto IDH de 0,809, acima da média brasileira (IBGE, 2022).

Dentre os facilitadores apontados pelos informantes-chave está a realização da experiência de rastreio organizado desenvolvida em uma ESF do município de São José no ano de 2021 pela pesquisadora, sem evidenciar as dificuldades encontradas para implementação da intervenção. Um relato de experiência de uma intervenção semelhante desenvolvida no Piauí proporcionou o aumento significativo da cobertura direcionada ao diagnóstico precoce do CCU, melhoria dos registros e qualificação da atenção. Porém, entre os desafios enfrentados na APS para o maior sucesso das ações implementadas está a falta de comunicação entre membro da equipe, falta de priorização das ações de controle do CCU pela gestão, desatualização técnica da equipe, sistemas de informação insuficientes, ausência de sistema de monitoramento e falta de articulação com outros níveis da atenção (Romero *et al.*, 2017).

De maneira geral, um dos pontos levantados como facilitador para implementação de rastreio organizado é a ampliação do acesso. Essa colocação está em consonância com o Plano de ação para prevenção e controle do CCU 2018-2039 da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e outros documentos e artigos da literatura. (Brasil, 2017; Lopes e Ribeiro, 2019; Ministério da Saúde, 2021). Dessa forma, planejar ações para adaptar o modelo de prestação de serviços às mulheres desfavorecidas e em situação de maior vulnerabilidade é fundamental para garantir o acesso mais equitativo. Isso significa cuidar para que os serviços de controle do CCU

façam parte dos benefícios essenciais ofertados na atenção primária e referência para atenção secundária e terciária, quando requeridas.

As fragilidades de sistemas de saúde de países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, são barreiras para a eliminação do CCU. A elaboração de programas de controle de CCU eficientes e sustentáveis requer o planejamento de ações a médio e longo prazo. A estratégia deve ser pautada em controle de qualidade dos testes, gerenciamento inteligente de dados, pesquisa científica e treinamento profissional (Vale *et al.*, 2021).

A revisão de literatura, a análise documental e as entrevistas realizadas possibilitaram a identificação de objetivos, público-alvo, atividades a serem realizadas, recursos e infraestrutura necessários para garantir a operacionalização das ações de controle do CCU, em particular, do rastreamento e dos resultados esperados dentro do contexto da AB. A construção do modelo do programa é parte central do EA (Leviton *et al.*, 2010). A modelização possibilita explicitar os vínculos entre as estruturas, os processos e os resultados, revelando o conjunto de hipóteses necessárias para a melhoria da situação problema (Champagne *et al.*, 2011).

Ao se pensar na implementação do rastreio organizado do CCU nos serviços de saúde deve-se garantir o comprometimento político e orçamentário do governo aliado à organização de planos estratégicos para a linha de cuidado do CCU. Dessa forma, deve ser estabelecidos treinamentos e controle de qualidade em todas as etapas do processo, além da sistematização da informação para registrar e monitorar, possibilitando relatórios regulares de progresso. Para Vale *et al.* (2021), embora muitos estudos abordem a performance dos testes diagnósticos, alguns componentes, tais como, recrutamento, acesso e controle de qualidade se colocam tão importantes quanto a realização do teste para a implantação desse modelo de rastreamento.

Os modelos lógicos criados consideraram que as ações do rastreio organizado são estruturadas no contexto da APS. O modelo 1 é estruturado em 3 componentes técnicos principais: acesso, vigilância e atenção integral à saúde, que se subdivide em diagnóstico, laboratório e educação em saúde. Dessa forma, fica possível associar esses termos tanto ao âmbito do rastreio quanto à responsabilidade e atuação da APS.

O termo acesso é amplamente utilizado em documentos e artigos nacionais e internacionais quando se aborda o tema de rastreamento. No entanto, poucas vezes se explicita o sentido no qual o termo é utilizado, não sendo um consenso na literatura. Embora acesso e acessibilidade sejam frequentemente utilizados como sinônimos, alguns autores apontam que acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços complementando acesso que seria a forma como as pessoas percebem a acessibilidade (Oliveira; Pereira, 2013). Uma outra definição de acesso evidencia este como a

remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponibilizados (Frias *et al.*, 2010). Para o Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), o acesso é “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado”.

Apesar da multiplicidade de conceitos de acesso e de uma tendência de ampliação do conceito para abranger não só a entrada nos serviços como os resultados dos cuidados recebidos (Travassos; Martins, 2004), nesse modelo restringimos acesso centrando na entrada dos serviços, relacionando ao atributo da APS de atenção ao primeiro contato. As ações relacionadas a esse eixo estão diretamente ligadas às diretrizes de territorialização e população adscrita da PNAB e ações de acolhimento e agendamento, consideradas essenciais.

A atenção integral à saúde, outro componente escolhido, está contido no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não-transmissíveis no Brasil 2021-2030, prevendo o aperfeiçoamento das ações de rastreamento, garantindo a qualidade dos exames e a confirmação diagnóstica além de estimular a formação e a capacitação dos profissionais da APS. Dessa maneira, dividiu-se esse em 3 subcomponentes relacionados ao diagnóstico, ao laboratório e à educação em saúde, relacionados aos atributos da integralidade e da coordenação do cuidado.

A realização do exame de rastreamento, no Brasil, o preventivo, e a análise laboratorial são ações indiscutíveis para programas de rastreamento. Embora o controle de qualidade dos exames não seja responsabilidade das equipes da APS, cabe aos profissionais uma atuação intersetorial, mantendo uma relação com os laboratórios, que devem ter procedimentos adequados de controle de qualidade. É importante reforçar que os profissionais podem obter informações sobre exames citopatológicos e histopatológicos realizados através de rede pública de serviços por meio do SISCAN, atentando-se para parâmetros indevidos em sua área. Dessa forma, devem integrar, coordenar e advogar pelos indivíduos e isso inclui exigir melhoria da qualidade dos serviços prestados.

O tema da educação em saúde, por sua vez, foi colocado em foco durante a oficina de consenso, sendo desencorajado seu espaço nas ações relacionadas ao rastreamento. Cabe salientar, no entanto, que no cenário da APS, a realização de educação em saúde à população é uma atribuição comum a todos os profissionais da AB (Brasil, 2017b) e parte essencial dos serviços ofertados pela AP (Superintendencia de Atención Primaria, 2021). Ademais, diversas diretrizes da OMS (IARC, 2022; WHO Regional Office For Europe, 2022) e documentos nacionais (Brasil, 2013a, b) e artigos evidenciam a importância do tema para o rastreamento. Ainda que essas ações tenham impacto limitado em um cenário de um rastreio oportunístico

(Vale *et al.*, 2021), sua existência não pode ser desvinculada de uma intervenção de rastreio organizado como a avaliada neste estudo, a fim de diminuir barreiras que impedem o acesso das mulheres (Devarapalli *et al.*, 2018).

