

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**EMILY NAYANA NASMAR DE MELO**

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO  
À SAÚDE DA MULHER**

**GOIÂNIA**

**2016**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**      **Dissertação**      **Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

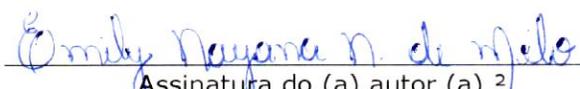
Nome completo do autor: Emily Nayana Nasmar de Melo

Título do trabalho: Redes de Atenção à Saúde: Atenção Básica no Cuidado à Saúde da Mulher

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  SIM      NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

  
Assinatura do (a) autor (a) <sup>2</sup>

Data: 25 / 08 / 2016

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

<sup>2</sup>A assinatura deve ser escaneada.

**EMILY NAYANA NASMAR DE MELO**

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO  
À SAÚDE DA MULHER**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**Linha de Pesquisa:** Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Roverly de Souza

**GOIÂNIA**

**2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Melo, Emily Nayana Nasmar de  
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: [manuscrito] : ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER / Emily Nayana Nasmar de Melo. - 2016.  
XCII, 92 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Marta Rovey de Souza.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2016.  
Bibliografia. Anexos.

1. Atenção Básica à Saúde. 2. Redes de Atenção à Saúde. 3. Avaliação de serviços em saúde. 4. Câncer de Colo do Útero. 5. Câncer de Mama. I. Souza, Marta Rovey de , orient. II. Título.

CDU 614



## ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Aos 31 dias do mês de março de 2016, às 09h, na sala 403 no IPTSP – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Marta Roverly de Souza (Presidente da Banca e Orientadora), Dr. Ruffo de Freitas Júnior (Membro Externo) e Dra. Nilza Alves Marques Almeida (Membro Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: “ Redes de Atenção à Saúde: Atenção Básica no Cuidado à Saúde da Mulher”, em nível de **Mestrado**, área de concentração **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**, de autoria de **Emily Nayana Nasmar de Melo**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Marta Roverly de Souza, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta do mestrando. Terminada a exposição do mestrando e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata aprovada (**Aprovada ou Reprovada**). Cumprindo as formalidades de pauta, às 11:50 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

\_\_\_\_\_  
**Profa. Dra. Marta Roverly de Souza**  
**Presidente e Orientadora / UFG**

\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Ruffo de Freitas Júnior**  
**Membro Externo**

\_\_\_\_\_  
**Profa. Dra. Nilza Alves Marques Almeida**  
**Membro Interno**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho as três mulheres da minha vida:*

*vó Fia,*

*minha mãe Marcília,*

*minha tia Jura.*

*Minhas três mães que são exemplos de luta e vitória; que me ensinaram os valores  
que levarei por toda minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ser meu criador e por me dar forças para seguir em frente.

Aos **meus familiares**, pelo incentivo aos estudos e por torcerem pelo meu sucesso em tudo que propus realizar.

Ao meu esposo, **Luiz Henrique Batista Nascimento**, pela paciência e presteza.

À minha orientadora, **Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marta Roverly de Souza**, que me proporcionou aprendizagens únicas durante o mestrado, pelo incentivo, paciência e amizade, por ser exemplo de profissional brilhante. Seus ensinamentos e sábios conselhos me acompanharão por toda vida.

À **Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nilza Alves Marques Almeida**, por me acompanhar desde a graduação e me proporcionar momentos de aprendizagem na Liga da Mama. Exemplo de humildade e generosidade, sempre disponível e disposta aos momentos de solicitação. Merece todo meu carinho e respeito.

À **Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cleusa Alves Martins** e **Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Edsaura Maria Pereira** pelas valiosas contribuições para redação da dissertação.

Aos **professores do mestrado** pela aprendizagem e reflexão sobre minha vida profissional.

Às amigas e companheiras de mestrado **Alessandra, Ludmila, Patrícia e Renata** pela amizade e incentivo mútuo.

Aos colegas de mestrado, em especial a **Bruna de Castro** e **Frederico Vidigal**, pelos momentos de vivências e aprendizado.

Ao **Júlio Henrique** pelo apoio na análise dos dados. A sua contribuição foi essencial.

Ao meu gestor **José Ricardo Mendonça** por incentivar meu aprimoramento profissional.

Aos meus colegas de trabalho, principalmente **Aline Pereira da Silva** e **Shelsen Leones de Oliveira e Castro**, por compreenderem minha ausência e garantirem que o serviço aos usuários não ficasse prejudicado. O apoio de vocês foi primordial para minha conquista.

Meu muito obrigada por fazerem parte desta conquista.

MELO, ENN. Rede de Atenção à Saúde: Atenção Básica no Cuidado à Saúde da Mulher [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia, 2016.

## RESUMO

Os cânceres de mama e de colo do útero são os mais incidentes entre as mulheres brasileiras e por isso políticas públicas tem sido implementadas com vistas à redução da morbimortalidade por essas neoplasias, com políticas assistências na área de saúde da mulher. Há evidências mundiais e brasileiras de que a melhor forma de conquistar a integralidade é através das Redes de Atenção à Saúde em que a Atenção Básica coordena e organiza o cuidado e, assim, deve ter seu desempenho avaliado. Objetivo: Analisar estrutura e processo da Atenção Básica à Saúde na Rede de Atenção aos Cânceres do colo do útero e da mama no Estado de Goiás. Método: Trata-se de um estudo descritivo, analítico, de corte transversal. As informações foram obtidas a partir do banco de dados de base nacional da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, para o Estado de Goiás. Participaram do estudo 975 Unidades Básicas de Saúde dos 246 municípios do Estado de Goiás que responderam ao módulo I e 1179 profissionais que responderam as entrevistas do módulo II da terceira fase da pesquisa, que compõe a avaliação externa vinculada ao PMAQ-AB. Para análise dos dados, as Regiões de Saúde do Estado de Goiás foram divididas em cinco categorias. Resultados: Na disposição de mesa ginecológica e foco de luz para exame todas as categorias apresentaram resultados satisfatórios. No componente registro das mulheres com requisitos para a realização do exame colpocitológico do colo do útero, 80,3% das Equipes de Atenção Básica do Estado de Goiás afirmaram realizar esta ação, 51,4% das equipes utilizam protocolos de estratificação de risco para o câncer de colo do útero apresentando uma variação muito alta da categoria 1 (28,4%) para a categoria 4 (71,1%). Todas as categorias apresentaram bons resultados para a coleta do exame de Papanicolaou. A categoria 1 apresentou o menor indicador com 24,6% das equipes realizando registro das mulheres elegíveis para o exame de mamografia e utilização de protocolos de estratificação de risco. A categoria 5 apresentou resultados mais satisfatórios nos componentes, solicitação de exame de mamografia (97,7%), registro de usuárias encaminhadas para outros pontos de atenção (49,1%) e realização de busca ativa de mulheres com câncer de mama (80,8%) quando comparadas as demais categorias. A Atenção Básica se mostra frágil na coordenação do cuidado aos cânceres do colo do útero e da mama e, conseqüentemente, a ordenação da assistência nos outros pontos de atenção fica prejudicada. É necessário o investimento dos gestores na implantação e implementação de políticas de saúde mais efetivas que visem o fortalecimento da Atenção Básica e a mudança de comportamento das Equipes de Atenção Básica para melhor desempenho de sua assistência à saúde da mulher.

**Palavras-chave:** Atenção Básica à Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Avaliação de serviços em saúde; Câncer de Colo do Útero; Câncer de Mama.

MELO, ENN. Care Network Health: Primary Care in Care to Women's Health [Dissertation] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia, 2016.

## ABSTRACT

Breast cancers and the cervix are the most incidents among women Brazilian and why public policy has been implemented with a view to reducing morbidity and mortality from these neoplasms, with policies assists in health of women. There are global and Brazilian evidence that the best way to win comprehensiveness is through the Health Care Networks in the Primary Care coordinates and organizes the care and thus should have its rated performance. Objective: To analyze the structure and process of primary care to health in care network to cancers of the cervix and breast in the State of Goiás. Method: This is a descriptive, analytical study, cross-sectional. At information was obtained from the evaluation of the national basic database External Access Improvement Programme and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), second cycle, for the state of Goiás. The study included 975 Basic Health Units of the 246 municipalities in the state of Goiás that answered the module and 1179 professionals who answered the interviews module II of the third phase of the research, which makes up the linked external evaluation the PMAQ-AB. For data analysis, the Health Regions of the State of Goiás were divided into five categories. Results: In the table layout gynecological and focus light for examination all categories results satisfactory. In the women's record component requirements for undertaking the Pap smear of the cervix, 80.3% of Primary Care Teams State of Goiás said perform this action, 51.4% of the teams use risk stratification protocols for cervical cancer presenting a very high variation of category 1 (28.4%) for category 4 (71.1%). All categories showed good results for the collection of examination Papanicolaou. Category 1 had the lowest indicator with 24.6% of the teams performing registration of eligible women for a mammogram and use risk stratification protocols. The category 5, more results satisfactory in components, mammography examination request (97.7%), record of users referred to other points of care (49.1%) and conducting an active search for women with breast cancer (80.8%) when compared to other categories. The Primary Care shown in fragile coordination of care for cervical cancer of the uterus and breast and, consequently, the ordination of assistance in other points of attention is impaired. Investment is required of managers in the implementation and implement more effective health policies to strengthen Primary Care and the change of behavior of primary care teams for better performance of its assistance to women's health.

