

**FERNANDO PIERETTE FERRARI**

**IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NAS  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MATO GROSSO DO  
SUL.**

**Campo Grande, MS**

**2018**

FERNANDO PIERETTE FERRARI

**IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NAS  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MATO GROSSO DO  
SUL.**

Defesa de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, visando a obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Elenir Rose Jardim Cury Pontes

Campo Grande, MS

2018



*Um dia vivi a ilusão de que ser homem bastaria*

*Que o mundo masculino tudo me daria*

*Do que eu quisesse ter*

*Que nada, minha porção mulher que até então se resguardará*

*É a porção melhor que trago em mim agora*

*É o que me faz viver*

*Quem dera pudesse todo homem compreender, ó mãe, quem dera*

*Ser o verão no apogeu da primavera*

*E só por ela ser*

*Quem sabe o super-homem venha nos restituir a glória*

*Mudando como um Deus o curso da história*

*Por causa da mulher*

*(Super-Homem - A Canção/Gilberto Gil)*

## **Agradecimentos**

***A todas as mulheres por tudo o que elas representam e com afeto especial à Benedita,  
Judith, Regina, Aparecida, Elenir, Adriane, Lais, Vera, Francisca.***

***A colaboração essencial de Albert e Arthur.***

***Aos colegas professores e técnicos do curso de Fisioterapia da UFMS.***

***Ao Gustavo Benites por estar perto.***

*Qualquer curva de qualquer destino que desfaça o curso de qualquer certeza.*

*Arnaldo Antunes*

## RESUMO

A despeito dos programas de rastreamento e detecção precoce do câncer do colo uterino no Brasil, a doença apresenta-se como um grande desafio para a saúde pública. Observa-se alta incidência e mortalidade pela doença que acomete mulheres ainda em sua fase reprodutiva, impactando de forma significativa suas vidas nos âmbitos sociais, emocionais e físicos. A Atenção Básica a Saúde desempenha papel fundamental para prevenção do câncer do colo do útero, devendo seus profissionais desenvolver ações de educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento. Vários fatores podem influenciar nos resultados de um programa de rastreamento e detecção precoce, tanto relacionados aos serviços ofertados como fatores relacionados à própria mulher, desta forma torna-se fundamental a avaliação constante das ações de saúde a fim de aumentar sua resolutividade. Em 2011, foi instituído pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de avaliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde da população. O presente estudo avaliou a atenção à mulher no que se refere ao câncer do colo uterino, por meio de indicadores de acesso e qualidade, utilizando dados do PMAQ-AB, ciclos 1 e 2, comparando as ações realizadas no estado em relação a outros estados da região centro-oeste. Trata-se de um estudo transversal, com utilização de dados secundários, provenientes do banco de dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, coletados na avaliação externa do PMAQ-AB, nos ciclos 1 e 2, realizado em nível nacional nos anos de 2012 e 2014. O estudo observou que áreas cobertas pelo ESF, a coleta do exame citopatológico tem sido garantida, sem alterações significativas entre o Mato Grosso do Sul e os demais estados da região Centro –Oeste. Problemas de conhecimento pelas usuárias sobre o processo de trabalho das unidades para a atenção a saúde da mulher são identificados. Ainda é possível observar que o PMAQ-AB Tem sido uma estratégia de constituição de parâmetros avaliativos que podem auxiliar na qualificação dos serviços.

**Palavras-chave:** câncer do útero, avaliação dos serviços de saúde, atenção básica a saúde

## ABSTRACT

Despite the programs for screening and early detection of cervical cancer in Brazil, the disease presents itself as a major public health challenge. It is observed a high incidence and mortality by the disease that affects women still in their reproductive phase, significantly impacting their lives in the social, emotional and physical spheres. Basic Health Care plays a fundamental role in the prevention of cervical cancer, and its professionals must develop health education, vaccination of indicated groups and early detection of cancer and its precursor lesions through its screening. Several factors may influence the results of a screening and early detection program, both related to the services offered and factors related to the woman herself, in this way it is fundamental the constant evaluation of health actions in order to increase their resolution. In 2011, the National Program for the Improvement of Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB) was instituted by the Ministry of Health, with the objective of assessing access to and quality of health care for the population. The present study evaluated women's attention to cervical cancer through access and quality indicators using PMAQ-AB data, cycles 1 and 2, comparing the actions performed in the state in relation to other states of the central-west region. This is a cross-sectional study using secondary data from the database of the Ministry of Health's Basic Attention Department, collected in the PMAQ-AB external evaluation, cycles 1 and 2, carried out at the national level in the years of 2012 and 2014. The study observed that areas covered by the ESF the collection of cytopathological examination has been guaranteed, without significant changes between Mato Grosso do Sul and the other states of the Center-West region. Users' knowledge problems about the work process of the units for women's health care are identified. It is still possible to observe that the PMAQ-AB has been a strategy for the constitution of evaluative parameters that can help in the qualification of the services.

**Keywords** Uterine Neoplasms ,Health Services Evaluation, Primary Health Care

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

### **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

EAB – Equipes de Atenção Básica

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PSF – Programa de Saúde da Família

SGDAB – Sistema de Gestão da Atenção Básica

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3. OBJETIVOS.....	26
4. MÉTODOS.....	26
5. RESULTADOS .....	29
5.1. ARTIGO 1.....	30
5.2. ARTIGO 2.....	40
6. DISCUSSÃO.....	52
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56

## 1. INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico da sociedade contemporânea tem lançado novos desafios para a estruturação dos sistemas de saúde. O envelhecimento da população e as mudanças no estilo de vida tem produzido uma prevalência importante de doenças crônicas. Dentro deste arsenal de doenças crônicas os variados tipos de câncer tem se destacado, movimentando a comunidade científica a produzir conhecimento e busca continuada a respeito das causas, do diagnóstico precoce e das modalidades terapêuticas. Neste contexto, a saúde da mulher, se apresenta com destaque. Aliada a transição epidemiológica, as conquistas e transformações no estilo de vida das mulheres alavancaram a prevalência de algumas doenças.

O câncer do colo do útero é o segundo tipo mais comum no sexo feminino, no mundo, correspondendo a 15% de todos os casos de câncer em mulheres. Em alguns países em desenvolvimento, ocupa a primeira posição na classificação de todos os canceres entre as mulheres, enquanto, em países desenvolvidos, chega a ocupar a sexta posição. A cada ano, são registrados em torno de 500 mil casos novos no mundo, sendo responsáveis pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres. (INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê uma elevação da estimativa do câncer do colo do útero em torno de 435.000 em 2030.

A região Centro-Oeste apresenta alta taxa de incidência de CCU (20,72/100.000) se comparada com as regiões Sul e Sudeste, bem como é a segunda região brasileira com maior taxa de mortalidade pela doença (6.61/100.000) registrada entre os anos de 2011 a 2015, sendo superior à taxa brasileira (5,79/100.000) (INCA, 2015).

O câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em vias de desenvolvimento. A Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (IARC), do inglês *International Agency for Research on Cancer*, estima que 85% dos óbitos por esse câncer

ocorrem em países menos desenvolvidos. No que diz respeito à mortalidade, o câncer do colo do útero é a quarta causa de morte de mulheres por câncer no país. (BRASIL, 2012a)

Sendo assim, considera-se a detecção oportuna de extrema relevância já que as possibilidades de cura se multiplicam substancialmente. Assim, a Atenção Básica, mais especificamente no caso do Brasil, a Estratégia de Saúde da Família tem fundamental importância na detecção precoce de casos ou mais ainda, em ações e estratégias que possam identificar estilos ou condições de vida que possam submeter às mulheres de determinado território a situações de aumento das possibilidades de adoecer.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde, o Brasil vem experimentando importantes mudanças na reorganização do modelo assistencial. A exemplo de outros países, experiências pautadas no fortalecimento da Atenção Básica (AB) foram lançadas para reestruturar a saúde, sendo que no Brasil, a grande aposta realizada pelo Ministério da Saúde (MS) foi a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). (BRASIL, 2012a)

A AB é desenvolvida sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações, é o contato preferencial dos usuários, a entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção a Saúde (BRASIL, 2012a). A concepção da atenção básica em saúde desenvolve - se a partir dos princípios do SUS, a literatura internacional tem chamado de Atenção Primária à Saúde (APS). (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008)

Muito se dizia que o PSF era um pacote básico de serviços de atenção à saúde. Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização (BRASIL, 2006a).

A ESF deve estabelecer uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes

comunitários de saúde. Os profissionais como cirurgião dentista e o auxiliar e/ou técnico em saúde bucal podem ser acrescentados a essa equipe (BRASIL, 2012).

A atuação das equipes é baseada em territorialização, que trabalha com área de abrangência definida e que fica responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população. A recomendação é que a equipe seja responsável por no máximo 4.000 habitantes e o ACS pode acompanhar no máximo de 750 habitantes residentes em uma micro-área (BRASIL, 2012).

Nos últimos anos, a AB vem passando por inovações importantes, principalmente a partir da implantação da ESF como modelo assistencial e dos recursos humanos vinculados a esse nível de atenção. Apesar dos investimentos, a AB enfrenta problemas estruturais, bem como no que se refere à sua resolutividade, entende-se que para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, processos avaliativos constituem-se como um importante meio para as melhorias almejadas (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

A implementação das Redes de Atenção a Saúde (RAS) no Brasil veio com o desafio de trabalhar em redes integradas, para inovar o processo de organização do SUS, produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (MENDES, 2008).

As Redes de Atenção a Saúde (RAS) tem se tornando uma importante estratégia para melhorar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita. É por meio de uma RAS que se permite prestar assistência contínua a determinada população no tempo e lugar certos, com o custo e qualidade adequadas (MENDES, 2008). As RAS buscam garantir a integralidade do cuidado, são organizados por ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010). As RAS constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Para garantir o acesso da população ao SUS, são implementadas as políticas públicas, respeitando as fases do ciclo da vida. A

vida de homens e mulheres é organizada em ciclos: criança, adolescente, jovem, adulto, idoso e cada etapa possui necessidades específicas em saúde. Em algumas situações mais vulneráveis, como o caso das pessoas com deficiência, com transtorno mental, uso abusivo de álcool e outras drogas em situação prisional ou vítimas de violência (BRASIL, 2010)

As Redes prioritárias são: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial: priorizando o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas, Rede de Atenção às Doenças Crônicas: câncer de mama e câncer de colo do útero, Rede de cuidados à pessoa com deficiência (BRASIL, 2010).

Assim, o câncer de colo de útero, integra a Rede de Atenção as Doenças Crônicas, infelizmente, tendo nesta, devido a sua incidência, lugar de destaque.

A maior parte das ações referentes a detecção oportuna deste tipo de câncer ocorre na atenção básica. Tanto as ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas saudáveis, quanto às ações de diagnóstico oportuno, que consistem em captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico, devem ser realizadas no cotidiano das equipes.