Apesar de no Brasil existirem diretrizes clínicas para o rastreamento do câncer de colo de útero além de portarias e leis que regulamentam a operacionalização das ações de controle do CCU, pode-se perceber a perda da entrega dos serviços em nível local. Isso pode ocorrer em razão da ausência de acesso a um sistema informatizado que garanta o monitoramento vinculado a um sistema de garantia de qualidade de todas as etapas do processo de rastreamento. Embora o SISCAN preveja a oferta dessas informações, é preciso que as equipes sejam treinadas para registrar e monitorar as informações necessárias. Dessa maneira, o 3º componente considerado essencial foi o da vigilância.

Embora os modelos lógicos criados no estudo possam parecer extensos, é preciso ter cuidado para evitar erros identificados em EA como não abordar a questão do quão extenso um programa/intervenção deve ser para resolver o problema declarado. Além disso, é preciso se atentar para evitar que resultados previstos gerem outros problemas não adereçados, devendo ser criadas soluções alternativas (Thurston; Ramaliu, 2005).

Na análise no âmbito da saúde, a construção do modelo teórico é guiada pelos pressupostos teóricos subjacentes, juntamente com informações derivadas da experiência prática dos participantes do programa. Essas informações colaboram para um delineamento preciso do programa, com o intuito de esclarecer o mecanismo pelo qual o programa gera os efeitos desejados ou observados. Além disso, essa abordagem visa estabelecer claramente as responsabilidades envolvidas, bem como planejar adequadamente a avaliação do programa.

Os modelos teóricos têm a função de elucidar o conteúdo do programa, a sua audiência-alvo, o contexto no qual se insere e os atributos que influenciam a ocorrência dos resultados esperados. Eles estabelecem uma conexão entre esses elementos conforme discutido por Medina *et al.* (2005).

No que concerne à abordagem das ações de rastreamento do CCU, torna-se imperativo considerar não somente os fatores clínicos, mas também os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos que moldam o contexto em que essas mulheres se encontram. É necessário reconhecer as suas características singulares e as demandas específicas que possam ter.

Para alcançar esse objetivo, é crucial implementar ações que englobam diversas formas de conhecimento e competências. Isso requer a colaboração entre gestores, a comunidade e as equipes da ESF/APS, trabalhando em conjunto tanto no âmbito intrassetorial quanto

intersetorial. Essa abordagem integrada visa assegurar um acesso ampliado aos serviços de assistência e informação, ao mesmo tempo em que busca soluções para problemas, visando a redução da ocorrência de doenças e mortes entre as mulheres.

Por fim, não se pode perder de vista o impacto que se almeja com a intervenção proposta e todo bem social advindo dela (Thurston; Ramaliu, 2005), visto que, ao contribuir para a redução da incidência e da mortalidade por CCU não se mensuram e reduzem apenas números, mas salvam-se vidas e todo o propósito nelas contidos.

A matriz de análise e julgamento conta com dimensões e indicadores com suas respectivas medidas, parâmetros e fontes. A fim de manter o diálogo entre modelo e MAJ optou-se por manter os componentes estruturais e técnicos. O primeiro componente está ligado ao contexto no qual a intervenção está inserida, envolvendo acessibilidade, cobertura e continuidade do cuidado. Considerando o modelo sistêmico de Donabedian, nessa dimensão estão indicadores relacionados à estrutura.

Nela, considera-se que, para que o rastreamento seja organizado dentro do contexto da APS do Brasil, as equipes da ESF estejam completas e com os cadastros atualizados para garantir a cobertura do território. Além dos instrumentos e recursos disponíveis, deve-se atentar para a estrutura física disponível. Outro ponto de destaque são os indicadores relacionados ao acesso, que consideram não só a disponibilidade de vagas, mas também marcação de consultas e horários de funcionamento que se adequem a necessidade da população. A Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019, que institui o programa “Saúde na hora” ampliando os horários de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF), reflete a preocupação em garantir acessibilidade e diminuir barreiras ao exame.

Uma preocupação importante é que o rastreio organizado ao oportunizar ampliação do acesso e aumento da cobertura de citopatológicos deve ser acompanhado do aumento na capacidade de colposcopias, biópsias e tratamento das lesões detectadas para que o rastreamento seja ético (World Health Organization, 2020). Segundo Ribeiro *et al.* (2019), há um déficit de todos os procedimentos no seguimento adequado da linha de cuidado do câncer de colo de útero, desde os exames citopatológicos até as colposcopias e excisões.

Em contrapartida, um outro estudo aponta que há necessidade de otimização de recursos, pois seria possível a cobertura de 100% da população recomendada se o exame fosse realizado em periodicidade adequada e não em frequência anual pelas mesmas mulheres (Vale *et al.*, 2010). Assim, urge a utilização de parâmetros adequados que subsidiem gestores na programação e implementação de programas de rastreamento organizado.

Em relação aos outros componentes estruturais, estes estão relacionados aos indicadores

de processos e resultados. Ou seja, referem-se às atividades, bens e serviços prestados, bem como aos efeitos verificados a partir dos objetivos propostos pela intervenção (Frias *et al.*, 2010). A partir dos resultados apresentados, pode-se considerar algumas áreas para avaliação da intervenção analisada aqui neste contexto. Uma delas pode ser referente aos processos de implantação, à medida em que os componentes estruturais forem implementados, considerando a diversidade de contextos aos quais as ações de rastreamento organizado de CCU estão sujeitas. Assim, pode ter influência dos aspectos organizacionais, políticos, institucionais e assistenciais.

Uma das grandes limitações encontradas no desenvolvimento desse estudo, já sinalizado por outros autores (Medina *et al.*, 2005), se trata da operacionalização de uma intervenção complexa e multifacetada de maneira linear em um modelo lógico. O conjunto de componentes diversos e, por vezes, interdependentes que operam sob lógicas distintas a depender de quem sirva. Além disso, embora se pretenda uma visão ampliada do modelo e da matriz, passível de ser aplicada à diversas realidades, sabe-se que foi construído a partir da literatura e da vivência de profissionais de um município com alto IDH e, portanto, as características específicas de determinadas localidades que impactam na construção do modelo podem ter sido negligenciadas.

Uma outra limitação encontrada foi a ausência de participação de pessoas atuantes na gestão de saúde do município na oficina de consenso realizada. Isso trouxe uma preocupação de que o estudo, embora desenvolvido em um mestrado, tenha se tornado muito acadêmico e se distanciado da prática, tendo, portanto, pouca viabilidade e aplicabilidade ao sistema proposto da ESF. Embora não tenha ocorrido participação ou colaboração significativa no estudo, um relatório será apresentado às partes interessadas na intervenção.

Outra limitação foi que em virtude da limitação do tempo, não foi possível realizar outra oficina de consenso a fim de validar as alterações propostas na primeira (e única) oficina. Em contrapartida, sabe-se que o modelo é um processo sempre em desenvolvimento, podendo vir a sofrer modificações mesmo após sua validação.