**Keywords:** Primary Health Care; Care Networks Health; Health Services Evaluation; Cervical Cancer; Breast Cancer.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Estimativa mundial de incidência e mortalidade por câncer de mama, 2012.	20
<b>Figura 2.</b> Estimativa mundial de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero, 2012.	21
<b>Figura 3.</b> Atributos das Redes de Atenção coordenadas pela APS	34
<b>Figura 4.</b> Avaliação normativa e pesquisa avaliativa.	38
<b>Figura 5.</b> Microrregiões de Saúde do Estado de Goiás	44
<b>Figura 6.</b> Disponibilidade de materiais, equipamentos e insumos nas Unidades Básicas de Saúde do Estado de Goiás.	49
<b>Figura 7.</b> Insumos e materiais para realização do exame citopatológico.	50
<b>Figura 8.</b> Razão de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. Goiás, 2002 a 2012.	53
<b>Figura 9.</b> Disponibilidade de materiais, equipamentos e insumos nas Unidades Básicas de Saúde do Estado de Goiás segundo categorias de Regiões de Saúde.	63
<b>Figura 10.</b> Assistência ao câncer do colo do útero nas Regiões de Saúde do Estado de Goiás segundo categoria de região	65
<b>Figura 11.</b> Razão exames citopatológicos de colo útero segundo Região de Saúde (CIR), 2014.	66
<b>Figura 12.</b> Assistência ao câncer de mama nas Regiões de Saúde do Estado de Goiás segundo categoria de região.	68
<b>Figura 13.</b> Razão de mamografias realizadas segundo Região de Saúde (CIR), 2014.	70

**Figura 14.** Os sistemas fragmentados de saúde. 71

**Figura 15.** Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica por Região de Saúde, 2014. 73

**Figura 16.** Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICCSAB) por Região de Saúde, 2014. 74

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** População segundo Macrorregião e Região de Saúde do Estado de Goiás, 2010. 45

**Tabela 2.** Ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) relacionadas ao exame citopatológico do colo do útero no Estado de Goiás, 2013-2014. 52

**Tabela 3.** Ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) relacionadas ao câncer de colo do útero no Estado de Goiás, 2013-2014. 55

**Tabela 4.** Ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) relacionadas ao exame de mamografia no Estado de Goiás, 2013-2014. 57

**Tabela 5.** Ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) relacionadas ao câncer de mama no Estado de Goiás, 2013-2014. 61

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AMQ- Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS - Atenção Primária à Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

DAB - Departamento de Atenção Básica

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESF - Estratégia Saúde da Família

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

GTA - Grupo Técnico de Atenção

IARC - Agência Internacional para Pesquisa em Câncer

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PCATool - Primary Care Assessment Tool

PEC - Programa de Extensão de Cobertura

PMAQ-AB - Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família

PROGRAB - Programa de Gestão por Resultados na Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção a Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFG - Universidade Federal de Goiás

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

## **SUMÁRIO**

<b>APRESENTAÇÃO</b>	16
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	19
<b>2 OBJETIVOS</b>	27
<b>2.1 Objetivo Geral</b>	27
<b>2.2 Objetivos Específicos</b>	27
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	28
<b>3.1 Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil</b>	28
<b>3.2 Redes de Atenção à Saúde</b>	32
3.2.1 Redes de Atenção à Saúde e a Regionalização	35
<b>3.3 Avaliação dos Sistemas de Saúde</b>	37
<b>4 METODOLOGIA</b>	42
<b>4.1 Tipo e Período de Estudo</b>	42
<b>4.2 Local de Estudo</b>	42
<b>4.3 Sujeitos da Pesquisa</b>	43
<b>4.4 Variáveis do estudo</b>	43
<b>4.5 Análise de Dados</b>	44
<b>4.6 Aspectos Éticos e Legais</b>	47
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	48
<b>5.1 Assistência ao Câncer do Colo do Útero na Atenção Básica à Saúde no Estado de Goiás</b>	48
<b>5.2 Assistência ao Câncer de Mama na Atenção Básica à Saúde no Estado de Goiás</b>	57
<b>5.3 Atenção Básica à Saúde como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção aos Cânceres do Colo do Útero e da Mama nas Regiões de Saúde do Estado de Goiás</b>	62
<b>6 CONCLUSÕES</b>	76
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	78

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

79

**ANEXO**

92

## **APRESENTAÇÃO**

Este estudo é resultado dos meus questionamentos acerca da assistência à saúde da mulher, a principal usuária dos sistemas de saúde. Apesar do aumento do conhecimento científico, da disponibilidade de recursos e do incentivo à melhoria da qualidade prestada a esta população, os cânceres do colo do útero e de mama ainda se caracterizam como um problema de saúde pública que requer atenção e estratégias efetivas para seu controle.

Essa inquietação surgiu desde minha graduação em Enfermagem e participação na Liga da Mama - projeto de extensão vinculado ao Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG) e do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFG. Nesse projeto desenvolvíamos atividades educativas, atendimentos ambulatoriais e campanhas de rastreamento e prevenção ao câncer de mama.

Nas campanhas recebíamos usuárias que nunca passaram por avaliação clínica e que muitas vezes se queixavam da dificuldade de acesso a consultas e exames diagnósticos. Algumas mulheres, quando avaliadas, apresentavam condições clínicas compatíveis ao câncer de mama, mostrando a falta de ações para a detecção precoce nos sistemas de saúde do local em que estavam inseridas. Logo, as experiências vividas me fizeram refletir sobre como a assistência à saúde da mulher era desenvolvida nos vários municípios visitados e como a adequação de ações de promoção da saúde, prevenção e detecção precoce do câncer de mama eram primordiais para garantia da integralidade da assistência às mulheres.

Minha trajetória profissional foi desenvolvida sempre no serviço público de saúde. Inicialmente, em um serviço de emergência na capital Goiânia e posteriormente na Estratégia de Saúde da Família no município de Morrinhos. Apesar de diferentes experiências em diferentes cenários, a realidade encontrada nos locais trabalhados se completa. Em muitas situações, pacientes procuravam o serviço de emergência quando não conseguiam que seus problemas fossem resolvidos na Atenção Básica e, assim, um ciclo vicioso se formava. Quando a Atenção Básica não consegue ser resolutiva, os usuários buscam outras formas de acesso para que suas necessidades sejam atendidas.

Posteriormente me ingressei no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com intuito de pesquisar a atuação profissional dos enfermeiros no controle do câncer de mama. Ao encontro da vontade dessa pesquisa me foi oportunizado os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que forneceu dados primordiais para a análise da atenção aos cânceres do colo do útero e da mama na Atenção Básica à Saúde. Fui também participante desse processo sendo uma das profissionais de saúde entrevistadas no segundo ciclo.

Construir este estudo me permitiu conhecer alguns entraves que existem na Atenção Básica, como falta de protocolos clínicos e continuidade do cuidado das usuárias, que impossibilitam a assistência à saúde de forma integral.

Assim, no primeiro momento, apresento na Introdução, dados epidemiológicos dos cânceres do colo do útero e da mama para o Brasil e Estado de Goiás, breve discussão sobre políticas de assistência à mulher e desenvolvimento da Atenção Básica nas ações de promoção, prevenção e detecção precoce destas neoplasias na Rede de Atenção à Saúde, bem como a avaliação da assistência. Ainda é colocada a justificativa do estudo bem como a pergunta que delimita os objetivos propostos.

No segundo momento é apresentado o Referencial Teórico disposto em três eixos: Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, Redes de Atenção à Saúde; Avaliação dos Sistemas de Saúde.

Logo em seguida se descreve a Metodologia do estudo, descritivo de corte transversal, aninhado a uma pesquisa nacional, realizada pelo Ministério da Saúde que avalia a Atenção Básica, além do local e os sujeitos do estudo, a coleta e análise dos dados e as variáveis utilizadas na pesquisa.

No quarto momento é apresentado os Resultados e Discussão agrupados em áreas temáticas: Assistência ao Câncer do Colo do Útero na Atenção Básica em Saúde no Estado de Goiás; Assistência ao Câncer de Mama na Atenção Básica à Saúde no Estado de Goiás; Atenção Básica à Saúde como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção aos Cânceres do Colo do Útero e da Mama.

Finalizando com as conclusões do trabalho, em que respondo os objetivos e em seguida contribuo com minhas considerações finais e recomendações, indicando quais os pontos que precisam ser melhorados para consolidação da Atenção Básica

como coordenadora do cuidado na assistência ao câncer de colo do útero e da mama.

Desejo que este estudo possa contribuir para o aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes de saúde e, conseqüentemente que a assistência às mulheres ocorra de forma integral.