Após o recebimento de um exame "positivo", cabe a AB realizar o acompanhamento dessa usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento. Nesse processo, é fundamental a avaliação da usuária, avaliar a compreensão que a mesma tem sobre sua doença e estimular a adesão ao tratamento. O sistema logístico da rede (sistema de informação) deve permitir que a AB tenha acesso a relatórios do tratamento, durante a sua realização, bem como à contra referência, quando o serviço especializado realizar a alta dessa usuária. Muitas vezes, mesmo após a alta, a usuária demanda cuidados especiais, principalmente na periodicidade de acompanhamento.

As ações da Atenção Básica são diversas no controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Vão desde cadastro e identificação da população

prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos. É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adstrita. A partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença.

Em 2011, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela portaria GM/MS nº 1654/2011, que visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, em seu primeiro ciclo 2011/2012 contemplou 04 mil municípios no Brasil, desses 51 municípios no estado do Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2013).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A avaliação externa é a etapa em que se realiza o conjunto de ações, que verifica as condições de acesso e de qualidade dos municípios e equipes que aderiram ao programa. Subdivide-se em: certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestores municipais participantes do PMAQ-AB: avaliação do acesso e da qualidade das equipes por meio de monitoramento dos indicadores e avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica não relacionada ao processo de certificação: contempla o

processo avaliativo da rede local de saúde, avaliação da satisfação dos usuários e da utilização dos serviços (BRASIL, 2012).

Todo processo de avaliação externa e do Censo de estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do PMAQ-AB foi conduzido por Instituições de Ensino e/ou Pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de um instrumento avaliativo elaborado conjuntamente pelas universidades conveniadas. No presente estudo serão apresentados e discutidos os resultados referentes à Região Centro -Oeste.

A avaliação é uma estratégia que contribui para direcionar ou redirecionar a execução de ações e atividades, colaborando para a tomada de novas decisões e melhoria da qualidade do processo assistencial (TANAKA; MELO, 2001).

Tem-se dado importância à saúde da família para aprimorar cada vez mais a prevenção de agravos, a manutenção e a promoção da saúde. Com relação à saúde da mulher, novas políticas, programas, estratégias e ações têm sido utilizadas para alcançar a resolubilidade necessária e a adesão das usuárias à cultura de prevenção e diagnóstico oportuno.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Atenção Primária à Saúde**

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como porta de entrada no sistema de saúde, com a oferta de atenção integral ao indivíduo, visando à prevenção, cura e reabilitação da saúde e bem-estar. É uma atenção essencial à saúde que utiliza de tecnologia e prática profissional de acesso universal aos indivíduos e famílias (STARFIELD, 2002).

No início da sua implantação, a APS pôde ser vista como uma oportunidade de se iniciar ações universais no país, porém, permaneceu a concepção de seletividade, focada em controlar doenças prevalentes (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Com movimento da Reforma Sanitária, foi impulsionada a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que estabeleceu os princípios para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, sendo definida saúde como “direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988).

O acesso equitativo a serviços de saúde eficientes e de qualidade é um desafio às políticas públicas. A demanda por serviços de saúde resulta da interação entre fatores sociais, econômicos, psicológicos e de morbidade, que influenciam diretamente na utilização e, dessa forma, é eminente que os serviços se organizem a fim de atender as necessidades da população tanto em aspectos que se referem à promoção e prevenção, quanto à assistência (Sawyer, Leite *et al.*, 2002)

A APS se orienta por eixos estruturantes chamados de atributos essenciais e atributos derivados. Os atributos essenciais são a atenção como primeiro contato, quando a população identifica o serviço como primeiro recurso a se buscar em caso de necessidade; a longitudinalidade, que pode ser definida como uma fonte regular de atenção com criação de vínculo; a

integralidade, que é considerada uma atenção que vai além da ausência de doenças, levando em conta as condições sociais e melhoria das condições de vida; e a coordenação que é considerada a articulação sincronizada dos serviços e ações de saúde para um bem comum. Já os atributos derivados são a orientação familiar/comunitária e a competência cultural, com reconhecimento das necessidades da família em relação ao contexto físico, econômico e cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Os princípios do SUS foram fortalecidos, pelo MS, com embasamento nas experiências de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba, que priorizaram a organização dos seus sistemas de saúde com atenção ao acesso universal, continuado e integral junto à comunidade, tendo a APS como centro de coordenação no cuidado. No Brasil, o MS optou por utilizar como nomenclatura Atenção Básica (AB) para definir a APS, apresentando a Saúde da Família como principal estratégia (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, podemos citar dois importantes marcos para a reorganização da atenção básica no Brasil: a criação do Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), sendo considerada a Saúde da Família uma prioridade para a organização do sistema. O PACS possibilitou o aumento do vínculo da unidade de saúde com a comunidade e juntamente com o PSF, em 2006, passou a ter suas ações ampliadas e ser considerada uma estratégia, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e não mais um programa com assistência verticalizada (FONSECA, 2007; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

A ESF pode ser reconhecida como uma estratégia inovadora e estruturante da atenção à saúde, que reordenou o modelo de atenção, reforçando a atenção básica como primeira escolha para entrada ao serviço de saúde. As ações na ESF são focadas na prevenção e promoção da saúde, bem como a recuperação da saúde de forma qualificada (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Outro marco importante para as políticas públicas de saúde foi à publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Sua primeira publicação ocorreu através da Portaria n. 648 de 28 de Março de 2006, com a

redefinição dos princípios gerais da AB. Sua última versão foi aprovada pela Portaria n. 2488, de 21 de Outubro de 2011, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica AB, para a ESF e para o PACS (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012b).

Ainda de acordo com Portaria n. 2.436/2011, define-se AB:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017).

Desenvolve-se a AB por meio de exercício de práticas gerenciais, pautadas no trabalho em equipe, dirigida às populações de territórios delimitados, assumindo sua responsabilidade sanitária de acordo com sua população. Em decorrência disto, para contribuir com o funcionamento da rede de atenção, a AB deve ter o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, ser resolutiva, coordenar o cuidado e reconhecer as necessidades da população para orientar sua assistência (BRASIL, 2011a).

## **2.2 Atenção à Saúde da Mulher**

No século XX, a mulher era vista como produtora e reprodutora do processo de trabalho, sendo considerada mãe, nutriz e cuidadora da sua prole, sem levar em conta seu papel de mulher, ligando sua saúde ao objetivo de garantir o bem-estar de seus filhos (SOUTO, 2008).

Até então, as preocupações das políticas de saúde eram de assegurar a saúde das mulheres-mães, garantindo que seus corpos e de suas filhas fossem adequados à reprodução. Foram sempre essas as preocupações em relação ao grupo materno-infantil (OSIS, 1998).

Após várias reivindicações dos movimentos das mulheres, o MS, em 1984, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

(PAISM), que trazia propostas de diretrizes como a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e equidade da atenção (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009).

As mulheres foram responsáveis, em grande parte, pelas mudanças ocorridas nas políticas de saúde voltadas para seu gênero. Ressalta-se que o PAISM foi implantado antes do SUS e do processo de redemocratização do país, sendo considerado pioneiro no uso do termo integralidade da saúde, proposto e construído pelos movimentos sociais feministas (SOUTO, 2008).

Posteriormente, em 2004, o MS implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), inspirada no PAISM e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2000. A nova política manteve propostas presentes no PAISM relacionadas com a assistência integral à saúde da mulher, planejamento familiar, pré-natal, ciclo gravídico-puerperal, climatério, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama e ainda inclui problemas emergentes que afetem a saúde da mesma, tais como discussão de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, combate à violência doméstica, entre outros (PAZ; SALVARO, 2011).

A PNAISM traz como diretrizes os princípios de universalidade, integralidade e equidade, assim como o SUS (BRASIL, 2009). Para sua elaboração, o MS embasou-se em estudos científicos que mostraram as principais causas de morte em mulheres (eventos cardiovasculares, as neoplasias, doenças respiratórias, endócrinas nutricionais e metabólicas, além de causas externas, com objetivo de intervir em tais acometimentos, visando a diminuir a morbimortalidade feminina) (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009).

### **2.3. A avaliação dos serviços no Brasil.**

A avaliação é a um só tempo, um processo político e técnico para apoiar e tornar mais racional a tomada de decisão pelos interessados na situação em foco. (TANAKA; TAMAKI, 2012) É importante realçar que entendemos decisão como a capacidade de mobilizar recursos, de qualquer tipo e natureza, podendo ser desde um sorriso durante a interação até a locação de recursos humanos, financeiros e materiais. (TANAKA e LAURIDSEN-RIBEIRO, 2016)

Abordar a gestão de serviços de saúde constitui um desafio, pois os serviços de saúde são estruturas organizacionais complexas extremamente diversificadas, constituídas por profissionais e tecnologias organizados para a atenção à saúde da população. (TANAKA E TAMAKI, 2012)

A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. Apesar disso, o seu uso ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde. (CONTANDRIOPOULOS, 2006; HABICHT, 1999)

A avaliação pode ser referida como um conhecimento produzido no campo teórico-metodológico aplicável a um objeto quando há a necessidade de emitir um julgamento de valor, independentemente do uso que será feito do seu produto. Essa concepção de avaliação cria um campo próprio de conhecimento para avaliação, aumentando a sua interface com o campo da pesquisa. (HARTZ,1997). A avaliação para a gestão de serviços de saúde é um processo técnico-administrativo e político de julgamento do valor ou mérito de algo, para subsidiar a tomada de decisão no cotidiano, o que significa produzir informações capazes de apoiar uma intervenção de forma oportuna. (TANAKA e MELO, 2008)

O fornecimento de informação em tempo hábil para o gestor é imprescindível para a melhoria qualitativa das decisões. Se houver um conhecimento acumulado de pesquisas, estudos e avaliações passadas, o procedimento adequado consiste na apropriação desse conhecimento e a sua utilização no processo de decisão. (AKERMAN e FURTADO, 2016).

A constituição de indicadores precisos é de fundamental importância para a finalidade da avaliação do serviço. São estes indicadores construídos que vão possibilitar o diagnóstico do problema, onde ele ocorre e em que proporção.