Ainda que existam fragilidades e limitações, o EA realizado pode servir para que as próprias equipes consigam auto aplicar a avaliação proposta a fim de gerar um processo reflexivo integrado à proposta de melhoria e organização das ações. Isso poderia ser alcançado com economia de tempo a longo prazo e custos limitados, visto que a maior parte dos recursos sugeridos já está previsto na linha de cuidado existente do controle de CCU. Assim, o EA evita a realização de uma avaliação de baixa qualidade, dessa forma, reduzindo custos desnecessários e garantindo o bom uso de recursos limitados para a avaliação como apontado por Thurston e Ramaliu (2005) e Leviton (2010).

Dentre as potencialidades deste EA, destaca-se primeiramente o auxílio na compreensão da complexidade da intervenção possibilitando a identificação de metas e objetivos da mesma e contribuindo para o aperfeiçoamento do desenho da intervenção, como ressaltado nos propósitos desse tipo de estudo por Baratieri *et al* (2019). Ademais, o aprofundamento do conhecimento de gestores e equipe sobre a intervenção identificando seus posicionamentos e implicando-os no processo de planejamento e construção de avaliação que responda às perguntas apontadas e objetivos almejados também fortalece essa pré-avaliação.

Além disso, o ineditismo do estudo desenvolvido e a possibilidade de adaptação do modelo para avaliação de outras intervenções de rastreamento organizado de CCU pelo Brasil, não se restringindo somente ao município de São José são outras potencialidades encontradas. A diversidade de fontes de informações presentes no EA também corrobora e fortalece os resultados encontrados, além de permitir a identificação dos pontos fortes e fracos da intervenção. As características apresentadas acima se mostram presentes em outros EA como em Colussi *et al* (2021)

Embora a APS ocupe papel central nas ações de rastreamento do CCU, o sucesso dessas ações depende de um conjunto intrincado de atores de diferentes esferas envolvidos nesse propósito.

Dessa forma, algumas **recomendações** foram elaboradas, pois a implementação destas tende a gerar um efeito disparador e potencializador, cujo resultado finalístico é a redução da morbimortalidade por câncer de colo de útero na população brasileira.

### **Estratégia de Saúde da Família – Ações locais:**

**Fortalecimento da Formação Profissional:** Promover qualificações regulares para os profissionais da equipe de saúde da família, incluindo médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, sobre a importância do rastreamento de câncer de colo de útero, protocolos de coleta de exames e comunicação eficaz com as pacientes.

**Educação em Saúde:** Desenvolver e implementar programas educativos voltados para as mulheres da comunidade, abordando a importância do exame de Papanicolau, mitos e barreiras relacionadas ao exame, além de informações sobre prevenção e tratamento do câncer de colo de útero.

**Acesso Facilitado:** Garantir que as unidades de saúde da família tenham horários flexíveis para realização de exames, incluindo períodos noturnos e fins de semana, para acomodar as diferentes rotinas das mulheres.

**Fluxos de informação:** Estabelecer fluxos de geração e utilização de informações das

ESF/APS para vigilância em saúde e reorganização da oferta de ações

### **Gestão da APS-nível Municipal:**

Campanhas de Educação e Comunicação em saúde: Promover campanhas educativas em parceria com instituições locais, escolas e grupos comunitários para aumentar o conhecimento e fomentar as atitudes promotoras de saúde e de prevenção de agravos, voltadas para a importância do rastreamento do câncer de colo de útero, incluindo a divulgação de informações através de mídias locais.

Aprimorar o Sistema de Marcação (agendamento de exames): Desenvolver sistemas de agendamento centralizados e eficientes que permitam às mulheres agendar exames de Papanicolau de forma conveniente, seja presencialmente, por telefone, e-mail ou mesmo via aplicativos de mensagens.

Monitoramento e Avaliação: Estabelecer sistemas de monitoramento e avaliação regulares para acompanhar o número de exames realizados, a taxa de seguimento de resultados anormais e a satisfação das pacientes. Esses dados podem ajudar na identificação de áreas que necessitam de melhorias.

### **Gestão da Rede de Atenção à Saúde- Nível Estadual/municipal**

Integração da Rede de Atenção à Saúde: Estabelecer protocolos claros de referência e contrarreferência para casos em que exames de Papanicolau apresentem resultados anormais, garantindo que as pacientes sejam encaminhadas prontamente para avaliação e tratamento especializado.

Fortalecimento dos Laboratórios: Investir em laboratórios com controle de qualidade para análise de exames de Papanicolau, garantindo que os resultados sejam precisos e confiáveis.

Apoio às Unidades de Saúde: Fornecer recursos técnicos e financeiros às unidades de saúde para garantir a disponibilidade de materiais adequados para a coleta de exames, bem como equipamentos para procedimentos de colposcopia.

### **Nível Federal:**

Políticas de Saúde Integradas: Desenvolver políticas nacionais que integrem o rastreamento de câncer de colo de útero com outras estratégias de prevenção e promoção da saúde da mulher, como planejamento familiar e prevenção de DSTs.

Investimento em Pesquisa: Alocar recursos para pesquisa contínua sobre estratégias

mais eficazes de rastreamento, incluindo a adoção de novas tecnologias de diagnóstico e formas de alcançar grupos vulneráveis.

**Ampliação do Acesso a vacinas:** Além do rastreamento, investir na ampliação do acesso a vacinas que previnem infecções por HPV, o principal fator de risco para o câncer de colo de útero.

**Monitoramento Nacional:** Implementar um sistema de monitoramento nacional que garanta a identificação das mulheres da população-alvo para recrutamento, o seguimento adequado dessas mulheres e o acompanhamento dos indicadores das ações de busca ativa e recrutamento em todo o país, identificando áreas de sucesso e desafios.

Lembrando que a implementação eficaz dessas recomendações requer a colaboração entre os diferentes níveis de governo, profissionais de saúde, organizações não governamentais e a sociedade em geral. O trabalho conjunto é fundamental para garantir que as mulheres tenham acesso a exames de qualidade, seguimento adequado e tratamento eficaz, contribuindo para a redução da incidência e mortalidade pelo câncer de colo de útero.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CCU é um dos tipos de câncer com maior incidência e mortalidade na população feminina. Reflete a dinâmica dos determinantes sociais da saúde com maiores taxas de mortalidade entre as mulheres negras e de baixo nível socioeconômico, expondo as barreiras de acesso e fragilidades presentes nos sistemas de saúde.

Existem diversas ações de prevenção para o controle do CCU, do nível primário até o terciário. Dentre as diversas ações de prevenção, está o rastreamento, que possibilita que se tenha altas taxas de cura quando identificado em estágios iniciais e de lesão precursora. No entanto, o sucesso dessas ações depende de um sistema estruturado e atuante, que garante a organização e controle de qualidade em todas as etapas do processo da linha de cuidado.