## INTRODUÇÃO

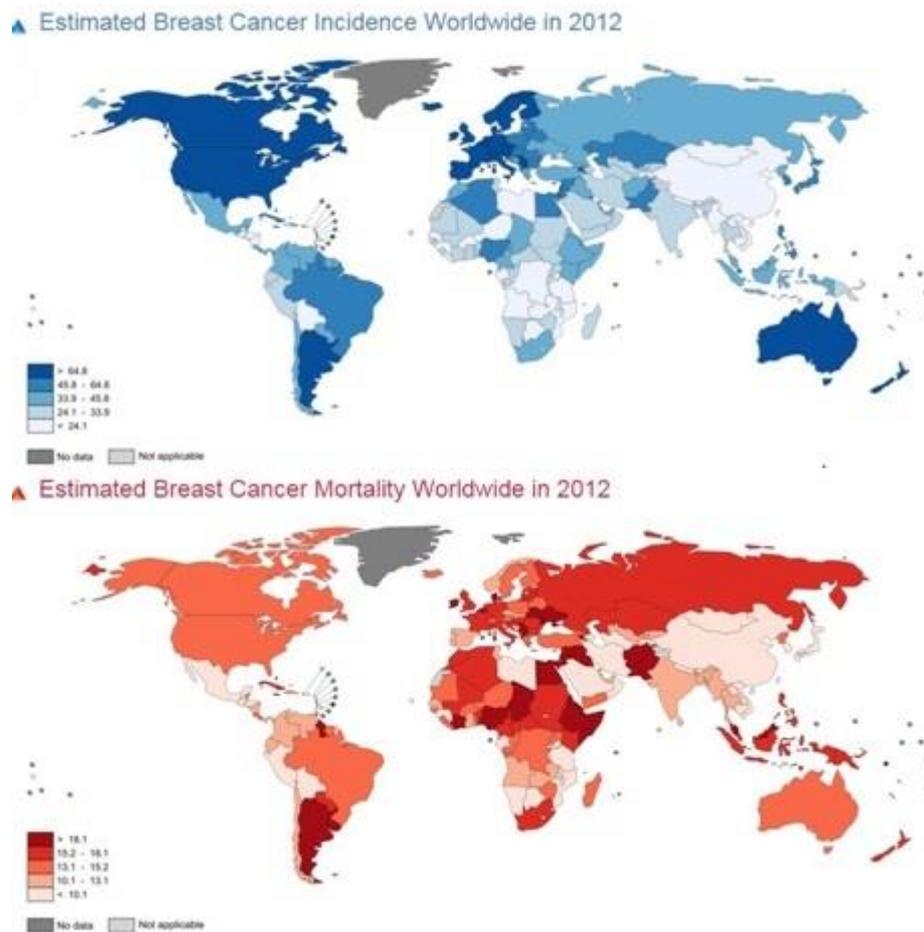
O câncer é um dos principais problemas de saúde pública que afeta tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Com a tendência de aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional espera-se um aumento dos casos de câncer, principalmente em países em desenvolvimento (JEMAL et al, 2011). Em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer (INCA, 2014a).

Estimativas mundiais da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), registram o câncer de mama como o mais incidente em mulheres tanto em regiões mais ou menos desenvolvidas. Com exceção dos tumores de pele não melanoma, esta neoplasia representou 25% do total de casos de câncer no mundo em 2012, com aproximadamente 1,7 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (522.000 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres de regiões menos desenvolvidas e a segunda causa de morte por câncer em mulheres de regiões mais desenvolvidas (Figura 1) (FERLAY et al, 2013).

Já o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo. Cerca de 85% da carga global ocorre nas regiões menos desenvolvidas, sendo responsável por quase 12% de todos os cânceres femininos. É o responsável pelo óbito de 265 mil mulheres por ano, sendo que 9 em cada 10 mortes ocorrem nas regiões menos desenvolvidas (Figura 2) (FERLAY et al, 2013). Com exceção do câncer de pele não melanoma, é o tipo de tumor com maior potencial de prevenção e cura, quando é diagnosticado de maneira precoce (INCA, 2014a).

Seguindo a tendência mundial, os cânceres de mama e de colo do útero são os tipos mais recorrentes entre as mulheres brasileiras (BRITO-SILVA et al, 2014). Quando comparadas aos países em desenvolvimento, as taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil exibem valores intermediários, entretanto são elevadas em relação às de países desenvolvidos com programas de detecção

precoce bem estruturados. Quando estas taxas se referem ao câncer de mama, no Brasil também são registrados valores intermediários, porém o intervalo entre as taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama nos países desenvolvidos são maiores, indicando maior alcance das ações de diagnóstico precoce e rastreamento, além de maior acesso a diagnóstico e tratamento oportunos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

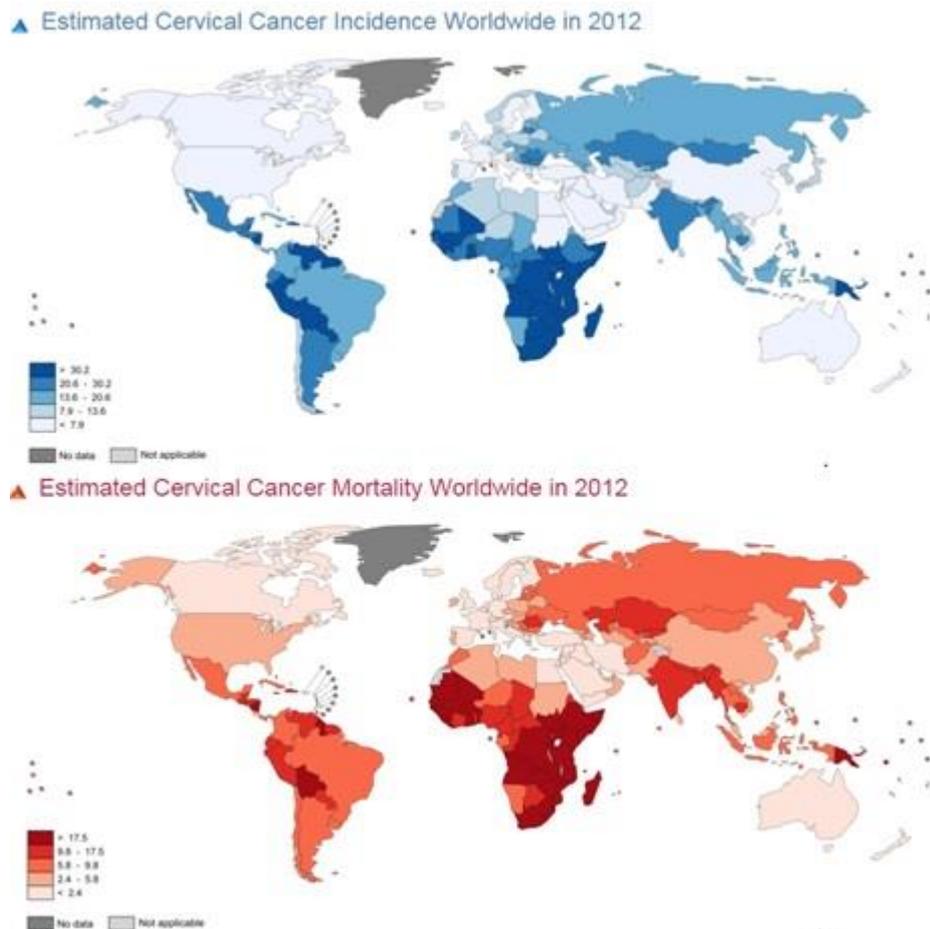


**Figura 1.** Estimativa mundial de incidência e mortalidade por câncer de mama, 2012.

**Fonte:** IARC – OMS, 2015.

Com exceção dos tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é a neoplasia mais frequente entre as mulheres da região Sul (74,30/100 mil), Sudeste (68,08/100 mil), Centro-Oeste (55,87/100 mil) e Nordeste (38,74/100 mil). Na região Norte é o segundo mais frequente (22,26/100 mil). No Estado de Goiás estima-se para o biênio 2016/2017 uma taxa de incidência de 52,09 casos novos por 100 mil

mulheres. Embora considerado, relativamente, um câncer de bom prognóstico quando é diagnosticado e tratado precocemente, as taxas de mortalidade desta neoplasia continuam altas no Brasil (14 óbitos a cada 100 mil mulheres em 2013) (INCA, 2015a).



**Figura 2.** Estimativa mundial de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero, 2012.

**Fonte:** IARC – OMS, 2015.

Os principais fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama estão relacionados a idade, fatores endócrinos e genéticos. Possuem maior risco as mulheres com história de menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se for prolongada por mais de cinco anos (INCA, 2011a; THULER, 2003). A idade é o principal fator de risco, com aumento significativo das taxas de incidência até os 50 anos (INCA, 2014a). Logo, a estratégia mais recomendada para

a detecção precoce deste câncer é o rastreamento por mamografia bienal para mulheres entre 50 a 69 anos, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2015b) e com intervalo anual em mulheres entre 40 e 69 anos de idade segundo o que recomenda a Sociedade Brasileira de Mastologia (URBAN et al., 2012).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é a neoplasia mais frequente entre as mulheres da região Norte (23,97/100 mil) do país. Nas regiões Centro-Oeste (20,72/100 mil) e Nordeste (19,49/100 mil) é o segundo mais incidente. Já na região Sudeste (11,30/100 mil) e Sul (15,17/100 mil) é o terceiro e quarto mais frequente, respectivamente. Para o Estado de Goiás estima-se uma taxa de incidência de 18,76 casos novos por 100 mil mulheres para ao biênio 2016/2017 (INCA, 2015a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero a persistência da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). Porém, apesar da infecção pelo HPV ser necessária, não é suficiente para a evolução da doença. Logo, são também apresentados como fatores de risco para essa doença o início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo, baixa condição socioeconômica, imunossupressão e uso prolongado de contraceptivos orais (INCA, 2011a). A maneira mais efetiva ao controle dessa neoplasia continua sendo o rastreamento pelo exame citopatológico de colo uterino. É um exame rápido, de baixo custo e eficaz na detecção precoce dessa neoplasia (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Diante dos dados apresentados, políticas públicas tem sido implementadas com vistas à redução da morbimortalidade por essas neoplasias, com políticas assistenciais na área de saúde da mulher. Dessa forma, podemos citar o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) que foi implantado e implementado no Brasil na década de 90 (BRITO; NERY; TORRES, 2007).