Os indicadores são variáveis que visam fornecer a melhor imagem possível de um objeto, no entanto, considerando as inúmeras facetas com que ele pode ser observado, podem existir inúmeros conjunto de indicadores que poderão formar essa imagem. Em face desse rol de possibilidades, a escolha dos indicadores que serão utilizados em uma avaliação constitui uma das tarefas críticas do avaliador. (AKERMAN e FURTADO, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, na escolha de um indicador deve ser levada em consideração a sua validade (medir efetivamente o que pretende medir), a sua fiabilidade (apresentar o mesmo resultado mesmo que seja utilizado por pessoas ou em circunstâncias diferentes), a sua sensibilidade (capacidade de captar mudanças na situação ou no objeto estudado), e sua especificidade (refletir mudanças apenas no objeto que está sendo estudado) análise subjetiva, representa também implicações conjecturais do próprio avaliador e dos avaliados. (WHO,1981) Ao analisar o PMAQ-AB, entende tratar-se de uma avaliação de conjuntura de implantação de um programa institucionalizado em seu primeiro ciclo, a indicação sistematizada de potencialidades e fragilidades do mesmo, pode ser considerada um julgamento de valor que permite a tomada de decisões para os futuros ciclos. (LINHARES et cols, 2013)

Uma das justificativas para desenvolver uma avaliação tipo diagnóstico, com detalhes extensos dos serviços, programas e sistemas de saúde parece decorrer do receio de que o resultado seja parcial, incompleto, frágil e subjetivo. Esse risco existe, é inerente à avaliação e não deveria ser evitado a todo custo. O julgamento de valor sempre terá alto grau de subjetividade e, mesmo com desenhos metodológicos abrangentes e robustos, é inevitável a interferência da subjetividade do avaliador quando da escolha dos métodos, instrumentos e abordagens necessários para realizar a avaliação. (TANAKA e LAURIDSEN-RIBEIRO, 2016)

Compreender como se deu a vivência dos sujeitos que participaram do processo avaliativo, o processo de trabalho da equipe de avaliação, a relação entre os sujeitos da equipe e dela com os profissionais e usuários dos serviços avaliados, ao lado da percepção acerca dos serviços de saúde em diferentes contextos, aponta para a complexidade, e ao mesmo tempo importância, desse processo e nos proporciona elementos para aprimorar o planejamento de outras avaliações externas entendendo que este se constitui em importante ferramenta para qualificação da atenção e que seus resultados subsidiarão a produção de conhecimento na área da saúde coletiva, em particular, em estudos de avaliação de implementação da política de Atenção Básica no país e de avaliação da incorporação de ações no cotidiano dos serviços e das

equipes de saúde, em particular com foco na Estratégia Saúde da Família. (ALMEIDA et cols, 2016; AKERMAN et cols, 2016).

Fica, portanto, assim, estabelecida a importância de processos continuados, a exemplo do PMAQ-AB, de avaliações de serviços, especialmente referentes a qualidade dos que é ofertado e especialmente de como o acesso esta sendo garantido a maioria da população.

#### **2.4. Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica**

A AB, como porta de entrada preferencial do SUS e coordenadora dos cuidados que ocorrem nos serviços de saúde, necessita de melhorias constantes na qualidade de sua assistência. Para que isso ocorra, existe a necessidade de que suas ações sejam rotineiramente avaliadas, com a mensuração dos efeitos das políticas de saúde vigentes, para guiar a tomada de decisões e tornar transparentes as ações da gestão e os resultados alcançados (BRASIL, 2012a).

Para garantir a avaliação da atenção prestada, foi instituído no âmbito do SUS, o PMAQ-AB, de acordo com a Portaria nº 1.645/2011, com o objetivo de incitar a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, para que seja mantido um padrão, em nível nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2011c).

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases cíclicas contínuas que se complementam, sendo elas: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Após a recontratualização é iniciada uma nova fase de adesão e contratualização, iniciando um novo ciclo (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013b).

A primeira fase consiste na adesão formal ao Programa, por meio de contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB), os gestores municipais e o MS, com processo de contratualização local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013b).

Na segunda fase é realizado o desenvolvimento do conjunto de ações a serem realizadas pelas equipes de atenção básica, juntamente com as gestões municipais, estaduais e o MS, para promover mudanças necessárias na gestão, no cuidado e na gestão do cuidado, gerando então, melhorias no acesso e na qualidade da AB. Essa fase é composta por quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013b).

A terceira fase é composta pela avaliação externa, com um conjunto de ações que pontua as condições de acesso e qualidade das EAB que participam do PMAQ-AB. É realizada pelas instituições pesquisadoras, sendo composta pela avaliação de indicadores e padrões de qualidade na unidade, avaliação da rede local de saúde pelas EAB e usuários, levando em conta sua satisfação e utilização dos serviços. (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013b).

A quarta fase é constituída por um processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação. Uma nova contratualização de indicadores deve ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013b).

Após adesão ao PMAQ-AB, o município tem um prazo de dois a seis meses, para solicitar a avaliação externa, via Sistema de Gestão do Departamento de Atenção Básica (DAB). Para a avaliação externa, é utilizado um instrumento do MS, com questões referentes à estrutura, aos equipamentos, às condições de trabalho na unidade, à qualidade desse vínculo de trabalho, ao apoio da gestão às equipes, ao investimento em educação permanente, ao acesso e qualidade da atenção à saúde dos indivíduos e a satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pelas unidades de saúde que participam do programa (BRASIL, 2012c). O instrumento está organizado em quatro módulos, seguindo a ordem de coleta das informações, conforme a figura 1.

Quadro 1: Módulos do Instrumento de Avaliação Externa (terceira fase) do PMAQ-AB

Módulo I	<b>Observação na Unidade Básica de Saúde</b> – Inicialmente, são avaliadas as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos. É realizado pelo pesquisador com acompanhamento de um profissional da unidade.
Módulo II	<b>Entrevista com o profissional da EAB e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde</b> – Nessa etapa, é realizada a entrevista com um profissional com ensino superior da EAB, sobre o processo de trabalho da equipe e a forma com que está organizado o serviço e o cuidado prestado ao usuário, além de serem verificados documentos que, juntamente com a entrevista oferecerão subsídios para avaliar a implantação de ações para melhoria do acesso e da qualidade.
Módulo III	<b>Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde</b> – Nesse momento, o usuário é entrevistado na Unidade Básica de Saúde quanto a sua satisfação e percepção relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde.
Módulo IV	<b>Módulo eletrônico</b> – Para finalizar, os gestores respondem algumas questões que servirão como informação complementar aos Módulos I, II e III. Essas questões encontram-se no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no site do Programa ( <a href="http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/">http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/</a> ).

Fonte: BRASIL, 2013b, p. 9.

O PMAQ-AB, como estratégia do MS, tenta demonstrar como está a situação do acesso e da qualidade da AB, subsidiando a formulação de propostas e ações para a mudança da realidade encontrada e melhora da assistência ofertada à população.

### **3. OBJETIVO GERAL**

Avaliar a atenção à saúde da mulher no que se refere ao rastreamento e detecção precoce do câncer do colo uterino, por meio de indicadores de acesso e qualidade no âmbito da atenção básica na região centro-oeste.

#### **3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar as ações realizadas pelas equipes de saúde para o rastreamento e detecção precoce do câncer do colo uterino;
2. Analisar o conhecimento das usuárias quanto as ações ofertadas pelas equipes de saúde da família;
3. Analisar a evolução da atenção à mulher no que se refere ao câncer do colo uterino ocorrida do ciclo 1 para o ciclo 2 do PMAQ-AB;
4. Comparar os dados referentes ao Mato Grosso do Sul com outros estados da Região Centro-Oeste;

## 4. MÉTODOS

Estudo transversal, com dados secundários, provenientes do banco de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), coletados na avaliação externa do PMAQ-AB, ciclos 2012 e 2014 em nível nacional. Os dados do ciclo 1 do PMAQ-AB são de domínio público. Já os dados do ciclo 02 ainda estão de posse dos pesquisadores responsáveis, sendo que este estudo foi autorizado pela pesquisadora responsável pelo banco de dados no Mato Grosso do Sul (ANEXO).

O projeto de pesquisa tem abrangência nacional e foi executado de forma multicêntrica, de forma integrada, em rede científica, por diversas instituições de ensino e com o acompanhamento direto do Ministério da Saúde. A coleta de dados iniciou-se após a fase de adesão dos municípios e incluiu diversas técnicas complementares. No trabalho em campo, foram coletadas informações sobre infraestrutura das unidades básicas de saúde por meio de roteiro de visitas, com coleta de dados diretamente pelos pesquisadores de campo em loco. Em relação às equipes de saúde da família que compõe o programa de avaliação externa, foi utilizado questionário padronizado, preferentemente em meio eletrônico (exceto em situações com limitações técnicas). Na ocasião do trabalho de campo, foram entrevistados:

- a) O responsável / coordenador da unidade de saúde;
- b) Uma amostra de usuários da unidade de saúde;
- c) Uma amostra de mães ou responsáveis por crianças menores de sete anos residentes na área de abrangência da unidade de saúde; e
- d) Uma amostra de idosos com 65 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

### **Amostras e amostragem**

- **Unidades de Saúde**

No que diz respeito ao processo de avaliação externa vinculado ao PMAQ-AB, todas as Unidades de Saúde onde atuam as equipes indicadas pela gestão municipal para o processo de avaliação foram incluídas no estudo. Essas

unidades foram identificadas pelo gestor municipal por ocasião da adesão ao PMAQ-AB.

- **Equipes de Saúde e profissionais da UBS convencional**

Da mesma forma, todas as equipes participantes do PMAQ tiveram um ator chave entrevistado para a avaliação da rede local de saúde.

- **Usuários**

Foram entrevistados 3 (três) usuários em cada Equipe de Atenção Básica participante do PMAQ-AB, selecionados aleatoriamente na sala de espera das unidades visitadas, no momento da visita.

- **Instrumentos**

Foram aplicados 06 (seis) diferentes instrumentos referentes a (o):

- a) Condições de infraestrutura das UBS;
- b) Certificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;
- c) Avaliação da rede local de saúde pelas equipes;
- d) Satisfação dos Usuários;
- e) Acesso e utilização dos serviços focando em questões relacionadas à saúde da criança;
- f) Acesso e utilização dos serviços focando em questões relacionadas à saúde do idoso.

Foram selecionadas questões contidas no instrumento da avaliação externa do PMAQ-AB, nos módulos I (Observação na Unidade Básica de Saúde), II (Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde) e III (Entrevista na Unidade de Saúde com Usuárias). Foram entrevistados profissionais da saúde e mulheres provenientes de 30.424 equipes de saúde da família e atenção básica, correspondente a 90% do total das equipes existentes no país em 2014.

A análise da associação entre as variáveis avaliadas neste estudo e o ciclo do PMAQ-AB ou ainda com o MS e as demais unidades federativas do Centro-Oeste se deram por meio do teste do qui-quadrado ou teste exato de

Fisher. A comparação entre o primeiro e segundo ciclos, e entre o MS e as unidades federativas do Centro-Oeste, em relação ao tempo de realização de último exame e ao tempo referente a entrega dos resultados do mesmo, foi realizada por meio do teste t-student. Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS, versão 24.0, considerando um nível de significância de 5% (SHOTT, 1990).

O estudo foi aprovado pela pesquisadora responsável sobre os dados no Mato Grosso do Sul (ANEXO1). A pesquisadora responsável por esse estudo compromete-se com o Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados (APÊNDICE 2). O estudo atende os preceitos Éticos, de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d). O início do estudo deu-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, por meio do parecer 1.935.060 (ANEXO 2).

## **5. RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados sob a forma de 02 artigos, o primeiro analisando os resultados referentes a avaliação do acesso e qualidade das ações de saúde da mulher, especificamente no referente ao câncer do colo de útero e o segundo aborda o conhecimento das usuárias e suas avaliações quanto a estes serviços.

## 5.1 ARTIGO 1

**Atenção à saúde da mulher: rastreamento e detecção precoce do câncer do colo uterino, por meio de indicadores de acesso e qualidade no âmbito da atenção básica.**

### INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino (CCU) é uma patologia de início lento e silencioso, com posterior acometimento pré-invasivo, seu desenvolvimento relaciona-se com a infecção pelo *Papilomavírus humano* (HPV) e sua progressão pode sofrer interferência de fatores como a idade, tabagismo, multiplicidade de parceiros, iniciação sexual precoce, uso prolongado de contraceptivos orais entre outros (GUIMARAES ET AL., 2012; THULER, 2012).