O rastreamento organizado do CCU, então, é uma estratégia de saúde pública complexa que requer investimento em recursos, infraestrutura e coordenação para alcance dos objetivos propostos de redução da incidência e da mortalidade por esta patologia. Apesar de grande parte dos países possuírem recomendações para o rastreamento, apenas alguns têm sido bem-sucedidos na redução dos seus indicadores de mortalidade. Isso se dá, muitas vezes, em decorrência de gestão ineficiente e da implementação de ações inadequadas ou insuficientes para o rastreio organizado no contexto da atenção primária à saúde.

O Brasil, embora produza conteúdos significativos na área com um programa de rastreamento como parte de um programa nacional de controle do CCU, na busca do aperfeiçoamento de suas ações de rastreio, ainda mantém experiências incipientes de rastreio organizado. O plano de ação para prevenção e controle do câncer do colo do útero 2018-2030 ressalta a importância de discutir e planejar a reformulação das linhas de cuidado, utilizando novas tecnologias para o cuidado do CCU. Neste momento, é preciso mais do que mudança de testes e sim olhar para uma reestruturação do modelo de rastreio, a fim de garantir o sucesso da adoção iminente de nova tecnologia para o rastreio. A implementação de um rastreio organizado se torna ainda mais urgente em virtude da mudança de paradigma do rastreamento do CCU, em que a vacinação aliada ao rastreio é mais eficiente quando o teste utilizado é o de HPV.

O estudo de avaliabilidade realizado nesta pesquisa contribuiu para o aprofundamento do conhecimento no que tange às ações de rastreamento organizado em uma intervenção proposta na ESF de um município da região sul do país. Dessa forma, as fragilidades expostas servem para priorizar ações nesse sentido e fortalecer os atributos da APS para o controle do CCU, além de melhorar o entendimento dos envolvidos sobre as ações de rastreio, que não

devem se basear apenas na realização do exame, mas também em ações antes e após a sua realização.

A intervenção do rastreo organizado de CCU, conforme apresentada, é passível de avaliação pelos gestores, assim como pela própria equipe, à medida que se consegue identificar os componentes essenciais e estes podem ser conhecidos com informações e indicadores tanto da estrutura, do processo e resultados. Isso abrirá caminho para uma maior compreensão dos mecanismos e das operações envolvidas, fornecendo insumos valiosos para o aprimoramento contínuo.

Por fim, este estudo de avaliabilidade ressalta a importância da cooperação entre diversas esferas para alcançar resultados aprimorados no âmbito da atenção integral ao câncer de colo de útero. A colaboração entre diferentes instâncias se revelou crucial para efetivar a implementação e avaliação dessa intervenção de rastreo organizado. A lição aprendida aqui tem o potencial de transcender os limites deste contexto, podendo ser adaptada e estendida para outras realidades. A expansão para contextos adicionais emerge como uma perspectiva promissora, permitindo que os benefícios e aprendizados colhidos possam beneficiar um espectro mais amplo de populações, reforçando assim o compromisso com a prevenção e cuidado eficazes em relação ao câncer de colo de útero.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS, E. F. dos *et al.* Atuação de profissionais de saúde e qualidade das ações no controle de câncer cervicouterino: um estudo transversal. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, [S. l.], v. 26, p. e20210137–e20210137, 2022. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452022000100231](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452022000100231).
- ATLAS ON-LINE DE MORTALIDADE. 1996-2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo03/consultar.xhtml#panelResultado>. Acesso em: 28 fev. 2022.
- AZEVEDO, C. da S. *et al.* Entre Racionalização e Ampliação da Clínica: complexos caminhos da gestão e organização do cuidado nos hospitais. In: SÁ, M. de C.; LOBATO TAVARES, M. de F.; HORSTH DE SETA, M. (Orgs.). **Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 185–214.
- BARATIERI, T. *et al.* Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 43, n. 120, p. 240–255, mar. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000100240&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100240&tlng=pt). Acesso em: 9 jan. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. trad. Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 15, n. suppl, p. 11–16, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000300002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300002&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 5 mar. 2022.
- BLACK, E.; HYSLOP, F.; RICHMOND, R. Barriers and facilitators to uptake of cervical cancer screening among women in Uganda: a systematic review. **BMC Women's Health**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 108, 9 ago. 2019.
- BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, n. suppl 2, p. e00099118, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000805002&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805002&tlng=pt). Acesso em: 13 mar. 2022.
- BRASIL *et al.* **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. 2a ed., 2a reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006(Série A--Normas e manuais técnicos, v. 1).
- BRASIL. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2a edição. Brasília, DF: Editora MS, 2013a.
- BRASIL. Indicadores de desempenho. **SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica**. 2021a. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>. Acesso em: 6 mar. 2022.

BRASIL. SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA. **Indicadores de Desempenho - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS**. 2023. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>. Acesso em: 22 out. 2023.

BRASIL. **Manual Instrutivo do Financiamento da Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. Brasília, DF: [s. n.], 2021b.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 102, de 20 De janeiro de 2022**. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. seção 1, v. 15, p. 197, 21 jan. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou>. Acesso em: 6 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. seção 1, v. 220, p. 97, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero\\_2016\\_corrigido.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf). Acesso em: 27 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015 - Santa Catarina - Indicadores municipais**. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunSC.def>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 874, de 16 de maio DE 2013**. Institui a 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). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 maio 2013b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html). Acesso em: 8 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento 29 29**. [S. l.: s. n.], 2010. v. 29, .

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - nº 13: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Indicadores de desempenho** - cobertura de exame citopatológico. 2020. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRAY, F. Trends in Cervical Squamous Cell Carcinoma Incidence in 13 European Countries: Changing Risk and the Effects of Screening. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 677–686, 1 mar. 2005. Disponível em: <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/doi/10.1158/1055-9965.EPI-04-0569>. Acesso em: 28 fev. 2022.

BRENNNA, S. M. F. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 909–914, ago. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000400024&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400024&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 set. 2021.

CASTELLSAGUÉ, X.; MUÑOZ, N. Chapter 3: Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis--role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. **Journal of the National Cancer Institute. Monographs**, [S. l.], n. 31, p. 20–28, 2003.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 61–74.

CHAMPAGNE, F.; *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41–60.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; *et al.* Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 61–74.

CHAN, C. K. *et al.* Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer: Epidemiology, Screening, and Vaccination—Review of Current Perspectives. **Journal of Oncology**, [S. l.], v. 2019, p. 1–11, 10 out. 2019. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jo/2019/3257939/>. Acesso em: 19 set. 2021.

CLARO, I. B.; LIMA, L. D. de; ALMEIDA, P. F. de. Diretrizes, estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: as experiências do Brasil e do Chile. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 10, p. 4497–4509, out. 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232021001004497&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021001004497&tlng=pt). Acesso em: 17 fev. 2022.