Com a implantação do PAISM, as ações para a prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama se inserem nas políticas públicas, abordando um cuidado com as mulheres além da atenção ao ciclo gravídico-puerperal (INCA, 2011b). Fruto da luta feminista, o PAISM construiu, ao longo do tempo, conhecimento sobre as demandas das mulheres além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura

na perspectiva materno-infantil. O Programa propôs-se a atender as necessidades mais amplas em saúde, valorizando o contexto sócio-histórico e cultural conforme as necessidades dessa população (COELHO et al, 2009).

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) atualizando e adequando as necessidades presentes no decorrer de 20 anos às proposições do PAISM (COSTA, 2009). A nova política mantém questões relativas à assistência integral à saúde da mulher, desde a atenção ao pré-natal, parto e puerpério até o controle dos cânceres do colo do útero e de mama, e abrange demandas de saúde da mulher de acordo com necessidades identificadas anteriormente (PAZ; SALVARO, 2011)

Prioridade nas políticas públicas de saúde, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama torna-se um desafio para o alcance da integralidade na assistência à saúde da mulher na Atenção Básica (AB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). As estratégias efetivas de controle dessas doenças incluem ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos e devem ser ofertados em uma rede de serviços em tempo oportuno e com qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os desafios enfrentados para a consolidação da Atenção Básica vão além do controle dos cânceres do colo do útero e da mama. É necessário melhorar os processos assistenciais nesse nível de atenção e consolidar a integração da Atenção Primária à Saúde à rede de serviços de saúde em seus diversos níveis (FAUSTO et al, 2014).

Uma política de saúde integral, voltada para grupos específicos, precisa considerar a totalidade do ser humano como objeto do cuidado em saúde e a existência de saberes e práticas de saúde acumulados e organizados em redes de serviços que produzem ações de saúde tendo em vista esse cuidado (SOUTO, 2008).

Assim, há evidências mundiais e brasileiras de que a melhor forma de conquistar a integralidade é através das Redes de Atenção a Saúde (RAS) em diversos territórios e construídas por regiões de saúde articuladas. Assim, o MS reuniu esforços na implantação de RAS e no fortalecimento da AB, pois compreende que esse processo representará um avanço na organização do SUS, nos seus resultados e na sua avaliação pela população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A construção das RAS associada ao significado da integralidade em saúde torna-se essencial quando se considera o aumento progressivo das doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e cânceres, resultantes do envelhecimento da população mundial e na mudança de seu de seu estilo de vida. Para atender as necessidades dessa população os serviços de saúde precisam estabelecer vínculos mais estreitos com os usuários e definir mecanismos que assegurem a longitudinalidade, por meio de linhas de cuidado que envolvam ações de prevenção e promoção e orientem os usuários a caminharem nas Redes de Atenção à Saúde (SILVA, 2011).

As linhas de Cuidado dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama englobam um conjunto de ações e serviços de saúde, determinados com base em critérios epidemiológicos e de regionalização capazes de atuar onde esses cânceres são de alta relevância epidemiológica e social. Envolvem intervenções na promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, abordando diferentes pontos de atenção à saúde que consigam bons resultados clínicos, a custos adequados e embasado em literatura científica disponível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além de ter como atributos o primeiro contato, longitudinalidade e integralidade, cabe a Atenção Básica coordenar e organizar o cuidado nas RAS, acompanhando os usuários longitudinalmente, mesmo quando estes necessitam de cuidados especializados ou de internação (STARFIELD, 2002).

A Atenção Básica como nível primário do sistema de atenção à saúde se organiza como porta de entrada do sistema e prioriza a função resolutiva dos problemas de saúde mais frequentes, para que assim os custos econômicos sejam reduzidos e as demandas da população sejam atendidas, restritas às ações de atenção de primeiro nível (CONASS, 2015).

Uma AB qualificada, organizada e integrada com os demais níveis de atenção garante um controle efetivo dos cânceres do colo do útero e da mama. Nesse contexto, o Ministério da Saúde reafirma como prioridade o controle dessas neoplasias lançando em 2011 o Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, investindo na ampliação da linha de cuidado e articulando para o avanço do planejamento de ações de controle desses dois tipos

de câncer, na busca de uma atenção integral à saúde da mulher no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Programas como o controle das neoplasias de colo uterino e da mama devem ter seu desempenho avaliado, e isso se faz por indicadores de qualidade (PINHO; JODAS; SCOCHI, 2012). Para isso, faz-se necessário a monitorização e avaliação dos sistemas de saúde regionalizados, que possam fornecer dados para o planejamento em todos os níveis de gestão do SUS (DUARTE et al, 2015).

A avaliação deve abordar aspectos da estrutura, processo e resultado, que se interligam e permitem que cada um as use de acordo com as suas necessidades. A estrutura responde pelos recursos humanos, físicos e financeiros. O processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes. Os resultados são mudanças no estado de saúde do indivíduo, bem como as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos e a satisfação do usuário diante do cuidado prestado (DONABEDIAN, 1997).

No SUS, a avaliação é um componente da gestão em saúde que adquire reconhecimento traduzido na existência de múltiplas iniciativas direcionadas para sua implementação. Tem como escopo fundamental garantir suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e reorientar ações e serviços desenvolvidos, julgar a implantação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e medir o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas acerca do estado de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Logo, a qualidade da atenção dos serviços de saúde tornou-se imprescindível tanto tecnicamente quanto socialmente. A população exige principalmente dos órgãos públicos, a qualidade dos serviços que a ela são prestados. Esta exigência resulta na criação de normas e estruturas de avaliação e controle da qualidade assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Assim, para consolidar o sistema de saúde com vistas à construção de redes assistenciais em atenção básica eficazes e resolutivas, coerentes com os níveis de atenção mais complexos, torna-se necessário o desenvolvimento de mecanismos que garantam a qualidade. Então, é de fundamental importância priorizar a qualificação das equipes técnicas em medidas de práticas e capacidades

específicas, mas também para a aquisição de competências avaliativas (FELISBERTO, 2004).

Diante do exposto, este estudo pretende investigar como a Atenção Básica desempenha seu papel como coordenadora do cuidado no controle dos cânceres do colo do útero e de mama na formação da Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero e da Mama no Estado de Goiás e em suas Regiões de Saúde.

A Atenção Básica rege-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, é a principal forma de acesso dos usuários aos serviços de saúde prestados e coordena as RAS. Os cânceres do colo do útero e da mama são as principais neoplasias que atingem as mulheres no mundo, Brasil e Unidades da Federação como o Estado de Goiás e políticas públicas tem sido adotadas para o controle destes agravos como a criação da Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero e da Mama. Dessa forma, esta pesquisa propõe caracterizar como a Atenção Básica executa seu papel como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero e da Mama no Estado de Goiás considerando os dados do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Caracterizar a estrutura e processo da Atenção Básica à Saúde na Rede de Atenção aos Cânceres do Colo do Útero e da Mama no Estado de Goiás

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar a disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos na Atenção Básica à Saúde para a assistência ao câncer do colo do útero;
- Descrever as ações e procedimentos ofertados pela Atenção Básica à Saúde na atenção aos cânceres do colo do útero e de mama;
- Caracterizar a coordenação do cuidado aos cânceres do colo do útero e da mama pelas Regiões de Saúde do Estado de Goiás

## 3 REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil

A partir do século XX, a Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou destaque na organização das ações dos sistemas de saúde de diversos países, ajustando-se em cada realidade. Com o passar dos anos, as práticas de saúde relativas à APS se alteraram, assim como as percepções quanto ao seu escopo se diferenciaram para os distintos atores envolvidos no campo da saúde (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Historicamente, a ideia de APS foi utilizada pela primeira vez como forma de organização dos sistemas de saúde no Relatório Dawson, em 1920 (MATTA; MOROSINI, 2007). Este documento, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, é pioneiro ao utilizar o conceito de APS em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. Essa concepção influenciou a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Na década de 70, iniquidades no campo da saúde, acompanhadas do aumento dos custos da atenção à saúde em todo mundo, levantaram discussões sobre a APS no cenário internacional acerca de alternativas viáveis para a extensão dos cuidados à saúde a todos os que de alguma forma não eram assistidos. Procurou-se estimular a discussão de alternativas capazes de cumprir o objetivo da extensão dos cuidados à saúde, bem como de experiências de cuidados primários existentes à época (AGUIAR, 2003).

Assim, em 1977, na Assembleia Mundial de Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe como principal meta dos governantes a “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT 2000). No ano seguinte acontece o marco histórico mundial: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Promovida pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e realizada em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, essa conferência aprova o documento Declaração de Alma-Ata e adota a APS como estratégia para alcançar a meta SPT 2000 e é

indicada como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz (CASTRO, 2009).