O CCU é um problema de saúde pública em todo o mundo, nos países em desenvolvimento suas altas taxas de incidência e mortalidade constituem-se desafios constantes aos serviços de saúde, especialmente por acometer mulheres jovens em fase reprodutiva (SOARES ET AL, 2012). Segundo informações do Instituto Nacional de Câncer, na população feminina brasileira, o CCU é o terceiro tumor mais frequente, sendo a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. (INCA, 2016)

Segundo as estimativas recentes, no ano de 2016, 16.340 mulheres seriam diagnosticadas com CCU, o que corresponde a uma taxa de 15,85/100.000 em todo Brasil, já na Região Centro-Oeste eram esperados 1.560 novos casos (20,72/100.000) taxa superior à nacional (INCA). As taxas de mortalidade e de incidência em decorrência do CCU apresentam diferenças marcantes quando observadas globalmente, o que demonstra que países desenvolvidos com programas de rastreamento organizados possuem melhor capacidade de enfrentamento da doença, apresentando até 75% de redução nas taxas de incidência e mortalidade por CCU nos últimos 50 anos. (FELDMAN, 2016)

A região centro-oeste é composta por três estados (Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e o Distrito Federal), e diante da grande extensão territorial, características geográficas, sociais, econômicas e culturais, surgiu o

interesse em conhecer as práticas relacionadas ao rastreamento do CCU, nesta região, tão pouco estudada.

Acredita-se que diferenças na organização, gestão e execução de programas de rastreamento do CCU gerem desigualdades em indicadores essenciais para o sucesso de um programa de saúde com tamanha responsabilidade, tal como evitar mortes precoces. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é avaliar a atenção à saúde da mulher no que se refere ao rastreamento e detecção precoce do câncer do colo uterino, por meio de indicadores de acesso e qualidade no âmbito da atenção básica na região centro-oeste partir dos dados provenientes da avaliação externa do primeiro e segundo ciclos do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

## **MÉTODOS**

Foi realizado um estudo transversal com dados secundários, provenientes do banco de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, coletados na avaliação externa do PMAQ-AB, primeiro e segundo ciclos, referentes aos anos de 2012 e 2014, respectivamente, em nível nacional.

Para avaliar o acesso, a informação e a qualidade da atenção à saúde, mais especificamente sobre o exame citopatológico e ao câncer de colo de útero, foram selecionadas questões do Módulo II do instrumento de avaliação, referentes às entrevistas com os profissionais de saúde.

As questões selecionadas para esse estudo no Módulo II do instrumento de avaliação externa.

Módulo II	<p><b>Entrevista com o profissional da EAB e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde</b> – Nessa etapa, é realizada a entrevista com um profissional com ensino superior da EAB, sobre o processo de trabalho da equipe e a forma com que está organizado o serviço e o cuidado prestado ao usuário, além de serem verificados documentos que, juntamente com a entrevista oferecerão subsídios para avaliar a implantação de ações para melhoria do acesso e da qualidade<sup>10</sup>.</p>
-----------	---

Em relação às equipes de saúde da Família incluídas no estudo, no primeiro ciclo, foram entrevistados profissionais das 17.482 unidades de ESF e de AB. Já no segundo ciclo, participaram profissionais provenientes de 30.522 unidades de ESF e de AB, correspondente a 90% do total das equipes existentes no país em 2014<sup>11</sup>.

O presente estudo atendeu a todos os requisitos previstos na Resolução CNS466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, por meio do parecer nº 1.935.060 (ANEXO 2).

## RESULTADOS

Participaram do estudo 1109 profissionais de saúde no Ciclo 1, destes, 184 do estado de Mato Grosso do Sul e 925 dos demais Estados (DF, GO e MT). No Ciclo 2, houve a participação de 2241 profissionais, sendo 437 do estado de Mato Grosso do Sul e 1804 dos demais Estados (DF, GO e MT).

A tabela 1 apresenta os dados referentes ao Módulo II do instrumento do PMAQ-AB, referente a entrevista com os profissionais das unidades de saúde. As perguntas são relacionadas a prática cotidiana das equipes em relação a prevenção e a detecção precoce do câncer de colo de útero.

Tabela 1- Avaliação pelos profissionais de saúde em relação à prevenção e a detecção precoce do câncer de colo de útero (Módulo II do PMAQ-AB).

Item/ciclo	Estado		Valor de <i>p</i>
	MS	DF, GO e MT	
n (total)	Ciclo 1 (184) Ciclo 2 (437)	Ciclo 1 (925) Ciclo 2 (1804)	
<b>A equipe possui o registro do seu território, das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero</b>			
Ciclo 1	35,9 (66)	26,2 (242)	* <b>0,007</b>
Ciclo 2	66,8 (292)	75,7 (1365)	* <b>&lt;0,001</b>
Valor de <i>p</i>	* <b>&lt;0,001</b>	* <b>&lt;0,001</b>	
<b>A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para o câncer de colo de útero</b>			
Ciclo 1	77,7 (143)	55,2 (511)	* <b>&lt;0,001</b>
Ciclo 2	58,8 (257)	53,3 (961)	* <b>0,037</b>
Valor de <i>p</i>	* <b>&lt;0,001</b>	* 0,328	
<b>A equipe realiza busca ativa de mulheres com câncer de colo de útero e exame citopatológico atrasado</b>			
Ciclo 1	96,7 (178)	90,9 (841)	* <b>0,008</b>
Ciclo 2	87,6 (383)	85,9 (1549)	* 0,333
Valor de <i>p</i>	* <b>&lt;0,001</b>	* <b>&lt;0,001</b>	
<b>A equipe garante a oferta e realização de exame citopatológico de colo de útero</b>			
Ciclo 1	100,0 (184)	98,2 (908)	** 0,093
Ciclo 2	94,1 (411)	89,8 (1620)	* <b>0,006</b>
Valor de <i>p</i>	* <b>0,001</b>	* <b>&lt;0,001</b>	
<b>A equipe realiza ações educativas e de promoção da saúde direcionadas as mulheres e referentes ao câncer de colo de útero</b>			
Ciclo 1	90,8 (167)	80,3 (743)	* <b>&lt;0,001</b>
Ciclo 2	78,3 (342)	79,6 (1436)	* 0,535
Valor de <i>p</i>	* <b>&lt;0,001</b>	* 0,656	

A quantidade de profissionais de saúde com resposta afirmativa está apresentada em frequência relativa (frequência absoluta). O valor de *p* em negrito indica diferença estatisticamente significativa. \* Teste Qui-quadrado.

\*\* Teste Exato de Fisher.

Na comparação dos resultados do ciclo 1 e 2, em relação à identificação das mulheres elegíveis para a realização do exame citopatológico, houve aumento do percentual de profissionais de saúde que relataram que as equipes de saúde responsáveis pelas UBSF possuem os registros das usuárias de seus territórios. Neste aspecto houve uma melhora acentuada nos Estados DF, GO e MT (de 26,2% para 75,7%) em relação ao estado de Mato Grosso do Sul (de 35,9% para 66,8%).

Em contrapartida, o relato da utilização de protocolo para estratificação de risco para o câncer de colo de útero pelas equipes é percentualmente maior no Mato Grosso do Sul, apesar do decréscimo entre o Ciclo 1 e 2, de 77,7% para 58,8%. Ao considerar a Região Centro Oeste como um todo, o percentual de relato de utilização de protocolo, em torno de 55%, pode ser considerado muito aquém do desejável (100%).

Entre o ciclo 1 e 2, houve diminuição percentual de equipes que realizam a busca ativa de mulheres com câncer de colo de útero e exame citopatológico atrasado, em todos os estados da Região Centro Oeste. No Ciclo 2, aproximadamente 85% das equipes relataram realizar a busca ativa.

Houve diminuição do número de equipes em relação a garantir a oferta e a realização de exame citopatológico de colo de útero, entre o Ciclo 1 e 2, mais acentuada nos Estados DF, GO e MT (de 98,2% para 89,8%) em relação ao estado de Mato Grosso do Sul (de 100,0% para 94,1%).

No Estado de Mato Grosso do Sul, no ciclo 1, em relação à realização de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas as mulheres e referentes ao câncer de colo de útero, houve maior relato por parte das equipes (90,8%) em comparação aos Estados DF, GO e MT (80,3%), no entanto no ciclo 2, houve decréscimo para Mato Grosso do Sul para 78,3%, sem diferença percentual para os demais estados da Região Centro Oeste (79,6%).

## **DISCUSSÃO**

Os resultados do presente estudo proporcionam uma análise de como vem se dando as ações de rastreamento do CCU no Brasil, bem como as possibilidades de prevenção e tratamento desta patologia. Os dados secundários provenientes da avaliação externa do PMAQ-AB são providenciais para esta análise inicial sobre as práticas das equipes alocadas na região Centro-Oeste, além de possibilitar a comparação dos dados do Mato Grosso do Sul, com os dados dos demais estados da região Centro-Oeste incluindo-se o Distrito Federal.

No Brasil, desde a reorganização do modelo assistencial, a AB é a principal responsável por meio da Estratégia de Saúde da Família na

organização e ordenação da atenção à saúde da mulher, respeitando-se a complexidade e singularidade de cada situação. Avaliar e monitorar o acesso das mulheres e a qualidade das ações ofertadas pelo governo federal em todo território nacional, foi um dos objetivos principais do PMAQ-AB, que tem para além de um caráter avaliativo a intenção de monitoramento, institucionalizando práticas que reforcem os princípios do SUS, respondendo as necessidades de saúde com qualidade.

O problema do CCU alcança maiores proporções por tratar-se de uma doença detectável precocemente pelo exame citopatológico, de baixo custo e para o qual foram envidados esforços no sentido de ampliar o acesso de mulheres a este exame, entretanto, segundo o monitoramento do INCA, houve redução na realização do exame em grande parte do país nos anos de 2012 e 2013 (Ministério da Saúde, 2014).

Ao confrontarmos essas informações com os resultados deste estudo verifica-se que as equipes do Estado de MS durante o ciclo 1 do PMAQ-AB relataram que em 100% era garantida a oferta e realização de exame citopatológico de colo de útero para as mulheres cadastradas, este número sofreu redução significativa, quando as equipes do estado relataram no ciclo 2 que a oferta era garantida em 94,1% dos casos ( $p < 0,001$ ). Ao compararmos o estado de MS com os demais estados (GO, MT) e o DF, percebemos que no ciclo 1 estes estados relataram uma oferta menor do exame citopatológico (98,2%), reduzida a 89,8% no ciclo 2 ( $p < 0,001$ ).