COLUSSI, C. F. *et al.* Estudo de avaliabilidade do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância (PMQPAD). **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 37, n. 10, p. e00081920, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2021001005008&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021001005008&tlng=pt). Acesso em: 23 out. 2023.

CORRÊA, F. M. *et al.* Cervical cancer screening, treatment and prophylaxis in Brazil: Current

and future perspectives for cervical cancer elimination. **Frontiers in Medicine**, [S. l.], v. 9, p. 945621, 24 ago. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9449345/>. Acesso em: 8 jun. 2023.

DE SANJOSÉ, S. *et al.* Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. **The Lancet Infectious Diseases**, [S. l.], v. 7, n. 7, p. 453–459, jul. 2007.

DEVARAPALLI, P. *et al.* Barriers affecting uptake of cervical cancer screening in low and middle income countries: A systematic review. **Indian Journal of Cancer**, [S. l.], v. 55, n. 4, p. 318, 2018. Disponível em: <http://www.indianjcancer.com/text.asp?2018/55/4/318/253287>. Acesso em: 10 ago. 2023.

DO VALE, D. B. A. P. *et al.* Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 383–390, 2010.

E-GESTOR AB. 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>. Acesso em: 27 mar. 2022.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico**. [S. l.], p. 23, fev. 2007.

FRIAS, P. G. de *et al.* Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO, I. *et al.* (org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 43–56.

FURTADO, J. P. Avaliação participativa. In: OTERO (Org.). **Contexto e prática da avaliação de iniciativas sociais no Brasil: temas atuais**. 1. ed. São Paulo: [s. n.], 2012. p. 21–41.

IARC. Cervical cancer screening. Lyon: [s. n.], 2022. v. 18, (**IARC Handbooks of Cancer Prevention**).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. São José | Panorama. 2022. **Cidades@**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/sao-jose/panorama>. Acesso em: 23 abr. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2023**: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 23 outubro 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero**. [S. l.], p. 15–24, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Viva Mulher 20 anos: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos.** Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2018.

JUNIOR, A. G. da S.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 27–41.

LEMP, J. M. *et al.* Lifetime Prevalence of Cervical Cancer Screening in 55 Low- and Middle-Income Countries. **JAMA**, [S. l.], v. 324, n. 15, p. 1532, 20 out. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2771901>. Acesso em: 27 fev. 2022.

LEVITON, L. C. *et al.* Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. **Annual Review of Public Health**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 213–233, 1 mar. 2010. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.012809.103625>. Acesso em: 17 abr. 2022.

LIMA, C. R. de A. *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 25, n. 10, p. 2095–2109, out. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001000002&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000002&tlng=pt). Acesso em: 27 abr. 2022.

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 9, p. 3431–3442, set. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000903431&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903431&tlng=pt). Acesso em: 1 maio 2023.

MAGNO, V. *et al.* Neoplasia do colo uterino. In: PASSOS, E. P. *et al.* (Orgs.). **Rotinas em Ginecologia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 299–309.

MAIA, M. N.; *et al.* A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, [S. l.], v. 13, n. 40, p. 1–10, dez. 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1633/911>.

MAJ, C. *et al.* General practitioners who never perform Pap smear: the medical offer and the socio-economic context around their office could limit their involvement in cervical cancer screening. **BMC Family Practice**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 114, dez. 2019. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-1004-x>. Acesso em: 6 mar. 2022.

MAKKONEN, P. *et al.* Impact of organized and opportunistic Pap testing on the risk of cervical cancer in young women – A case-control study from Finland. **Gynecologic Oncology**, [S. l.], v. 147, n. 3, p. 601–606, 2017.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. D. A.; SILVA, L. M. V. D. (org.). **Avaliação em saúde: dos**

modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 41–63. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf>. Acesso em: 7 ago. 2023.

MENDES, M. F. de *et al.* Avaliabilidade ou Pré-avaliação de um Programa. In: SAMICO, I. *et al.* (Orgs.). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. [S. l.]: MedBook, 2010. p. 196.

MILLER, M. J. *et al.* Impact of COVID-19 on Cervical Cancer Screening Rates Among Women Aged 21–65 Years in a Large Integrated Health Care System — Southern California, January 1–September 30, 2019, and January 1–September 30, 2020. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, [S. l.], v. 70, n. 4, p. 109–113, 29 jan. 2021. Disponível em: [http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7004a1.htm?s\\_cid=mm7004a1\\_w](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7004a1.htm?s_cid=mm7004a1_w). Acesso em: 19 set. 2021.

MUREWANHEMA, G. Reduced cervical cancer screening in Zimbabwe as an indirect impact of the COVID-19 pandemic: implications for prevention. **Pan African Medical Journal**, [S. l.], v. 38, 2021. Disponível em: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/38/131/full>. Acesso em: 19 set. 2021.

NESSLER, K. *et al.* Barriers and attitudes towards cervical cancer screening in primary healthcare in Poland - doctors' perspective. **BMC Fam Pract**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 260–260, dez. 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12875-021-01612-8>.

NORMAN, A. H. Estratégias da medicina preventiva de Geoffrey Rose. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 10, n. 34, p. 1–3, 31 mar. 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1092>. Acesso em: 12 fev. 2022.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 165–179, mar. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000100165&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100165&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 15 fev. 2022.

OLIVEIRA, M. A. D. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 66, n. spe, p. 158–164, set. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 3 ago. 2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION (PAHO/WHO). **Rapid Assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic in the Americas**. [S. l.]: PAHO, 4 jun. 2020.

PILLERON, S. *et al.* Cervical cancer burden in Latin America and the Caribbean: Where are we? **International Journal of Cancer**, [S. l.], v. 147, n. 6, p. 1638–1648, 15 set. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.32956>. Acesso em: 27 fev. 2022.

PONCET, L. *et al.* Disengagement of general practitioners in cervical cancer screening.

**European Journal of Cancer Prevention**, [S. l.], v. 25, n. 6, p. 547–555, nov. 2016. Disponível em: <https://journals.lww.com/00008469-201611000-00009>. Acesso em: 6 mar. 2022.

POSSATI-RESENDE, J. C. *et al.* Organized Cervical Cancer Screening Program in Barretos, Brazil: Experience in 18 Municipalities of São Paulo State. **Acta Cytologica**, [S. l.], v. 62, n. 1, p. 19–27, 2018. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/480446>. Acesso em: 19 set. 2021.

QUINN, M. *et al.* Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: Evaluation based on routinely collected statistics. **British Medical Journal**, [S. l.], v. 318, n. 7188, p. 904–908, 1999a.

QUINN, M. *et al.* Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: Evaluation based on routinely collected statistics. **British Medical Journal**, [S. l.], v. 318, n. 7188, p. 904–908, 1999b.

RAFAEL, R. de M. R.; MOURA, A. T. M. S. de. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 26, n. 5, p. 1045–1050, maio 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000500026&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500026&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 set. 2021.