O relatório final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde apresentou a APS como o primeiro nível de atenção, responsável pelo desenvolvimento de ações prioritárias, estratégicas e de alto impacto na saúde da população, e definiu cuidados primários de saúde como:

*Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são o ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento social e econômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (OMS/UNICEF, 1979,p.14).*

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), a Declaração de Alma-Ata recebeu críticas de agências internacionais que a consideravam muito abrangente e pouco propositiva. Assim, com adversidades e governos conservadores, foi-se desenvolvendo um embate entre a concepção de uma APS integral e abrangente e a concepção restrita de APS, prevalecendo a última.

Nos anos 80, a APS seletiva torna-se hegemônica. Na América Latina, fatores econômicos e políticos resultaram na priorização de proteção social assistencial focalizada em grupos populacionais em extrema pobreza e na saúde, uma cesta restrita de serviços (GIOVANELLA, 2008).

No Brasil, a APS passou a ter maior visibilidade a partir da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980. No passado, a APS limitava-se às experiências da medicina comunitária e dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC) das décadas de 1960 e 1970 (PAIM, 2002 apud PAIM, 2006).

Nesta conferência, o MS anuncia o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), programa desenvolvido prioritariamente nas áreas rurais, pequenos centros urbanos e áreas de maior densidade de pobreza das cidades de médio e grande porte. Com financiamento prioritário, tecnologia simplificada e

redução de custo, as ações seriam desenvolvidas por pessoal auxiliar e elementar, sem prejuízo da eficácia e com aumento da produtividade (RIBEIRO, 2007).

De acordo com PAIM (2006), o MS utiliza Atenção Básica provavelmente para dispersar a ideia da APS correspondente à “atenção primitiva de saúde”. Verifica-se uma defesa da Atenção Básica como primeiro nível de atenção e como estratégia de reorientação do sistema de saúde, reconhecendo-a como primordial.

No Brasil, na década de 1990 a APS ganha destaque na política nacional. Devido às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e o processo de descentralização, a APS firma-se na agenda setorial e ganha investimento na ampliação do acesso à saúde (CASTRO; MACHADO, 2010).

Nesse contexto algumas cidades do Ceará constituíam o primeiro projeto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), alcançando resultados expressivos na redução da morbimortalidade infantil. Em 1991, com o sucesso da estratégia, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) torna-se política nacional pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), voltando-se prioritariamente para os estados do Norte e Nordeste (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Na mesma época, em alguns contextos locais desenvolviam-se também experiências de formação de equipes de saúde da família, que ampliavam o escopo da atuação dos ACS. Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) alcançou status de política nacional e passou a priorizar as áreas de maior risco social. Em 1996, com a aprovação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96), o PACS e o PSF são priorizados pelo MS como estratégias para o fortalecimento da APS nos sistemas municipais de saúde (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Estudos e pesquisas realizadas pelo MS revelaram que a implantação do PSF em municípios com pequena capacidade instalada, com deficiências na rede de serviços, encontrou inicialmente facilidades operacionais, porém a médio prazo apresentaram problemas quanto à sustentabilidade do profissional médico, dificultando a criação de vínculo com o usuário. Já em municípios de grande porte e com maior rede de serviços os obstáculos enfrentados foram a dificuldade de adscrição da clientela e o frágil reconhecimento deste sistema de saúde como porta de entrada (TANAKA, 2011).

A necessidade de melhor organização do sistema de atenção e da construção de redes integradas e sistemas funcionais de atenção à saúde resultaram em debates políticos e acadêmicos. O ponto central da discussão são as mudanças no modelo assistencial, principalmente aquelas almejadas na APS impulsionadas por incentivos federais para a implementação do PSF (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

As discussões internacionais e nacionais sobre estratégias de APS foram intensificadas na última década, e ações para fortalecê-la fazem parte das reformas de saúde em diversos países europeus e latino-americanos (GIOVANELLA, 2008).

Assim, a partir de 2003, o MS inicia a primeira fase do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), que busca a reformulação da Atenção Básica através do Programa Saúde da Família (FACCHINI et al, 2006). Esse projeto consiste em três componentes: expansão da estratégia em municípios de grande porte; desenvolvimento de recursos humanos; e monitoramento e avaliação. Como a maioria da população brasileira reside nos grandes centros urbanos, o PROESF foi direcionado para esta realidade, mantida ainda hoje. Portanto, o MS assumia uma prioridade que, de fato, obteve mais críticas (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), resultado do acordo firmado entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), expandiu o escopo da AB e reafirmou a saúde da família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da AB. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, a atenção básica deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (GIOVANELLA et al, 2009).

A PNAB tem mostrado resultados importantes. Cada vez mais a APS está na pauta política de gestores públicos e o acesso aos serviços de saúde tem sido ampliado, além do aumento da satisfação dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão instaladas próximo de onde as pessoas moram e exercem função central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade pela população. Para isso, estas unidades devem estar equipadas com infraestrutura adequada ao atendimento, sendo um desafio para o MS que o enfrenta através de investimentos. Essa atuação faz parte da estratégia Saúde Mais

Perto de Você, importante na expansão e desenvolvimento da AB no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Saúde Mais Perto de Você é uma iniciativa do Departamento de Atenção Básica (DAB) para o cuidado da população no ambiente em que vive e inclui a programas e políticas como a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Brasil Sorridente, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), PROESF, entre outros programas, ações e estratégias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

A importância da APS vai além das características descritas, ao se perceber que com ela são obtidos melhores resultados em saúde, com custos mais baixos e com maior equidade. É necessário analisar a eficácia e a efetividade de um sistema de saúde avaliando os resultados alcançados pela APS que se consolida na efetividade, equidade e eficiência dos serviços de saúde prestados a população (STARFIELD, 2007).

Pactuada e publicada em 2011, a nova PNAB prevê uma Atenção Básica que desenvolva ações de saúde de forma integral que melhore a situação de saúde das pessoas, aumentando a autonomia dos usuários frente aos determinantes de saúde das coletividades. Para isso deve integrar práticas de cuidado e gestão, visando o trabalho em equipe e o uso de tecnologias de cuidado complexas e variadas, que ajudem no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância nas populações sob sua responsabilidade sanitária. Reafirma seus princípios e atributos e indica que para o efetivo alcance da integralidade deve atuar na gestão do cuidado do usuário coordenando seu cuidado nas Redes de Atenção à Saúde, mesmo que necessite de serviços em outros pontos de atenção (PINTO; SOUSA; FLOR ÊNCIO, 2012).

### **3.2 Redes de Atenção à Saúde**

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações que articulam um conjunto de serviços de saúde, direcionadas a objetivos comuns e desenvolvidas por ação cooperativa e interdependente. Coordenada pela Atenção Primária contribui para uma atenção contínua e integral a determinada população (MENDES, 2009a).

A proposta das RAS surgiu no Relatório Dawson, documento que fundamentou o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido em 1920 (DAWSON, 1964). Como proposição atual, as RAS surgiram nas experiências de sistemas integrados de saúde na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. A partir daí, prosseguiram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até chegarem em alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2011).

Em 2009, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publica um documento oficial que propõe redes integradas de serviços de saúde como opção para a fragmentação dos sistemas de saúde. Esse documento serviu de base para que os países da Região das Américas e do Caribe aprovassem n° 49 Conselho Diretivo da OPAS a Resolução CD49.R22 em que se comprometem a implantar as Redes de Atenção à Saúde em seus respectivos territórios (OPAS, 2010).

Esse documento determina 14 atributos das RAS distribuídos em quatro esferas de abordagem: modelo assistencial, governança e estratégia; organização e gestão; e alocação de recursos financeiros e incentivos (OPAS, 2011) (FIGURA 3).

No Brasil, as RAS não foram amplamente desenvolvidas por se tratar de um tema recente no desenvolvimento das políticas de saúde. Todavia, estudos de caso indicam que as RAS podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS, semelhante ao que acontece em países desenvolvidos (MENDES, 2009b).

Segundo Mendes (2010) as RAS são compostas por três elementos: população, estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é a razão de ser das RAS e está colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. A estrutura operacional é formada pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que conduzem a comunicação entre esses diferentes nós. Os sistemas de apoio, terceiro componente das RAS, são os lugares institucionais que prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, formados pelos campos de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde.

As RAS são estruturalmente mais adequadas para concretização da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos. Asseguram a longitudinalidade através de

linhas de cuidado e linhas-guia, que abrangem desde a promoção até o tratamento (SILVA, 2011).