Neste caso em especial, o questionamento diz respeito aos recursos necessários para a realização do exame, como material, pessoal, tempo disponível, adequação na análise entre outros, mas consideramos que o debate sobre a oferta e disponibilidade de ações e serviços no Sistema Único de Saúde deva ser ampliado, uma vez que ofertar uma ação como neste caso o exame citológico, não garante que o mesmo seja consumido por seu público alvo. Uma vez que além das barreiras referentes à gestão, às práticas profissionais existem também as barreiras referentes às mulheres (FERNANDES, 2009). Estas precisam ser encorajadas, munidas de informações capazes de responsabilizá-las pelo sucesso de um programa de

rastreio não apenas no que diz respeito a sua saúde individual como de sua comunidade (CARVALHO, 2016).

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde o exame citológico deve ser ofertado a todas as mulheres que tenha ou tenha tido vida sexual e que se encontre na faixa etária compreendida entre os 25 e 64 anos de idade, sendo que os dois primeiros exames devem ser realizados anualmente e caso apresentem-se dentro dos parâmetros normais o exame pode ser realizado a cada três anos (INCA, 2016, FERNANDES, 2009) . Estima-se que a prática de um rastreamento organizado possa reduzir em até 80% a mortalidade por CCU entre mulheres de 25 a 65 anos (FERREIRA, 2009).

Nos ciclo 1 e 2 as equipes foram questionadas sobre a existência de um livro de registros de seu território, no qual estariam registradas as mulheres elegíveis para a realização do exame citopatológico, na ocasião apenas 35,9% das equipes do MS e 26,2% dos estados DF,GO e MT possuíam este registro no ciclo 1 e embora as equipes entrevistadas no ciclo 2 tenham apresentado aumento significativo na presença do livro MS (<0,001) e DF,GO e MT (<0,001), esta ação parece não ser suficiente para uma efetiva organização de um programa de rastreio.

A importância deste registro baseia-se em algumas atribuições de todos os profissionais da AB em relação ao CCU, tais como planejar e programar as de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade; e realizar ações de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2006)

A manutenção de um registro adequado permite que sejam identificadas as mulheres elegíveis para realização do exame citopatológico pela primeira vez, quais apresentam necessidade de repeti-lo e quando devem fazê-lo, além do acompanhamento da entrega de exames e dos casos em tratamento, assim parece impensável a existência de um programa de detecção precoce sem que as informações básicas estejam adequadamente registradas e disponíveis para planejamento e avaliação das ações do serviço. Estas práticas fortalecem as características de um programa de rastreamento oportunístico que possui baixa

cobertura, rastreando de forma excessiva um pequeno grupo de mulheres com pior relação custo-efetividade (VALE, 2010).

Paralelamente a existência de um registro das mulheres do território para acompanhamento das ações para detecção do CCU, as equipes responderam sobre a utilização de protocolos para estratificação de risco para o câncer de colo de útero, e observou-se que o estado de MS relatou maior frequência desta prática nos dois ciclos da pesquisa quando comparado à 77,7% para 58,8% ( $p < 0,001$ ).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), ao reportar a importância de programas de rastreio organizados, estima que uma cobertura populacional de 80% é capaz de impactar a redução da incidência do CCU, aumentando esta redução para 90% quando se realiza a detecção em estágios precoces da doença. (INCA, 2002). Como já citado anteriormente, minimizar as barreiras para a não realização do exame é uma estratégia capaz de potencializar os resultados de um programa de rastreamento.

No que se refere a este estudo, considerou-se a busca ativa como uma ação capaz de aumentar a adesão de mulheres ao exame, especialmente aquelas que nunca o realizaram ou que estão fora do intervalo de tempo preconizado, considerando ainda sua estratificação de risco e idade. O estado de MS apresentou maior percentual de busca ativa quando comparado aos demais estados da região centro-oeste em ambos os ciclos do PMAQ-AB, entretanto observa-se uma redução substancial na realização da busca ativa em MS no ciclo 2 quando comparado ao ciclo 1, caindo de 96,7% para 87,6% ( $p < 0,001$ ). A redução na busca ativa pode ser explicada tanto pela procura espontânea da população pelo exame, o que reduziria a necessidade de que essas mulheres fossem buscadas, como pelo motivo mais provável que é a redução desta prática pela equipe de saúde em decorrência de outras atividades nas unidades de saúde, como por exemplo, algumas situações epidemiológicas emergentes que lamentavelmente interferem nas práticas de longitudinalidade do cuidado no âmbito da ESF.

Um dos importantes papéis dos profissionais da ESF no controle do CCU é a possibilidade de atuação próxima as mulheres, favorecendo o vínculo

com a equipe, e a facilidade de busca ativa, uma vez que a equipe conhece e acompanha essa mulher, sendo a presença do Agente Comunitário de Saúde fundamental neste processo (VALE,2009). A busca ativa ganha importância tanto diante da desinformação da mulher, desinteresse, crenças e também frente a grandes distancias a serem percorridas até o serviço de saúde, bem como dificuldades econômicas para comparecimento os serviços, sendo estes últimos minimizados pela presença de unidades de saúde da família próximas a residência de mulheres cadastradas (CARVALHO, 2016).

Ao pensarmos nas características do CCU, seu alto potencial de cura devido sua lenta evolução, o que favoreceria a detecção de lesões percussoras, bem como sua prevenção (DAMACENA et al, 2016), os fatores que relacionam-se ao maior risco de seu desenvolvimento, e sua detecção por meio do exame Papanicolaou, que apresenta baixo custo e fácil aceitação pelas mulheres, fica evidente que tais informações, somadas as idades alvos das mulheres elegíveis para serem incluídas em um programa de rastreamento de base populacional organizado, resultaria em redução nas taxas negativas desta doença (CARVALHO, 2016; BREITO-SILVA,2014; DAMACENA et al., 2016).

O Brasil apresenta-se com uma enorme área territorial, que se traduz em diferenças e desigualdades entre as unidades federativas e também entre municípios de um mesmo estado da federação, aparentemente essas diferenças extrapolam as áreas geográficas e impactam diretamente no processo de trabalho das equipes de saúde que em maior ou menor medida se mostram mais próximas da comunidade, alcançando maior qualidade e satisfação por parte das usuárias.

## **CONCLUSÃO**

Faz-se necessário repensar a organização de programas de rastreamento, incluindo-se estratégias que melhorem o registro, planejamento e avaliação, além de maior envolvimento das mulheres, protagonistas neste processo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) [Internet]. [acesso em 26 mar. 2014]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais do pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF Ministério da Saúde 2006.

Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. Rev. Saúde Pública. 2014;48( 2 ): 240-248.

Carvalho VF de, Kerber NPC, Wachholz VA, Pohlmann FC, Marques LA, Francioni FF. Access to Papanicolaou Test by the Unified Health System users. Rev Rene. 2016; 17(2):198-2.

Damacena AM, Luz LL, Mattos IE. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2017; 26( 1 ): 71-80.

Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS da, Silva LCM da, Brito AML de, Azevedo JW Veríssimo de et al . Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2009; 43( 5 ): 851-858.

Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. Esc. Anna Nery. 2009;13( 2 ): 378-384.

Guimarães R M, Muzi CD, Ayres ARG, Ribeiro MS, Chagas CC, Oliveira JSC. Aplicação de Três Técnicas para Avaliação de Tendência de Mortalidade por Câncer do Colo do Útero em Série Temporal no Brasil, 1980-2009. Rev Bras Cancerol 2012;58(3):359-67.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação

Soares MC, Meincke SMK, Mishima SM, Simino GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. Esc. Anna Nery. 2010;14(1):90-6.

Thuler LC, de Aguiar SS, Bergmann A. Determinants of late stage diagnosis of cervical cancer in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014; 36: 237–43

Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. *Rev Bras Cancerol* 2012;58(3):351-7.

Vale DBAP do, Moraes SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(2): 383-390.

## **5.2 Artigo 2**

### **Artigo 2**

**Qualidade das ações de rastreamento e detecção do câncer do colo uterino aspectos relacionados à realização de exames e orientações das usuárias na região Centro-Oeste.**

#### **Introdução**

O câncer do colo uterino (CCU) é um problema de saúde em todo o mundo, tendo acometido mais de meio milhão de mulheres em 2012 e causando no mesmo ano 266.000 mortes (Ferlay et al., 2015). No Brasil, as estimativas mais recentes para o biênio 2016-2017 indicaram que seriam diagnosticados 16.340 novos casos da doença, o que representa 15,85/100.000 mulheres anualmente (INCA, 2016).

A região Centro-Oeste apresenta alta taxa de incidência de CCU (20,72/100.000) se comparada com as regiões Sul e Sudeste, bem como é a segunda região brasileira com maior taxa de mortalidade pela doença (6.61/100.000) registrada entre os anos de 2011 a 2015, sendo superior à taxa brasileira (5,79/100.000) (INCA, 2015).

O controle do CCU é uma prioridade, compondo o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Brasil, 2011, Theme Filha et al., 2016), e as recomendações atuais do Ministério da Saúde estabelecem a realização de dois primeiros exames com intervalo anual e, após dois resultados negativos, a periodicidade passa a ser trienal, sendo estabelecida como população-alvo mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, o que no Brasil representa aproximadamente 55 milhões de mulheres (Inca, 2016; Derchain et al., 2016).

Mesmo com o desenvolvimento de novas políticas de saúde brasileiras, voltadas à melhoria do acesso aos serviços e ações de saúde, entre eles a oferta do exame Papanicolau na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), muitos são os desafios de um país continental como o Brasil, no qual a distribuição de recursos financeiros, a fixação de profissionais, a presença e qualidade de

recursos tecnológicos se diferenciam radicalmente entre as cinco regiões brasileiras. Tais diferenças se refletem nos padrões de agravos a saúde, bem como da atenção à saúde oferecida (Pinho-França et al, 2016).

Todos os órgãos e serviços de saúde têm a responsabilidade de garantir o acesso aos usuários. O Ministério da Saúde desenvolve políticas para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, mas é necessário que cada município esteja envolvido no desenvolvimento de ações para incentivar as mulheres a prevenir o CCU, por exemplo, por meio de atividades educacionais. A educação para a saúde é uma estratégia essencial para abordar questões de prevenção do CCU (Jorge et al., 2011).

O CCU é um câncer com alto potencial de cura, podendo-se considerar sua mortalidade evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase inicial (Labeit et al., 2013).

O Brasil realizou em 2016 mais de 15 milhões de exames Papanicolaou pelo Sistema Único de Saúde, entretanto, muitas mulheres que realizam o exame estão fora da população-alvo estabelecida, e muitas outras que deveriam ser examinadas nunca receberam o exame, aumentando as chances de diagnósticos tardios e mortes pela doença (Ministério da Saúde, 2017).

O Papanicolaou é um exame de baixo custo, fácil realização e disponível nos serviços de Atenção Básica no Brasil, mesmo assim, o percentual de mulheres que nunca realizaram o Papanicolaou durante a vida variou entre os estudos brasileiros 7% (Gasperin et al., 2011), 7,6% (Muller et al., 2008), 13,9% (Pinho et al., 2003), 15% (Fernandes et al., 2009) e 17,3% (Correa et al., 2012). Espera-se que os profissionais da APS estejam mais disponíveis e preparados para desenvolver ações educativas que possibilitem maior participação das mulheres nas ações ofertadas, além de reconhecer as mulheres que nunca realizaram o exame ou que estejam com seus exames atrasados (Tomasi et al., 2015).