RIBEIRO, C. M. *et al.* Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, n. 6, p. e00183118, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000705008&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705008&tlng=pt). Acesso em: 18 jun. 2023.

ROMERO, L. S.; SHIMOCOMAQUI, G. B.; MEDEIROS, A. B. R. Intervenção na prevenção e controle de câncer de colo uterino e mama numa unidade básica de saúde do nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, [S. l.], v. 12, n. 39, p. 1–9, dez. 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1356/865>.

SADOVSKY, A. D. I. D. *et al.* Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 31, n. 7, p. 1539–1550, jul. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000701539&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701539&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 9 jul. 2023.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: SAMICO, I. *et al.* (org.). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 196.

SÃO JOSÉ. Prefeitura de São José. **Lei nº 3645, de 09 de abril de 2001**. Cria cargos de provimento efetivo na estrutura básica organizacional do município, para a área da saúde, altera dispositivo da lei 3.416/99, e dá outras providências. 10 abr. 2001.

SMALL, W. *et al.* Cervical cancer: A global health crisis. **Cancer**, [S. l.], v. 123, n. 13, p. 2404–2412, 2017.

SUNG, H. *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, [S. l.], v. 71, n. 3, p. 209–249, maio 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660>. Acesso em: 9 fev. 2022.

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Carteira de Serviços da Atenção Primária**: diretrizes para a abrangência do cuidado. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal De Saúde Do Rio De Janeiro, 2021(Atributos).

TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 839–849, abr. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400007&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 12 mar. 2022.

TEIXEIRA, J. C. *et al.* Cervical cancer screening program based on primary DNA-HPV testing in a Brazilian city: a cost-effectiveness study protocol. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 576, dez. 2020. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08688-4>. Acesso em: 9 jul. 2023.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **The Canadian Journal of program Evaluation**, [S. l.], , p. 25, 2005.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 8 ago. 2023.

VALE, D. B. *et al.* Elimination of cervical cancer in low- and middle-income countries: Inequality of access and fragile healthcare systems. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [S. l.], v. 152, n. 1, p. 7–11, jan. 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13458>. Acesso em: 3 jul. 2023.

VALE, D. B. A. P. *do et al.* Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 383–390, fev. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000200017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200017&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 set. 2021.

WHO IARC. Cancer Fact Sheets : Cervix uteri. **Globocan 2018**, [S. l.], v. 876, p. 6–7, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ‘Best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases: updated (2017) Appendix 3 of the global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. [S. l.]: OMS, 2017. Acesso em: 1 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). **Cancer control, knowledge into action**:

**WHO guide for effective programmes. 2: Prevention / World Health Organization.** Geneva: World Health Organization, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). **Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation.** Geneva: World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.** Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336583>. Acesso em: 19 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention.** 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342365>. Acesso em: 19 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (Org.). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

ZEFERINO, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 213–215, 2008.

ZEFERINO, L. C. *et al.* Organization of cervical cancer screening in Campinas and surrounding region, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 22, n. 9, p. 1909–1914, set. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000900022&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900022&lng=en&tlng=en). Acesso em: 12 mar. 2022.

ZEFERINO, L. *et al.* Guidelines for HPV-DNA Testing for Cervical Cancer Screening in Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 40, n. 06, p. 360–368, jun. 2018. Disponível em: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0038-1657754>. Acesso em: 19 set. 2021

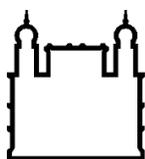
ZONTA, R. *et al.* **Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária.** Florianópolis, SC: UFSC, 2017

## APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM STAKEHOLDERS

<b>Número do entrevistado:</b>			
<b>Nome dos pesquisadores presentes:</b>			
<b>Data da entrevista:</b>		<b>Local da entrevista:</b>	
/ /			
<b>Contato inicial:</b>			
<input type="checkbox"/> Agradecer a disponibilidade em receber o(a) pesquisador(a). <input type="checkbox"/> Apresentar, de forma breve, os objetivos da pesquisa. <input type="checkbox"/> Explicar as informações contidas <u>no registro de consentimento de entrevista</u> . <input type="checkbox"/> Solicitar a assinatura do <u>registro de consentimento de entrevista</u> (entrevista presencial). <input type="checkbox"/> Entregar uma via assinada pelo pesquisador para o(a) entrevistado(a) ou enviar uma cópia por email.			
<b>Procedimentos iniciais:</b>			
<input type="checkbox"/> Preparar o gravador. <input type="checkbox"/> Iniciar a gravação.			
<b>Questões para entrevista</b>			
<p><b>Identificação do Problema</b> – Explicar brevemente quais são os objetivos destas perguntas          Qual(is) você que acredita que sejam os problemas em relação ao controle do câncer de colo de útero? Quais as principais consequências do problema do não rastreamento adequado?          Qual o papel da APS no rastreamento do CUU?</p> <p><b>Descrição do Programa</b> - Explicar brevemente quais são os objetivos destas perguntas  <i>Objetivo</i>          Qual ou quais (deveriam ser) o (s) objetivo (s) da intervenção?</p> <p><i>Público-alvo</i>          Quem você acredita que devam ser as mulheres participantes do rastreamento? (idade)</p> <p><i>Operações/ações</i>          Quais são as atividades previstas? Quais atividades têm sido realizadas? Quais não têm sido realizadas e por que não?          Você acha que as atividades previstas dão conta da realização do rastreamento organizado? Está faltando alguma atividade que não foi prevista, mas que você considera fundamental para a realização do rastreamento organizado?          Há recursos suficientes para a realização (físicos e humanos)? Como você acha que isso pode ajudar no rastreio?          O que vocês fazem (ações/atividades) para melhorar o rastreio?          Qual (is) os resultados a curto prazo (imediatos) que você espera obter dessas ações (relembrar atividades citadas pelo profissional)</p> <p><b>Resultados esperados</b> - Explicar brevemente quais são os objetivos destas perguntas          Quais você acredita que sejam os resultados esperados do rastreamento organizado – a médio e longo prazo? (pergunta aberta, visando captar tanto resultados intermediários quanto finais)          Quais dados você acha que deve fazer parte do rastreio organizado? (referente a indicadores)</p> <p><b>Análise do Contexto</b> - Explicar brevemente quais são os objetivos destas perguntas          Quais condições desta unidade você acha que facilitaram o rastreio em 2021? E em 2022?          Quais condições desta unidade você acha que dificultaram o rastreio em 2021? E em 2022?</p>			
<b><u>Perguntar se o(a) entrevistado(a) tem algo que gostaria de acrescentar.</u></b>			

<p><b>Características socioeconômicas do(a) entrevistado(a):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Idade?</p> <p><input type="checkbox"/> Ocupação atual/ Cargo?</p>
<p><b>Considerações finais:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Perguntar ao entrevistado(a) se há alguma informação adicional que gostaria de acrescentar em relação aos assuntos abordados durante a entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> Perguntar se ficou com alguma dúvida.</p>
<p><b>Finalização e agradecimento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Agradecer a disponibilidade em fornecer as informações.</p> <p><input type="checkbox"/> Salientar que os resultados da pesquisa estarão à disposição dele(a) e, se tiver interesse, deverá entrar em contato com o(a) pesquisador(a).</p>

## APÊNDICE B – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



### Registro de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Rastreo organizado do câncer de colo uterino na Estratégia de Saúde da Família: estudo de avaliabilidade de uma intervenção no município de São José, Santa Catarina.”**, desenvolvida por Nathalia de Paula Domingues, discente do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Elyne Montenegro Engstrom e coorientação da Professora Dra. Aline Daiana Schindwein.