<b>OS ATRIBUTOS DAS REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS<sup>5</sup></b>	
<b>1. Modelo assistencial:</b>	
<b>Atributo 1:</b>	População e territórios definidos e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências nas questões de saúde que determinam a oferta dos serviços.
<b>Atributo 2:</b>	Uma extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e que integra os programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas, os serviços de saúde pessoais e os serviços de saúde pública.
<b>Atributo 3:</b>	Um primeiro nível de atenção multidisciplinar que cobre toda a população e que serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população.
<b>Atributo 4:</b>	Prestação de serviços especializados nos lugares mais apropriados e que se oferecem preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.
<b>Atributo 5:</b>	Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.
<b>Atributo 6:</b>	Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população.
<b>2. Governança e estratégia:</b>	
<b>Atributo 7:</b>	Um sistema de governança único para toda rede.
<b>Atributo 8:</b>	Participação social ampla.
<b>Atributo 9:</b>	Ação intersetorial e abordagem dos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde.
<b>3. Organização e gestão:</b>	
<b>Atributo 10:</b>	Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico.
<b>Atributo 11:</b>	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.
<b>Atributo 12:</b>	Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com a decomposição dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia e outras variáveis pertinentes.
<b>Atributo 13:</b>	Gestão baseada em resultados.
<b>4. Alocação de recursos financeiros e incentivos:</b>	
<b>Atributo 14:</b>	Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.

**Figura 3.** Atributos das Redes de Atenção coordenadas pela APS.  
**Fonte:** OPAS, 2011

No SUS, a estruturação das RAS é beneficiada pelo Pacto de Gestão e se constitui em uma das estratégias para sua regionalização. Para isso é necessário a cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado (LAVRAS, 2011).

### 3.2.1 Redes de Atenção a Saúde e a Regionalização

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) criou e definiu os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi regulamentado pelas Leis n 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e n 8.142/90 (BRASIL, 1990b) e construído pelas Normas Operacionais. Estas são realizadas em acordo com as três esferas de governo e consolidadas em Portarias Ministeriais (CONASS, 2007).

Desde então, além de constituir a universalização do acesso, a estruturação da atenção à saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada é a principal característica que orienta a organização do SUS (SILVA, 2011; DUARTE et al, 2015).

Em 2006 é lançado o Pacto pela Saúde, que inclui o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Este último estabelece diretrizes para a gestão do sistema em questões de Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada – PPI, Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

A regionalização destaca-se como um processo de organização das ações e dos serviços de saúde, em uma região, com o objetivo de assegurar a integralidade da atenção, a racionalidade dos gastos efetuados, a otimização dos recursos e a equidade, garantindo assim o direito à saúde. É uma ferramenta de gestão na organização do sistema de saúde para garantir uma alocação eficiente da assistência dos cuidados em saúde (FERREIRA, 2011).

A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) foi contemplada nas Normas Operacionais Básicas (NOB) e nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). A NOAS-SUS 01/2002, regulamentada pela Portaria MS/GM nr 373/2002, não só institui mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, como também determina o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de procura de maior equidade. Assim, cada estado e o Distrito Federal devem instituir o Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento para o processo de regionalização (BRASIL, 2002).

Em 2004, a Secretaria da Saúde do Estado de Goiás elabora o PDR do estado que contempla o planejamento envolvendo os municípios na definição de espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, fluxos de referência e investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e funcionais. Para isso, buscou observar o perfil sócio-econômico, demográfico e epidemiológico da população, para identificar assim, problemas de saúde prioritários e a distribuição espacial da população, para garantir a cobertura de ações e serviços de saúde, por área geográfica, incluindo os recursos físicos, humanos e financeiros, visando à garantia do acesso e à distribuição equânime de recursos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2004).

Essa regionalização exige a implantação de estratégias de cogestão em que a tomada de decisão caracteriza-se pela negociação permanente para a construção de consensos e compromissos entre os gestores do SUS fortalecendo a articulação interfederativa. Logo, a Região de Saúde constitui-se como território para se exercer a governança do sistema de saúde, nos vários fóruns de discussão, inclusive no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR), em que se reúnem gestores dos SUS para a tomada de decisão (CONASS, 2015).

Conforme o Decreto 7.508/2011, a Região de Saúde é:

*Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).*

E na sua organização, a Região de Saúde deve conter no mínimo serviços de Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011).

Em Goiás, a regionalização da assistência à saúde procura contemplar o planejamento integrado com ênfase nas noções de territorialidade, identificação de prioridades para intervenção e sistemas funcionais de saúde adequados, visando garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde com equidade, universalidade e integralidade. E em conformidade com o decreto 7.508/2011, divide-se nas Macrorregiões Nordeste, Centro Oeste, Centro Norte, Centro Sudeste e Sudoeste. Estas Macrorregiões estão subdivididas em 17 regiões de saúde, agrupando os 246 municípios goianos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2013).

Estruturar um sistema de saúde com foco na regionalização detém um aumento na responsabilidade de ação e decisão do município e do seu gestor, considerando as necessidades em saúde da população, a oferta de serviços e tecnologias e recursos indispensáveis à atenção à saúde, com vistas a equilibrar aspectos epidemiológicos, técnicos e políticos na tomada de decisão da política loco-regional (PICOLO; CHAVES; AZEVEDO, 2009).

### **3.3 Avaliação dos Sistemas de Saúde**

A avaliação das ações de saúde vem ganhando espaço em processos de planejamento e gestão, assumindo as especificidades de cada contexto (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Segundo Contandriopoulos (1992, p. 31)

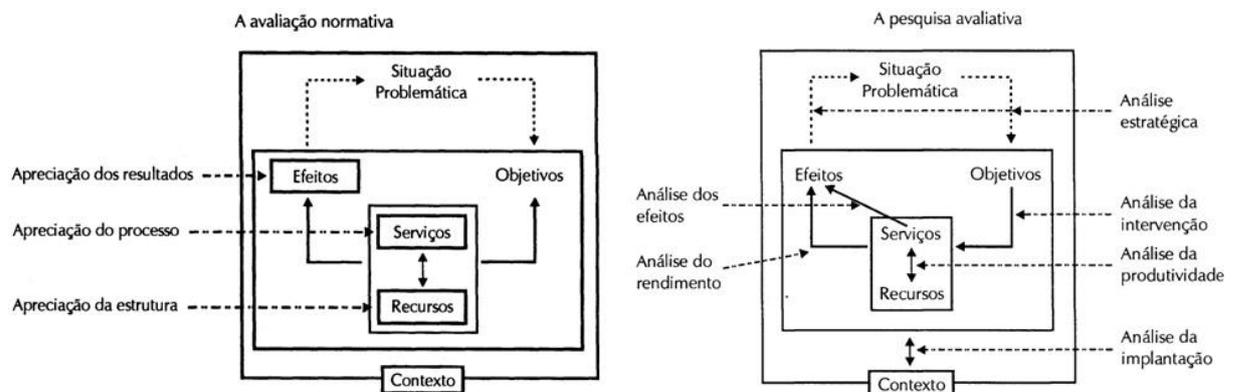
*Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).*

A avaliação normativa consiste em emitir juízo de valor sobre uma intervenção, comparando a forma do emprego dos recursos (estrutura), a produção de bens e serviços (processo) e os resultados obtidos com os fundamentos e normas. Já pesquisa avaliativa é a emissão de juízo de valor após uma intervenção utilizando métodos científicos, analisando sua pertinência, fundamentos teóricos e produtividade, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (Figura 4) (Contandriopoulos, 1992).

É do gestor a responsabilidade e a competência formal da tomada de decisão. Além de utilizar o seu conhecimento pessoal, como referências técnicas e institucionais, ele utiliza informações resultantes do processo avaliativo e a percepção que tem do problema identificado, e partir disso constrói uma convicção e toma uma decisão, recrutando recursos necessários (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A ideia de qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliações sistêmicas, fazendo parte da rotina das instituições. Esse conceito se faz presente na necessidade de institucionalizar a avaliação em todos os níveis do sistema de

saúde, criando uma cultura de avaliação, instituindo que qualquer decisão seja tomada baseada em evidências comprovadas (CONTANDRIOPOULOS, 2006).



**Figura 4.** Avaliação normativa e pesquisa avaliativa.  
**Fonte:** Contandriopoulos, 1992

Segundo Donabedian (1997), a avaliação da qualidade dos serviços de saúde gira em torno de três eixos intimamente interligados definidos em estrutura, processo e resultado e evidencia a importância de uma estrutura adequada para o alcance dos processos assistenciais e, assim, obter resultados em saúde satisfatórios.

Os componentes relativamente permanentes e necessários ao processo assistencial como área física e recursos humanos estão ligados ao eixo da estrutura. O processo responde pela prestação da assistência segundo métodos técnicos-científicos, como a identificação de problemas, diagnóstico e cuidados prestados. E o componente resultados identifica-se pelas consequências das ações realizadas nos serviços de saúde ou pelo profissional, que refletem no estado de saúde dos pacientes, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador (D'INOCENNZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

De acordo com Savassi (2012), na avaliação de qualidade do setor saúde é necessário considerar dois públicos-alvo: os clientes internos, como profissionais do serviço, setor de pessoal e departamentos de gestão; e, clientes externos, como usuários, familiares e serviços complementares.

Incorporar a avaliação à rotina dos serviços é admitir a necessidade do fortalecimento e/ou desenvolvimento da competência técnica para seguir as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou essenciais ao planejamento e à

gestão, como recurso de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação de sujeitos envolvidos como gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa (FELISBERTO, 2004).

A avaliação no campo das políticas públicas como instrumento do planejamento e da gestão é extremamente pertinente, pois indica a direção das principais conquistas no processo de implementação da política de descentralização do setor saúde. A abordagem avaliativa, centrada na explicação da realidade da transformação resultantes da gestão pública, incide em conectar tais transformações ao processo decisório e ao planejamento das atividades, em contrapartida, trata de separar o processo de formulação e de implementação de políticas, bem como ressalta a diferença entre planejamento e execução de programas (BODSTEIN, 2002).