Para enfrentar esta situação torna-se necessário avaliações constantes que forneçam informações que possibilitem a melhoria do rastreamento do

CCU, tais ações devem ser focadas na oferta dos serviços, na prática dos profissionais e principalmente na adesão das mulheres (Roman et al., 2014).

Embora exista uma literatura consistente sobre a cobertura e aspectos relacionados ao Papanicolaou no Brasil, são escassos os estudos com foco nos estados da Região Centro-Oeste. Este estudo teve como objetivo analisar a qualidade das ações de rastreamento e detecção do CCU, considerando-se os aspectos de realização de exames, e orientação oferecidos às usuárias na região Centro-Oeste.

## **Método**

Foi realizado um estudo transversal com dados secundários, provenientes do banco de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, coletados na avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), primeiro e segundo ciclos, referentes aos anos de 2012 e 2014, respectivamente, em nível nacional.

No primeiro ciclo do PMAQ-AB, o programa preveu a contratualização de pelo menos 50% das equipes de atenção básica que receberam os avaliadores externos, o que resultou na inclusão de 17.482 equipes de saúde da família e atenção básica. Já no segundo ciclo, os números foram maiores, foram visitadas 30.522 equipes de saúde da família e atenção básica, correspondendo a 90% do total das equipes existentes no país em 2014 (DAB, 2015).

Para este estudo, foram incluídas as mulheres entrevistadas na região Centro-Oeste, que inclui os estados de Goiás (GO), Mato Grosso (MT), Mato Grosso do Sul (MS) e Distrito Federal (DF), sendo o estado de MS o foco de interesse dessa investigação. Assim, no ciclo 1, foram entrevistadas 4.337 mulheres, sendo 734 no estado de MS, no ciclo 2 foram entrevistadas um total de 8.967 mulheres, sendo 1759 no estado de MS.

O instrumento de coleta de dados da avaliação externa do PMAQ-AB foi composto por três módulos: Módulo I – Observação na Unidade de Saúde (UBS); Módulo II – Entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na UBS; Módulo III – Entrevista com usuário na unidade de Saúde (dados utilizados neste artigo). Para avaliar o acesso, a informação e a qualidade da atenção à saúde, mais especificamente sobre o exame citopatológico e ao CCU, foram selecionadas as questões do Módulo III do instrumento de avaliação: Há quantos meses a senhora realizou o exame preventivo de câncer do colo de útero?; A senhora sabe quanto tempo se espera para receber o resultado do exame? (em dias); A senhora sempre foi orientada quanto a importância do exame preventivo de câncer de colo de útero e de quando deve refazê-lo?; A senhora faz o exame preventivo de colo de útero nesta unidade?;

A análise da associação entre as variáveis avaliadas neste estudo e o ciclo do PMAQ-AB ou ainda com o MS e as demais unidades federativas do Centro-Oeste se deram por meio do teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher. A comparação entre o primeiro e segundo ciclos, e entre o MS e as unidades federativas do Centro-Oeste, foi realizada por meio do teste t-student. Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS, versão 24.0, considerando um nível de significância de 5% (SHOTT, 1990).

O presente estudo atendeu a todos os requisitos previstos na Resolução CNS466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, por meio do parecer nº 1.935.060.

## **Resultados**

As questões selecionadas para este estudo apresentaram percentual distintos de respostas de acordo com sua aplicabilidade, assim o número total de respondentes oscilou de uma questão para outra.

Entre as mulheres entrevistadas, a maioria relatou realizar o exame Papanicolaou na unidade de saúde na qual estava sendo entrevistada, sendo que no ciclo 01 o percentual de mulheres de MS (74,5%) foi significativamente maior se comparado aos outros estados e DF (65,8%) ( $p < 0,001$ ; tabela 1), da mesma forma no ciclo 02, um percentual maior de mulheres de MS (72,6) realizavam o exame na própria unidade em comparação com os demais estados e DF (70,3), entretanto a não observou-se diferença significativa ( $p = 0,621$ ; tabela 1). Comparando-se o ciclo 01 e o ciclo 02, observou-se a redução no percentual de mulheres de MS que relataram realizar o exame na própria unidades, embora a diferença não tenha sido significativa ( $p = 0,684$ ; tabela 1), inversamente houve um aumento de mulheres que realizavam o exame na unidade quando comparados os ciclos 1 e 2 nos estados de GO, MT e DF ( $p = 0,056$ ; tabela 1).

Quando questionadas sobre sempre receber orientação quanto a importância do exame preventivo do CCU e de quando mesmo deve ser repetido, o estado de MS apresentou percentual significativamente maior de mulheres que receberam orientações quando comparado aos outros estados e DF, tanto no ciclo 1 ( $p < 0,001$ ), quanto no ciclo 2 ( $p < 0,001$ ). Comparando-se os resultados do ciclo 1 e o ciclo 2, os estados de GO, MT e DF apresentaram aumento no percentual de mulheres que receberam orientação sobre o exame preventivo ( $p = 0,005$ ; tabela 1), já no MS houve um pequeno aumento no percentual no ciclo 2, mas não foi significativo ( $p = 0,518$ ; tabela 1).

Em relação ao tempo transcorrido entre a realização do último exame Papanicolaou e a entrevista, as mulheres de MS apresentaram em média menor tempo quando comparadas às mulheres dos outros estados e DF, tanto no ciclo 1 quanto no ciclo 2 ( $p = 0,032$  e  $p < 0,001$  respectivamente; tabela 1). No estado do MS não houve redução significativa do tempo médio de realização do último exame se comparados os ciclos 1 e 2, diferentemente dos estados de GO, MT e DF, que apresentou redução significativa do tempo transcorrido entre o último exame preventivo e a entrevista ( $p < 0,001$ ; tabela 1).

Não se observou diferenças significativas na percepção das mulheres sobre o tempo médio de espera para receber o resultado do exame preventivo quando comparados o estado de MS e demais estados e DF em ambos os

ciclos, e nem se comparando o desempenho dos estados comparando-se os ciclos 01 e 02 (tabela 1).

Tabela 1 – Percepção das usuárias de saúde em relação à prevenção e a detecção precoce do câncer de colo de útero (Modulo III do PMAQ-AB). Comparativo MS e demais estados da região Centro –Oeste.

Item/ciclo	Estado		Valor de p
	MS	DF, GO e MT	
n (total)	Ciclo 1 (734)	Ciclo 1 (3603)	
	Ciclo 2 (1759)	Ciclo 2 (7208)	
<b>Há quantos meses a senhora realizou o exame preventivo de câncer do colo de útero</b>			
Ciclo 1	12,56±17,27	14,48±18,98	<b>* 0,032</b>
Ciclo 2	11,12±10,52	12,93±11,80	<b>* &lt;0,001</b>
Valor de p	<b>* 0,091</b>	<b>* &lt;0,001</b>	
<b>A senhora sabe quanto tempo se espera para receber o resultado do exame</b>			
Ciclo 1	32,60±17,79	31,52±27,88	<b>* 0,574</b>
Ciclo 2	30,23±17,59	34,37±34,11	<b>* 0,155</b>
Valor de p	<b>* 0,358</b>	<b>* 0,188</b>	
<b>A senhora sempre foi orientada quanto a importância do exame preventivo de câncer de colo de útero e de quando deve refaze-lo</b>			
Ciclo 1	56,8 (417)	47,0 (1692)	<b>** &lt;0,001</b>
Ciclo 2	58,2 (1024)	49,8 (3592)	<b>** &lt;0,001</b>
Valor de p	<b>** 0,518</b>	<b>** 0,005</b>	
<b>A senhora faz o exame preventivo de colo de útero nesta unidade</b>			
Ciclo 1	74,5 (414)Aa	65,8 (1795)Ba	<b>&lt;0,001</b>
Ciclo 2	72,6 (85)Aa	70,3(327)Aa	0,621
Valor de p	0,684	0,056	

Os resultados das duas primeiras questões estão apresentados em média ± desvio padrão. A quantidade de usuárias com resposta afirmativa (03 últimas questões) estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). O valor de *p* em negrito indicam diferença estatisticamente significativa. \* Teste *t*-student. \*\* Teste Qui-quadrado.

## Discussão

Os resultados dos dados analisados demonstram diferenças entre o Estado de Mato Grosso do Sul e demais estados da região Centro-Oeste e Distrito Federal. De forma geral, diferenças significativas também foram observadas quando comparados os ciclos 1 e 2.

Um dos objetivos do PMAQ-AB é a melhoria da qualidade da atenção à saúde no âmbito da Atenção Básica, buscando garantir por meio de suas distintas fases, mas especialmente da avaliação externa, o estabelecimento de padrões de qualidade, por meio de processo avaliativo passíveis de comparação entre os diferentes ciclos. Espera-se que a avaliação desencadeie mudanças permanentes que possam ser detectadas e ampliadas no processo avaliativo seguinte (BRASIL, 2015).

As recomendações atuais do Ministério da Saúde estabelecem a realização de dois primeiros exames com intervalo anual e, após dois resultados negativos, a periodicidade passa a ser trienal, sendo estabelecida como população-alvo mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (Instituto Nacional de Câncer, 2016). Outros estudos brasileiros que avaliaram a frequência de realização do exame citológico, investigaram a realização de ao menos um exame nos últimos 3 anos (Correa et al, 2012; Albuquerque et al., 2009; Muller et al., 2008; Amorim e Barros 2014). Sabe-se que o CCU é um câncer com alto potencial de cura quando diagnosticado em fases iniciais, assim quanto maior o número de mulheres examinadas, especialmente na faixa etária alvo, maiores as possibilidades de detecção da doença (Valente et al., 2009). O estado de MS apresentou média de tempo significativamente menor de intervalo entre o último exame e o momento da entrevista tanto no ciclo 1 como no ciclo 2. Outro resultado positivo foi que tanto no MS como nos demais estados e DF, houve redução no intervalo de tempo da realização do último exame Papanicolaou e a entrevista, quando comparados o ciclo 1 e o ciclo 2, demonstrando melhoria na atenção às mulheres no que se refere ao CCU. Não foi possível avaliar as recomendações de periodicidade para a realização do exame de cada mulher entrevistada, por não ser a informação objeto da pesquisa.

O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Ministério da Saúde brasileiro estabeleceu o controle do câncer cervical como uma prioridade, compondo o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Brasil, 2011; Theme Filha et al., 2016), de forma que a melhoria nas ações como a redução do intervalo entre os exames pode refletir em mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde, bem como uma maior participação das mulheres nas ações propostas.

Outro indicador relevante para a avaliação do acesso e da qualidade é o conhecimento da mulher sobre onde realizar o exame Papanicolaou, No Brasil o rastreamento do CCU é realizado de maneira oportunística, ou seja, são examinadas mulheres que procuram a unidade especificamente para realizar este exame, ou em quaisquer outras oportunidades, assim é de fundamental importância que elas saibam onde este exame pode ser realizado gratuitamente (Valente et al., 2009).