O objetivo central do estudo é desenvolver estudo de avaliabilidade de uma intervenção piloto de rastreo organizado de câncer de colo de útero desenvolvida em uma unidade básica de saúde do município de São José, Santa Catarina. O convite a sua participação se deve aos seus conhecimentos e atuação sobre o planejamento de saúde, coordenação do cuidado e das ações no território e na gestão e organização dos processos de trabalho

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada (apenas a voz) se houver sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 30 minutos e a gravação de imagem não será necessária.

Os riscos menores previsíveis relacionados aos procedimentos que serão realizados nesta pesquisa são o constrangimento que possa vir a ser causado pelas perguntas e/ou a identificação do profissional. É importante destacar que, tendo em vista, o número reduzido

de participantes e o cargo que ocupam, há possibilidade de risco de identificação dos participantes da pesquisa. Para minimizar tais riscos e preservar a privacidade de seus dados, algumas medidas serão tomadas, como: a possibilidade de você se recusar a responder qualquer pergunta ou fornecer qualquer dado; apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades; qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; os nomes reais dos participantes serão substituídos por números. O material coletado na pesquisa será armazenado em local seguro.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados na dissertação da pesquisadora e na publicação de possíveis artigos científicos. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Sua participação no estudo não implicará em custos para o/a senhor(a) e, também não haverá nenhuma forma de pagamento ou compensação pela sua participação.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e orientações do CEP/ENSP e, com o fim deste prazo, será descartado. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais. O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a garantia de uma melhor compreensão da intervenção e estratégias para sua melhoria, contribuindo para subsidiar a tomada de decisões, auxiliar no planejamento de saúde e garantir a sustentabilidade e expansão das ações propostas no âmbito da saúde pública

O TCLE será redigido em duas vias, uma para o/a participante da pesquisa e outra para o arquivo da pesquisadora. Todas as páginas deste Termo devem ser rubricadas tanto pelo(a) participante, quanto pela pesquisadora, além da assinatura de ambos na última página. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Telefone do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

**Pesquisadora responsável:** Nathalia de Paula Domingues | Mestranda

ENSP/Fiocruz E-mail: natidedomingues@gmail.com

**Orientadora da Pesquisa:** Elyne Montenegro Engstrom – Profa. Dra e Pesquisadora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

E-mail: elyneengstrom@gmail.com

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21041-210.

**Coorientadora da Pesquisa:** Aline Daiane Schlindwein – Dr<sup>a</sup> em Biotecnologia e Biociências E-mail: alineds10@yahoo.com.br

Endereço: Rua Esteves Júnior, 160 - Centro - CEP: 88.015-130 - Florianópolis - Fone: (48) 3664- 9000

São José, de \_\_\_\_ de 2022.

Pesquisadora: Nathalia de Paula Domingues

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **“Rastreo organizado do câncer de colo uterino na Estratégia de Saúde da Família: estudo de avaliabilidade de uma intervenção no município de São José, Santa Catarina.”** e concordo em participar.

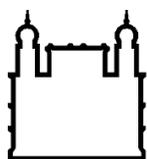
Autorizo a gravação da entrevista (voz).

Não autorizo a gravação da entrevista.

Participante:

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



### **Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – Participação online**

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Rastreo organizado do câncer de colo uterino na Estratégia de Saúde da Família: estudo de avaliabilidade de uma intervenção no município de São José, Santa Catarina.**”, desenvolvida por Nathalia de Paula Domingues, discente do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Elyne Montenegro Engstron e coorientação da Professora Dra. Aline Daiana Schlindwein.

O objetivo central do estudo é desenvolver estudo de avaliabilidade de uma intervenção piloto de rastreo organizado de câncer de colo de útero desenvolvida em uma unidade básica de saúde do município de São José, Santa Catarina. O convite a sua participação se deve aos seus conhecimentos e atuação sobre o planejamento de saúde, coordenação do cuidado e das ações no território e na gestão e organização dos processos de trabalho

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

A sua participação consistirá em integrar um grupo para realização de uma oficina de consenso que permita uma troca de ideias abertas para validação do modelo lógico e teórico da pesquisa. O grupo se dará de forma remota online, via plataforma Zoom, podendo ter duração de até 3 h. O grupo somente será gravado, incluindo imagem, se houver autorização de todos os integrantes da oficina. É importante que o participante guarde em seus arquivos uma cópia deste documento de Registro de Consentimento, com o contato dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os riscos menores previsíveis relacionados aos procedimentos que serão realizados nesta pesquisa são o constrangimento que possa vir a ser causado pelas perguntas e/ou a identificação do profissional. É importante destacar que, tendo em vista, o número reduzido de participantes e o cargo que ocupam, há possibilidade de risco de identificação dos participantes da pesquisa. Para minimizar tais riscos e preservar a privacidade de seus dados, algumas medidas serão tomadas, como: a possibilidade de você se recusar a responder qualquer pergunta ou fornecer qualquer dado; qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; os nomes reais dos participantes serão substituídos por números. O material coletado na pesquisa será armazenado em local seguro na nuvem, com senha, de acesso compartilhado somente com os membros da equipe de pesquisa. Ainda que haja o compromisso por parte da pesquisa quanto à anonimização dos participantes e divulgação agregada das informações, por terem outras pessoas no grupo, não há como garantir a ética dos demais participantes, portanto, não há como garantir o sigilo da participação

Os resultados desta pesquisa serão divulgados na dissertação da pesquisadora e na publicação de possíveis artigos científicos. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Sua participação no estudo não implicará em custos para o/a senhor(a) e, também não haverá nenhuma forma de pagamento ou compensação pela sua participação.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e orientações do CEP/ENSP e, com o fim deste prazo, será descartado. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais. O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a garantia de uma melhor compreensão da intervenção e estratégias para sua melhoria, contribuindo para subsidiar a tomada de decisões, auxiliar no planejamento de saúde e garantir a sustentabilidade e expansão das ações propostas no âmbito da saúde pública

O Registro de Consentimento será gravado no início da entrevista, com o aceite do entrevistado para registro dos dados. Ao consentir a participação da pesquisa, o entrevistado declara que entendeu os objetivos, os riscos e benefícios da participação na pesquisa, e que concorda em participar. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em

sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Telefone do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

**Pesquisadora responsável:** Nathalia de Paula Domingues | Mestranda ENSP/Fiocruz E-mail: natidedomingues@gmail.com

**Orientadora da Pesquisa:** Elyne Montenegro Engstrom – Profa. Dra e Pesquisadora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

E-mail: elyneengstrom@gmail.com

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21041-210.