A gestão da qualidade em organizações públicas requer não só uma mudança gerencial ou de financiamento, mas também uma reorganização da cadeia produtiva com novas ideias e ruptura de paradigmas assistenciais que concedam uma cultura organizacional que resulte em qualidade no atendimento. E essa construção de um novo paradigma mundial dos sistemas de saúde indica a APS como reestruturante (SAVASSI, 2012).

A gestão procura otimizar a dinâmica das organizações a fim de que estas obtenham o máximo de eficiência (relação entre o que foi produzido e os recursos que foram empregados), eficácia (alcance dos objetivos estabelecidos) e efetividade (solução dos problemas identificados e precisa encontrar a melhor maneira possível de aplicar os recursos disponíveis para alcançar seus objetivos. Assim, ela é institucionalizada através da formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A institucionalização da avaliação tem contribuição direta na qualificação da AB, pois promove a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS e que abarcam vários aspectos da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

Savassi (2012) afirma que houve várias iniciativas de qualificação da atenção no SUS, embasadas em ferramentas de planejamento, como a “Sala de Situação”, que provia ao gestor municipal dados para consolidação de informações locais.

Instrumento de monitoramento e avaliação de atividades na AB, a “Sala de Situação” é uma ferramenta de diagnóstico situacional de saúde, específica para equipes de Saúde da Família, em que vários indicadores retratam a situação da unidade, associando demanda *versus* oferta (dados demográficos, estrutura de saúde e profissionais envolvidos) e dados de produtividade (internações, consultas, visitas domiciliares e exames complementares). Assim, a situação era classificada em: vermelha (situação ruim), amarela (sinal de alerta) e verde (situação boa) (BUENO, 2003).

A partir de 2003, o MS inicia a primeira fase do PROESF, com apoio do Banco Mundial. Esse projeto consiste em três componentes: expansão da estratégia em municípios de grande porte; desenvolvimento de recursos humanos; e monitoramento e avaliação (BORGES; BAPTISTA, 2010). Inserido no terceiro componente do PROESF está a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) que foca na autonomia de gestão do processo de trabalho das equipes, por meio de parâmetros inclusos em cinco instrumentos de autoavaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Com o objetivo de instrumentalizar as equipes locais de AB para a concretização do princípio de planejamento e programação para o desenvolvimento de atividades com base em diagnóstico situacional e com o foco na família e comunidade, o MS elabora o *software* PROGRAB (Programa de Gestão por Resultados na Atenção Básica). Essa ferramenta possibilita a programação de ações de AB para a população adscrita à equipe de Saúde da Família ou unidades básicas de saúde e a produção de informação para subsidiar a implementação de projetos de gestão por resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c).

Devido a ausência de instrumentos para mensurar estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde brasileiros, em 2010 validou-se para a língua portuguesa o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) proposto por Starfield & cols. (STARFIELD; XU; SHI, 2000). O PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Esse instrumento foi uma das bases para a construção da ferramenta Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), segunda fase do PMAQ-AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c).

O MS tem desenvolvido uma gestão pública baseada em monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, de forma a garantir a toda população o acesso e qualidade da atenção à saúde. Dessa forma sugere diversas ações centradas na qualificação da AB, podendo ser destacada o PMAQ-AB que tem como principal objetivo a indução da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade prestada na AB, garantindo um exemplo de qualidade com maior transparência e efetividade das ações do governo direcionadas à AB em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012d).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo e Período de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal. As informações foram obtidas a partir do banco de dados de base nacional da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo. A coleta de dados da pesquisa nacional foi realizada em dezembro de 2013 a março de 2014 por meio de entrevista eletrônica.

O PMAQ-AB é um programa do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS voltado para a melhoria do acesso e qualidade da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, definido pela portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Este programa está organizado em quatro fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento (Autoavaliação, Monitoramento, Educação permanente e Apoio Institucional); Avaliação Externa; e Recontratualização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012d).

A etapa de avaliação externa consiste no levantamento de informações que contemplam a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de Atenção Básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e estudo de base populacional, sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da Atenção Básica em saúde. Paralelamente à avaliação externa do PMAQ-AB, realizou-se um censo para avaliar a estrutura de todas as UBS do território nacional.

Esta avaliação foi realizada por pesquisadores de instituições de pesquisa e de ensino superior, conformando seis consórcios, numa parceria com o Ministério da Saúde. O estado de Goiás faz parte do consórcio composto pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Maranhão e Distrito Federal, cuja coordenação geral está localizada na Universidade Federal de Pelotas – RS e a coordenação local na Universidade Federal de Goiás (UFG).

### **4.2 Local de Estudo**

O estudo utilizou a base de dados obtida na pesquisa vinculada ao PMAQ-AB, segundo ciclo, para o Estado de Goiás, abrangendo todos os municípios que aderiram ao programa.

O Estado de Goiás está localizado na região Centro-Oeste do Brasil e ocupa uma área de 340.111,780 km<sup>2</sup>. É o 7º Estado do País em extensão territorial. Limita-se ao norte com o Estado do Tocantins, ao sul com Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com Mato Grosso. Goiás possui 246 municípios e envolve quase todo o Distrito Federal (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2013).

Segundo projeção intercensitária de 2012, o Estado de Goiás apresenta uma população de 6.154.996 habitantes. Está dividido em 5 Macrorregiões de saúde: Nordeste, Centro Oeste, Centro Norte, Centro Sudeste e Sudoeste. Estas Macrorregiões estão subdivididas em 17 regiões de saúde agrupando os 246 municípios goianos, segundo Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2012 (Figura 5). No processo de descentralização e hierarquização da saúde, cada uma delas possui um município sede da Regional de Saúde, representando a Secretaria de Estado da Saúde, com ações administrativas e técnicas (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2013). A Tabela 1 apresenta a população e o município polo de cada região de saúde.

### **4.3 Sujeitos da Pesquisa**

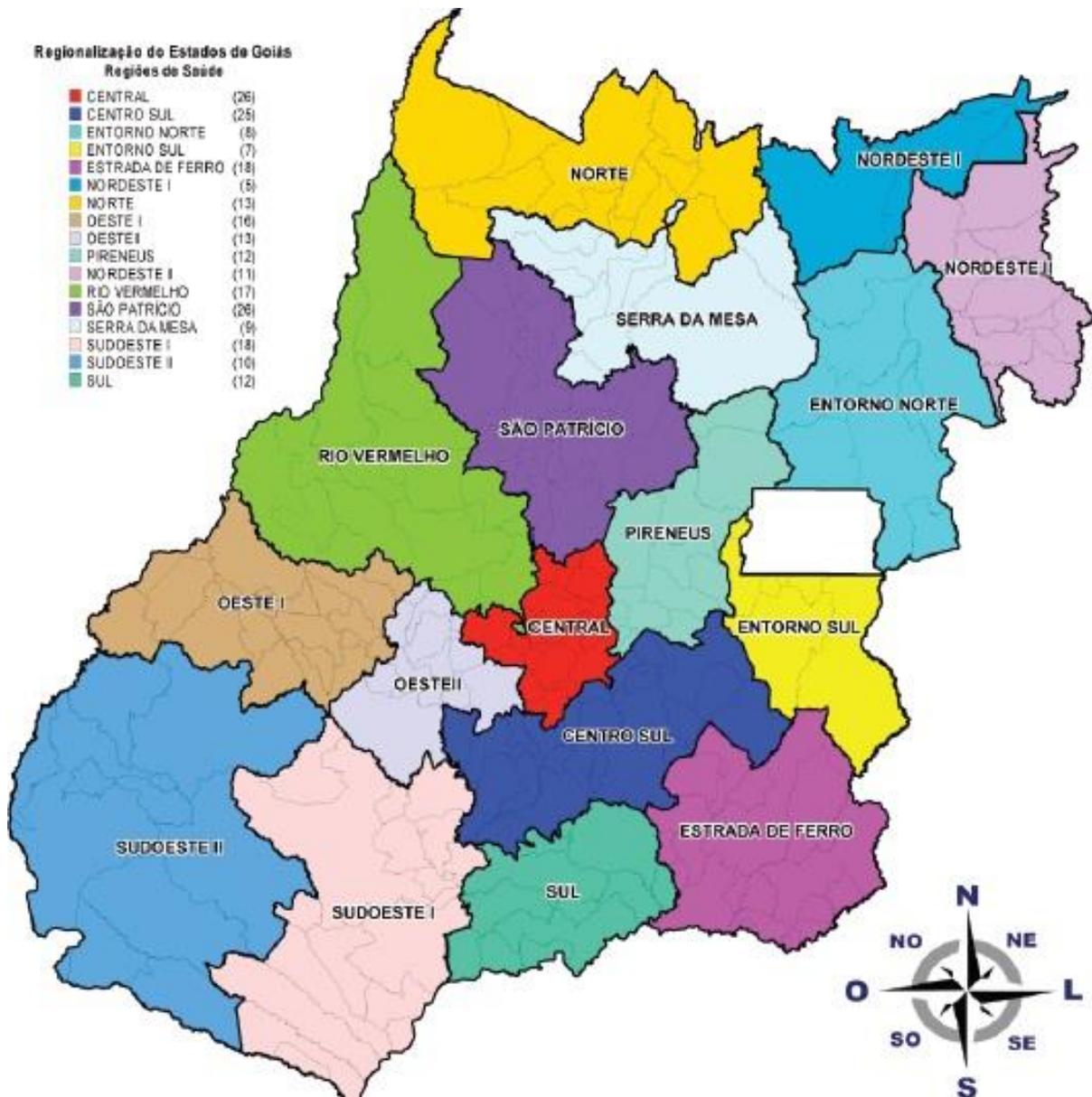
Participaram do estudo 975 Unidades Básicas de Saúde dos 246 municípios do estado de Goiás que responderam ao módulo I e 1179 profissionais que responderam as entrevistas do módulo II da terceira fase da pesquisa, que compõe a avaliação externa vinculada ao PMAQ.