Observou-se que a maioria das mulheres, realizava seu exame preventivo na unidade na qual estava sendo entrevistada, sugerindo conhecimento sobre onde realizar seu exame no período orientado. O estado de MS do ciclo 1 para o ciclo 2, apresentou uma leve redução, não significativa, no percentual de mulheres que realizavam o exame na própria unidade, o que pode indicar um retrocesso nas ações de oferta de exame Papanicolaou e também de informações das mulheres sobre a possibilidade de realizar o exame, uma vez que era esperado um movimento contrário, o aumento de mulheres aderindo às ações ofertadas pelo serviço de saúde, tal como observou-se nos estados de GO, MT e no DF. Vale ressaltar que a distância geográfica, a dificuldade de marcação de exames e desinformação, medo e ansiedade podem estar relacionados à menor realização do exame Papanicolaou, e cabe a equipe de saúde identificar e minimizar tais barreiras que impeçam a detecção precoce do CCU (Pinho et al. 2003; Davim et al., 2005; Valente et al., 2009).

O sucesso de programas voltados a problemas de saúde específicos como o rastreamento e detecção do câncer do colo uterino dependem de diversos fatores, tanto relacionados a oferta das ações (profilaxia, realização de

exames e encaminhamento para tratamento quando necessário e ações educativas), quanto fatores relacionados à própria mulher, uma vez que ela deve procurar os serviços de saúde para realização de exames na periodicidade adequada. Reconhecer barreiras que dificultam o acesso das mulheres à realização do exame Papanicolaou tem sido alvo de estudos em todo o mundo (Eaker et al., 2001; Yabroff et al., 2003; Ackerson and Gretebeck, 2007; Fernandes et al 2009; Roman et al., 2014; Theme Filha et al. 2016).

Apenas a oferta de ações como o Papanicolaou, não é suficiente para modificar os indicadores de incidência e mortalidade por CCU, dessa forma, os profissionais devem engajar-se também em ações educativas, que aumentem o conhecimento das mulheres e que conseqüentemente gerem práticas adequadas (Vasconcelos et al., 2017). Sabe-se que os fatores sociais como o nível de escolaridade interferem tanto no conhecimento quanto na prática da realização do exame citopatológico, entretanto, cabe aos profissionais de saúde transpor essas dificuldades com práticas de aconselhamento e educação que possam favorecer entre as mulheres o autocuidado.

As mulheres entrevistadas neste estudo quando questionadas sobre terem sido orientadas quanto a importância do exame preventivo de câncer de colo de útero e de quando deve refazer-lo, o percentual pode ser considerado insatisfatório se considerarmos a importância de ações como esta. O estado de MS apresentou melhor desempenho no ciclo 1 quando comparado aos demais estados e DF ( $p < 0,001$ ), já quando comparado o ciclo 1 com o ciclo 2, MS não melhorou significativamente suas ações no sentido de orientar as mulheres usuárias dos serviços de saúde, diferentemente dos demais estados e o DF, que melhoraram significativamente o percentual de mulheres que referiram ter recebido tais orientações ( $p = 0,005$ ). Entretanto, mesmo melhorando o percentual de mulheres orientadas não chegou a 50%. A falta de envolvimento da equipe no sentido de educar e envolver as mulheres em seu cuidado pode ser a principal barreira para a melhoria do acesso e qualidade às ações voltadas à prevenção e controle do CCU.

## **Conclusão**

Observou-se que entre o ciclo 1 e 2 da avaliação externa do PMAQ-AB, houve redução no tempo médio entre a realização do último Papanicolaou e a entrevista. A maioria das mulheres entrevistadas realizam seu Papanicolaou na unidade de saúde na qual foram entrevistadas, demonstrando conhecimento sobre onde realizar o exame pelo Sistema Único de Saúde. Em contrapartida o percentual de mulheres que relataram terem sido orientadas quanto a importância da realização do Papanicolaou e sua periodicidade ainda é pequeno, tanto no MS quanto nos estados de GO, MT e no DF.

## **Referências Bibliográficas**

Ackerson K, Gretebeck K. Factors influencing cancer screening practices of underserved women. *J Am Acad Nurse Pract.* 2007 Nov;19(11):591-601.

Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, et al (2009). Pap smear coverage and factors associated with non-participation in cervical cancer screening: an analysis of the Cervical Cancer Prevention Program in Pernambuco State, Brazil. *Cad. Saúde*, 25( Suppl 2 ), 301-9.

Amorim VMSL, Barros MBA (2014). Equity of access to Pap smears: population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol Suppl*, 136-49.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Correa MS, Silveira DS, Siqueira FV, et al (2012). Pap test coverage and adequacy in the South and Northeast of Brazil. *Cad. Saúde Pública* , 28, 2257-66.

Davim RMB, Torres GV, Silva RAR, Silva DAR. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. *Rev. esc. enferm. USP.* 2005; 39( 3 ): 296-302.

Derchain S, Teixeira JC, Zeferino LC. Organized, Population-based Cervical Cancer Screening Program: It Would Be a Good Time for Brazil Now. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016 Apr;38(4):161-3.

Eaker S, Adami H, Sparen P: Reasons Women Do Not Attend Screening for Cervical Cancer: A Population-Based Study in Sweden. *Preventive medicine* 2001, 32(6):482-491.

Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136:E359–86.

Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS, Silva LCM, Brito AML, Azevedo Judson Welber Veríssimo de et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43( 5 ): 851-858.

Gasperin SI, Boing AF, Kupek E (2011). Cervical cancer screening coverage and associated factors in a city in southern Brazil: a populationbased study. *Cad. Saúde Pública*, **27**, 1312-22.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atlas de Mortalidade por Câncer. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em:< <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em 02 jan 2018.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em 02 jan 2018.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

Jorge RJB, Sampaio LRL, Diógenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LL. Fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou. *Rev Rene*. 2011;12(3):606-12.

Labeit A, Peinemann F, Kedir A. Cervical cancer screening service utilisation in UK. *Sci Rep*. 2013;3:2362.

Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Exames Citopatológicos Brasil. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 10 jan 2018.

Muller DK, Dias-da-Costa JS, Luz AM, Olinto MT (2008). Coverage of Pap smear tests in the city of São Leopoldo, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saude Publica*, **24**, 2511-20.

Pinho-França JDR, Chein MBC, Thuler LCS. Patterns of cervical cytological abnormalities according to the Human Development Index in the northeast region of Brazil. *BMC Womens Health*. 2016; 16: 54.

Roman L, Meghea C, Ford S, Penner L, Hamade H, Estes T, Williams KP. Individual, provider, and system risk factors for breast and cervical cancer screening among underserved Black, Latina, and Arab women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014 Jan;23(1):57-64.

Theme Filha MM, Leal MD, Oliveira EF, Esteves-Pereira AP, Gama SG. Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):136.

Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira F V et al . Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2015; 15( 2 ): 171-180.

Valente CA, Andrade V, Soares MBO, Riul da Silva S. Women's knowledge about the Papanicolaou exam. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n.esp 2): 1193-98.

Yabroff KR1, Mangan P, Mandelblatt J. Effectiveness of interventions to increase Papanicolaou smear use. *J Am Board Fam Pract*. 2003 May-Jun;16(3):188-203.

## 6. DISCUSSÃO

Alguns estudos apontam melhores resultados na redução da morbimortalidade por doenças crônicas quando são adotadas estratégias como manejo dos casos de maior risco, planejamento conjunto entre pacientes e profissionais da atenção primária de estratégias singularizadas e multifacetadas. Componentes com efetividade comprovada como análise do contexto, suporte profissional, recomendações claras e simples com base em evidências robustas, boa comunicação, uso de redes bem estabelecidas para troca de informação com especialistas, programas com atividades conjuntas e práticas e grupos pequenos. (SJOSTROM E COLS, 1999; WRIGTH J E COLS, 2006).

Apesar das continuadas análises de procedimento na atenção básica remeterem para neste território, ser possível a inovação metodológica e da construção de novos modos de operar as estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como de conscientizar a população quanto a importância da detecção precoce de doenças crônicas, os modelos estabelecidos pelos sistemas de preenchimento de metas, se reproduzem e parecem não avançar muito, repetindo-se altos índices de morbimortalidade mesmo em áreas com ampla cobertura de serviços.

Os números apresentados nos 02 ciclos do PMAQ-AB não demonstram evolução significativa no sentido de aumentar o acesso e a qualidade dos serviços ofertados. Em alguns casos podem se identificar recuos, inclusive. A razão desse problema está no descompasso temporal que ocorre entre uma evolução muito rápida dos fatores contingenciais do sistema de saúde (transição demográfica, transição nutricional, transição epidemiológica e inovação tecnológica) e a baixa velocidade desse sistema em adaptar-se a essas mudanças por meio de reformas internas (cultura organizacional, arranjos organizativos, modelos assistenciais, modelos de financiamento, sistemas de incentivos e liderança) (MENDES, E.V., 2013)

A falta de preparo/capacitação dos profissionais, especialmente da atenção primária, para a assistência baseada em protocolos e fluxos instituídos pelo Sistema de Saúde é uma inquietação e traz como desfecho fluxos

desordenados, com encaminhamentos de mulheres que deveriam ser tratadas e acompanhadas na própria unidade básica e ao mesmo tempo, "tratam e acompanham" mulheres que, de acordo com a Diretriz Brasileira, deveriam ser investigados com exames especializados (colposcopia, biopsia). (FARIAS E BARBIERI, 2016)

Autores alertam que a qualidade do cuidado em saúde ofertado por um sistema deve estar relacionada com a educação permanente de seus profissionais, utilização de protocolos clínicos e definição de linhas de cuidado. Assim, o seguimento adequado das mulheres atende ao princípio da oferta da atenção integral e contínua. Formar profissionais para atuar no sistema de saúde mostra-se fundamental para a resolução dos problemas e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos. (BATISTA, 2011;CALIFE,2014)

Estudo realizado em um micro-região de saúde do Mato grosso do Sul, aponta para a necessidade de melhorar os sistemas de acompanhamento entre os pontos de atenção, monitorando a mulher permanentemente e a colocando nos pontos de atenção previstos na respectiva rede de atenção. Afinal, compete ao sistema de saúde e não ao cliente a garantia do acesso à assistência. (FARIAS E BARBIERI, 2016)

A criação de redes de saúde e a implementação de linhas de cuidados mais sólidas, podem ser portanto estratégias que aliadas a construção de uma cultura de avaliação e da estruturação de parâmetros avaliativos consistentes, agindo como disparadores de revisão do processo de trabalho das equipes, auxiliem na consolidação da oferta qualificada e da garantia do acesso aos serviços, oportunizando detecção precoce em mulheres de idade de risco, diminuindo assim, os índices de morbimortalidade apresentados até então.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar de consenso acerca da importância da detecção precoce por meio do exame citopatológico para mulheres em idade de risco, assim como, das atividades de educação em saúde e de orientações, todos realizados na Atenção Básica, ainda há muito que avançar no sentido de garantir a eficácia desta estratégias.

Problemas recorrentes como a não cobertura de territórios pelas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde da Família, a ausência de profissionais nas unidades já instaladas, a falta de recursos e materiais e ainda, a prática pouco eficiente de ações de educação e orientação às usuárias acrescidos da dificuldade de absorver informações por estas mulheres, se somam, a questões culturais que impedem um melhor alcance de resultados.