**Coorientadora da Pesquisa:** Aline Daiane Schindwein – Dr<sup>a</sup> em Biotecnologia e Biociências

E-mail: alineds10@yahoo.com.br

Endereço: Rua Esteves Júnior, 160 - Centro - CEP: 88.015-130 - Florianópolis - Fone: (48) 3664- 9000

São José, 05 de setembro de 2022.

Pesquisadora: Nathalia de Paula Domingues

Assinatura: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – **CEP ENSP**, os representantes legais das instituições envolvidas no Projeto de Pesquisa **intitulado** " Rastreo organizado do câncer de colo uterino na Estratégia de Saúde da Família: estudo de avaliabilidade de uma intervenção no município de São José, Santa Catarina" que tem como **objetivo** desenvolver estudo de avaliabilidade de uma intervenção piloto de rastreo organizado de câncer de colo de útero desenvolvida em uma unidade básica de saúde do município de São José **DECLARAM** estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos desde que os pesquisadores executem o referido projeto de pesquisa com observância do que dispõe a **Resolução 466/12 e 510/16** do Conselho Nacional de Saúde.

**Nome Completo do Pesquisador responsável:** Nathalia de Paula Domingues

1) O **Pesquisador Responsável** deverá informar se está vinculado a algum Projeto de Iniciação Científica, Curso de Graduação, Pós-Graduação e/ou Fomento em Pesquisa:

Sim ou  Não

No caso de sim, informar qual(is)?: Mestrado Acadêmico em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ Este **Projeto de Pesquisa** está vinculado a algum Projeto de Iniciação Científica, Curso de Graduação, Pós-Graduação, Fomento em Pesquisa e/ou Instituição / Órgão / Unidade?

Sim, ou  Não

No caso de sim,  
informar qual(is)?: Projeto  
vinculado a:

( )

Iniciação

científica  TCC

de Graduação

Unidade de aprendizagem

Monografia/ Especialização

Mestrado

Doutorado  Outro.

---

Assinatura do pesquisador responsável

Responsável pela instituição proponente  
\*assinatura e carimbo institucional

Nome do Responsável – Cargo do Responsável

Nome da Instituição/Unidade/Órgão

\*assinatura e carimbo institucional do responsável da instituição coparticipante

\*CNPJ da Instituição ou CPF do responsável

Local e data

**ANEXO I – CARTA-CONVITE**

Unidade Básica de Saúde Bela Vista - Equipe 20  
R.das Orquídeas, 236 - Bela Vista, São José - SC, 88111-500  
E-mail: equipe20belavista@gmail.com  
Whatsapp: (48) 98824-8086



Prezada,

Escrevo essa carta para convidar você para fazer o exame preventivo feminino (exame citopatológico ou exame Papanicolau). Esse exame é o principal método e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer de colo de útero. O teste é confidencial e oferecido gratuitamente pelo SUS para mulheres entre 25 a 64 anos a cada 3 anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano.

Por favor, entre em contato com a sua Unidade Básica de Saúde para marcar uma consulta. Você pode requisitar que o exame seja feito por uma médica ou enfermeira, sem a presença de homens na sala. Escolha um dia, aproximadamente, após uma semana do término da sua menstruação. Caso você não tenha mais ciclos menstruais, venha quando quiser. Você receberá seu resultado por escrito, em geral, 2 meses após ter feito o exame. Se você tiver qualquer dúvida ou preocupação, pode conversar com a sua médica ou enfermeira da Equipe de Saúde da Família.

O exame do Papanicolau, como qualquer outro exame médico, não é perfeito e não detecta toda e qualquer alteração do colo do útero. Se você possui sintomas incomuns, tais como sangramento anormal, não espere seu próximo teste, procure sua Unidade Básica de Saúde.

Atenciosamente,

## ANEXO II – FOLHETO INFORMATIVO

**MULHER DE ATITUDE**  
PREVINE O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

**# Eu faço Preventivo**  
Cartilha informativa sobre o exame preventivo.

Previna-se contra o câncer de colo do útero.

<p><b>O que é o exame preventivo?</b></p> <p>É um dos momentos do exame ginecológico em que é feita a coleta do material do colo do útero.</p> <p><b>Qual a importância desse exame? Porque eu tenho que fazer o preventivo?</b></p> <p>Esse exame é a principal estratégia para detectar alterações do câncer do colo do útero precocemente e fazer o diagnóstico da doença bem no início, antes que a mulher tenha sintomas.</p> <p><b>Quais as mulheres que devem fazer esse exame?</b></p> <p>Toda mulher com vida sexual ativa, principalmente aquelas com idade de 25 a 64 anos.</p> <p><b>O que é preciso para fazer o exame?</b></p> <p>Não ter relação sexual nos 2 dias anteriores ao exame, não usar duchas ou medicamentos vaginais 2 dias anteriores ao exame, e não estar menstruada no dia.</p>	<p><b>Estou grávida. Posso fazer o exame?</b></p> <p>Sim. Mulher grávidas também podem realizar o preventivo, sem prejuízo para a sua saúde ou do bebê.</p> <p><b>O exame é doloroso e demorado?</b></p> <p>Não. O exame preventivo é rápido e não dói.</p> <p><b>Como é feito o exame?</b></p> <p>Para a coleta do material, é introduzido um instrumento chamado espêculo na vagina (conhecido popularmente como "bico de pato", devido ao seu formato). O profissional de saúde passa uma espátula de madeira e uma escovinha no colo do útero para colher o material e as células. As células colhidas são colocadas numa lâmina que é mandada para um laboratório para fazer a análise desse material.</p>	<p><b>Qual serviço deve ser procurado para fazer esse exame?</b></p> <p>Você deve procurar o posto de saúde mais próximo da sua casa.</p> <p><b>Após o exame, o que fazer?</b></p> <p>Você deve retornar a uma nova consulta, para saber o resultado e receber informações.</p> <p><b>De quanto em quanto tempo deve ser feito o preventivo?</b></p> <p>Inicialmente o exame deve ser feito todo ano. Após 2 exames seguidos com resultado normal, o preventivo pode passar a ser feito a cada três anos.</p> <p><b>Outras doenças que não o câncer podem ser encontradas durante o exame preventivo?</b></p> <p>Sim. Infecções vaginais, inclusive as sexualmente transmissíveis podem ser diagnosticadas durante o exame.</p>
--	---	---



Previna-se contra o câncer de colo do útero.

**# Eu faço Preventivo**

Fonte: projeto realizado em estágio rotativo de medicina de família e comunidade no Rio de Janeiro.