Não obstante, a ampliação da cobertura de AB, sua implantação em pontos estratégicos e de maior vulnerabilidade não podem ser desconsideradas, quando estamos tratando de garantia de acesso.

O PMAQ-AB tem contribuído, no sentido de promover movimentos nas equipes de reformulação ou inovação das estratégias indicadas, buscando assim, melhores resultados e permitindo a comparação de parâmetros com os anos anteriores do programa.

A solidificação do PMAQ-AB e desta cultura de avaliação, consolidando parâmetros comparativos pode vir a indicar uma promissora estratégia de avanço acerca destes resultados.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERSON K, GRETEBECK K. **Factors influencing cancer screening practices of underserved women.** J Am Acad Nurse Pract. 2007 Nov;19(11):591-601.

AKERMAN, Marco. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos /** Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).

ALBURQUERQUE KM, FRIAS PG, ANDRADE CLT, et al. **Pap smear coverage and factors associated with non-participation in cervical cancer screening: an analysis of the Cervical Cancer Prevention Program in Pernambuco State, Brazil.** Cad. Saúde, 25( Supl 2 ), 301-9.,2009

ALMEIDA, M. A. S. **O processo de avaliação do PMAQ-AB: o olhar de uma equipe.** **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos /** Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. **Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago. 2008.

AMORIM VMSL, BARROS MBA (2014). **Equity of access to Pap smears: population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil.** Rev Bras Epidemiol Suppl, 136-49.

ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; PIZZOL, T. S. D. **Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

BATISTA CBK, Gonçalves JSO. **Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado.** Saúde Soc. 2011 Dec; [cited 2015 Sep 18]; 20(4):884-899. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. **Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura.** Ciência em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.204 -212, jan./fev. 2008.

BRASIL Ministério da Saúde. **Curso de Auto Aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. OPAS: Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. **Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA)** [Internet]. [acesso em 26 mar. 2014]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010: **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, Ministério da Saúde 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES**, Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília,DF, Ministério da Saúde 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília,DF :Ministério da Saúde, 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais do pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF Ministério da Saúde 2006.

BRITO-SILVA K, BEZERRA AFB, CHAVES LDP, TANAKA OY. **Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso**. Rev. Saúde Pública. 2014;48( 2 ): 240-248.

CALIFE K. Secretaria Estadual de Saúde/SP. **Linhas de cuidado e a integralidade na atenção à saúde da mulher**. [citado 26 mar 2014]. Disponível: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/rede-cegonha/oficina-ambiencia/apresentacoes/linha\\_de\\_cuidado\\_karina\\_calife.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/rede-cegonha/oficina-ambiencia/apresentacoes/linha_de_cuidado_karina_calife.pdf)

CARNEIRO ACLL, SOUZA V, GODINHO LK, FARIAS ICM, SILVA KL, GAZZINELLI MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. Rev Panamerica Salud Publica. 2012;31(2):115–20.

CARVALHO, VF de, KERBER NPC, WACHOLZ VA, POHLMANN FC, MARQUES LA, FRANCIONI FF. **Access to Papanicolaou Test by the Unified Health System users**. Rev Rene. 2016; 17(2):198-2.

CONILL, E. M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 24, Sup1, p. S7 a S16, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, AP. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Cien Saude Colet 2006; 10(3):705-711.

Correa MS, Silveira DS, Siqueira FV, et al (2012). **Pap test coverage and adequacy in the South and Northeast of Brazil.** Cad. Saúde Pública , 28, 2257-66.

CZERESNIA, D, FREITAS CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

DAMACENA AM, LUIZ LL, MATTOS IE. **Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013.** Epidemiol. Serv. Saúde. 2017; 26( 1 ): 71-80.

DAVIM RMB, TOREES GV, SILVA, RAR, SILVA DAR. **Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau.** Rev. esc. enferm. USP. 2005; 39( 3 ): 296-302.

DERCHAIN S, TEIXEIRA JC, ZEFERINO LC. **Organized, Population-based Cervical Cancer Screening Program: It Would Be a Good Time for Brazil Now.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2016 Apr;38(4):161-3.

EAKER S, ADAMI H, SPAREN P: **Reasons Women Do Not Attend Screening for Cervical Cancer: A Population-Based Study in Sweden.** Preventive medicine 2001, 32(6):482-491.

FARIAS,A.C.B; BARBIERI,A.R. **Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde;** Escola Anna Nery 20(4) Out-Dez 2016.

FERLAY J, SOERJOMATARAM I, DISKSHIT R, et al. **Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012.** Int J Cancer 2015;136:E359–86.

FERNANDES JV, RODRIGUES SHL, COSTA YGAS da, SILVA LCM da, BRITO AML de, AZEVEDO JW, VERISSIMO de et al . **Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil.** Rev. Saúde Pública. 2009; 43( 5 ): 851-858.

FERREIRA MLSM. **Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres.** Esc. Anna Nery. 2009;13( 2 ): 378-384.

FREITAS HG, SILVA MA, THULER LCS. **Câncer do Colo do Útero no Estado de Mato Grosso do Sul: Detecção Precoce, Incidência e Mortalidade.** Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(3): 399-408

GARBOIS, J. A.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. **O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária.** Physis, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008.

GASPERIN SI, BOING AF, KUPEK E (2011). **Cervical cancer screening coverage and associated factors in a city in southern Brazil: a populationbased study.** Cad. Saúde Pública, 27, 1312-22.

GOMES CHR et cols. **Câncer cervivo-uterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em serviço de referência no norte de Minas Gerais.** Rev Bras Cancerol. 2012; 58(1):41-5.

GUIMARÃES R M, Muzi CD, AYRES ARG, RIBEIRO MS, CHAGAS CC, OLIVEIRA JSC. **Aplicação de Três Técnicas para Avaliação de Tendência de Mortalidade por Câncer do Colo do Útero em Série Temporal no Brasil, 1980-2009.** Rev Bras Cancerol 2012;58(3):359-67.

HABICHT JP, VICTORA CG, VAUGHAN JP. **Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact.**International. Journal of Epidemiology 1999;28(1):10-18.

HARTZ Z, organizadora. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.  
INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011  
Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>

INCA -Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Atlas de Mortalidade por Câncer. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva** Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em:< <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em 02 jan 2018.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em 02 jan 2018.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e

Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

JORGE RJB, SAMPAIO LRL, DIÓGENES M.A.R, MENDONÇA FAC, SAMPAIO LL. **Fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou.** Rev Rene. 2011;12(3):606-12.

LABEIT A, PEINEMANN F, KEDIR A. **Cervical cancer screening service utilisation in UK.** Sci Rep. 2013;3:2362.

LINHARES, P.H. et cols. **Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no Estado do Ceará,** Saúde e Debate vol.38 no.spe Rio de Janeiro Oct. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 3-11, 2008.

MENDES, Eugenio Villaça, **Estudos Avançados,** São Paulo, 2013

Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Exames Citopatológicos** Brasil. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 10 jan 2018.

MULLER DK, DIAS-da-COSTA JS, LUZ AM, OLINTO MT (2008). Coverage of Pap smear tests in the city of São Leopoldo, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saude Publica*, **24**, 2511-20.

PINHO-FRANÇA JDR, Chein MBC, Thuler LCS. **Patterns of cervical cytological abnormalities according to the Human Development Index in the northeast region of Brazil.** BMC Womens Health. 2016; 16: 54.

PINTO et cols. **Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Divulg Saúde Debate. 2014; 20(51):145-60.

ROMAN L, MEGHEA C, Ford S, PENNER L, HAMADE H, ESTES T, WILLIAMS KP. **Individual, provider, and system risk factors for breast and cervical cancer screening among underserved Black, Latina, and Arab women.** J Womens Health (Larchmt). 2014 Jan;23(1):57-64.

SAWYER, Diana Oya; Leite, Lúri da Costa; Alexandrino, Ricardo. **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil / Profiles of health services utilization in Brazil** *Ciênc. saúde coletiva*; 7(4): 757-66, 2002.

SJOSTROM, M, Karlsson AB, Kaati G, Yngve A, Green LW, Bygren LO. **A four week residential program for primary health care patients to control obesity and related heart risk factors: effective application of principles of learning and lifestyle change.** *Eur J Clin Nutr.* 1999;53 Suppl 2:S72-7.

SOARES MC, MEINCKE SMK, MISHIMA SM, SIMINO GPR. **Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil.** Esc. Anna Nery. 2010;14(1):90-6.

SOUSA, M. F. **A enfermagem reconstruindo sua prática: uma conquista no PSF.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, n. esp., p. 25-30, dez. 2000.

SOUZA MF, HAMANN EM. **Programa da Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Ciências e Saúde Coletiva. 2009;14(1 supl):1325–35.

SOUZA, H. M. **Programa Saúde da Família: Entrevista.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, n.esp., p. 7-16, dez. 2000.

SOUZA, H. M. **Saúde da Família: desafios e conquistas.** In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, p. 221-240, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:<[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=14609](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609)>. Acesso em: 11 nov. 2013.

TAMAKI O. Y. MAMORU E. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde; Ciência & Saúde Coletiva,17(4):821-828, 2012

TANAKA OY, MELO C. **Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão.** In: Rocha AM, Cesar CLM, editores. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 119-131.

TANAKA, O. U; MELO, C. M. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas.** In: BOSI, M. L. M., MERCADO, F. J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. São Paulo, p.121-136, 2004.

TANAKA,O. Y. e LAURIDSEN-RIBEIRO E. **Para onde caminhamos com avaliação no Brasil? Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos /** Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

THEME Filha MM, LEAL MD, OLIVEIRA EF, ESTEVES-PEREIRA AP, GAMA SG. **Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey,** 2013. Int J Equity Health. 2016;15(1):136.

THULER LCS, de Aguiar SS, BERGMANN A. **Determinants of late stage diagnosis of cervical cancer in Brazil.** Rev Bras Ginecol Obstet 2014; 36: 237-43

THULER LCS, BERGMANN A, CASADO L. **Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009:** Estudo de Base Secundária. Rev Bras Cancerol 2012;58(3):351-7.

TOMASI E, OLIVEIRA TF, FERNANDES PAA, THUMÉ E, SILVEIRA DS, SIQUEIRA F V et al . **Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2015; 15( 2 ): 171-180.

VALE DBAP do, MORAIS SS, PIMENTA AL, ZEFERINO LC. **Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2010; 26(2): 383-390.

VALENTE CA, ANADRADE V, SOARES MBO, Riul da Silva S. **Women's knowledge about the Papanicolaou exam.** Rev Esc Enferm USP. 2009;43(n.esp 2): 1193-98.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health programme evaluation.** Geneva: World Health Organization. (WHO); 1981.

WRIGHT J, HARRISON S, McGEORGE M, PATTERSON C, RUSSEL I, RUSSEL D, et al. **Improving the management and referral of patients with transient ischaemic attacks: a change strategy for a health community.** Qual Saf Health Care. 2006;15(1):9-12. DOI:10.1136/qshc.2005.014704

YABROFF KRL, MANGAM P, MANDELBLATT J. **Effectiveness of interventions to increase Papanicolaou smear use.** J Am Board Fam Pract. 2003 May-Jun;16(3):188-203.