A avaliação externa do PMAQ-AB somente foi efetuada nas UBS que a solicitaram, por meio da adesão voluntária ao Programa. Não foram incluídas as UBS localizadas em presídios, escolas, unidades móveis, nem as fluviais.

### **4.4 Variáveis do Estudo**

Para realizar a análise quanto aos serviços de atenção ao câncer do colo do útero e da mama oferecido pelas Unidades Básicas de Saúde do estado de Goiás participantes do PMAQ-AB, foram utilizadas as variáveis descritas no Quadro 1 que

estão subdivididas por bloco, segundo os módulos do instrumento de avaliação externa.



**Figura 5.** Microrregiões de Saúde do Estado de Goiás  
**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde

#### 4.5 Análise de Dados

Ao final de cada entrevista, os dados foram enviados para um banco de dados do Ministério da Saúde, por meio da utilização de tablets e via uma rede de internet. Após o envio, esses dados foram agrupados em módulos I e II.

**Tabela 1.** População segundo Macrorregião e Região de Saúde do Estado de Goiás, 2010.

POPULAÇÃO MACRORREGIÃO	REGIÃO/POPULAÇÃO	MUNICÍPIO POLO	NR DE MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A REGIÃO
Centro Oeste 2.054.723	Central - 1.642.963	Goiânia	26
	Rio vermelho - 191.636	Goiás	17
	Oeste I - 113.883	Ipora	16
	Oeste II - 106.241	São Luis de Montes Belos	13
Centro Norte 1.023.991	Norte - 136.922	Porangatu	13
	Serra da Mesa - 119.410	Uruaçu	9
	Pireneus - 482.574	Anápolis	12
	São Patrício - 285.085	Ceres	26
Nordeste 1.092.945	Entorno Norte - 228.055	Formosa	8
	Entorno Sul - 727.628	Luziânia	7
	Nordeste I - 43.514	Campos belos	5
	Nordeste II-93.748	Posse	11
Sudoeste 577.119	Sudoeste I -379.472	Rio verde	18
	Sudoeste II - 197.647	Jataí	10
Centro Sudeste 1.255.267	Centro Sul - 765.578	Apda de Goiânia	25
	Estrada de Ferro - 260.267	Catalão	18
	Sul - 229.422	Itumbiara	12
Total – 6.004.045	17 microrregiões	17 municípios polos	246

**Fonte:** IBGE – Estimativas Populacionais para o TCU/2010.

Para proceder a análise dos dados por meio do Software Statistical Package of Social Sciences - SPSS versão 19.0, estes foram transportados para uma planilha do Excel. A seguir, cada bloco de variáveis correspondente ao módulo I e II do instrumento de coleta de dados referente a atenção ao câncer do colo do útero e da mama (Quadro 1) foi checado para assegurar consistência das informações no banco de dados. Para o cálculo dessas variáveis foi utilizada a medida de frequência simples.

**Quadro 1** - Variáveis de estudo divididas por módulos e blocos, segundo os módulos de avaliação externa do PMAQ-AB

<b>MÓDULO</b>	<b>BLOCOS</b>	<b>VARIÁVEIS</b>
<b>MÓDULO I</b>	Equipamentos e materiais	Foco de luz para exame ginecológico; Mesa para exame ginecológico com perneira.
	Insumos para a atenção à saúde	Espéculo descartável; Escovinha endocervical; Espátula de Ayres; Fixador de lâmina; Lâmina de vidro com lado fosco; Porta lâmina.
<b>MÓDULO II</b>	Atenção à Saúde	Registro no território de mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero e de mamografia; Utiliza protocolos de estratificação de risco para câncer de colo do útero e de mama; Registro de usuárias que foram encaminhadas para outros pontos de atenção com exame citopatológico e mamografia alterados; Realiza busca ativa em situações de câncer de colo do útero, citopatológico atrasado e câncer de mama.
	Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde	A equipe solicita mamografia.
	Oferta e resolubilidade de ações da equipe	Coleta exame citopatológico de colo do útero na unidade.
	Promoção da Saúde	Oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas ao câncer do colo do útero e da mama.

Para a análise dos dados encontrados nas Regiões de Saúde seguiu-se modelo desenvolvido por um grupo multi-institucional que analisa a evolução do processo de regionalização no Brasil (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). Com metodologia atualizada em 2014 (PESQUISA REGIÕES E REDES, 2014), esta pesquisa tem como objetivo esclarecer os condicionantes estruturais do recente processo de regionalização nos estados, mediante construção de uma tipologia nacional das regiões de saúde embasadas nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) formalmente constituídos até janeiro de 2014. A tipologia divide as regiões de saúde segundo a situação econômica e a oferta e complexidade dos serviços de saúde, criando 5 categorias e enquadra as regiões de saúde do Estado de Goiás da seguinte forma:

- Categoria 1: baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Região Nordeste I e II)
- Categoria 2: médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Região Centro Sul, Entorno Norte, Entorno Sul, Norte, Oeste II, Rio Vermelho, São Patrício e Serra da Mesa)
- Categoria 3: médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços (Região Oeste I, Pireneus, Sudoeste I e II e Sul)
- Categoria 4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços (Região Estrada de Ferro)
- Categoria 5: alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços (Região Central)

#### **4.6 Aspectos Éticos e Legais**

Em cumprimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época, este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Pelotas (UFPel) sob o número de ofício 38/12 (ANEXO A) em 10 de maio de 2012. O projeto foi submetido a esse comitê devido à Universidade Federal de Goiás (UFG) fazer parte do consórcio da UFPel junto a outras instituições de ensino superior do Brasil na etapa de avaliação externa.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A pesquisa permitiu a análise da estrutura e processo da Atenção Básica à Saúde na assistência aos cânceres do colo do útero e da mama no Estado de Goiás e em suas Regiões de Saúde.

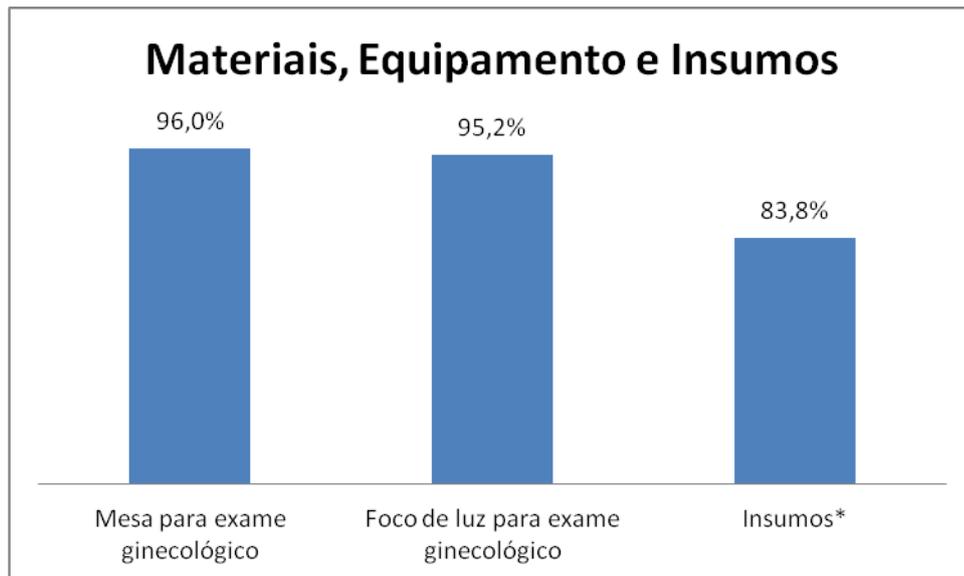
Para melhor apresentação dos resultados, estes serão exibidos da seguinte maneira: Assistência ao câncer do colo do útero na Atenção Básica à Saúde no Estado de Goiás; Assistência ao câncer de mama na Atenção Básica à Saúde no Estado de Goiás; Atenção Básica à Saúde como coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção aos cânceres do colo do útero e mama nas Regiões de Saúde do Estado de Goiás.

### **5.1 Assistência ao Câncer do Colo do Útero na Atenção Básica à Saúde no Estado de Goiás**

Considerando os eixos listados por Donabedian (1997) na avaliação de serviços de saúde – estrutura, processo e resultado – foi investigado a disponibilidade dos equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização da coleta do exame colpocitológico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Goiás. Como se observa na Figura 6, em 96,0% das UBS haviam mesa para a realização do exame ginecológico, em 95,2% haviam foco de luz e 83,8% tinham disponíveis todos os insumos necessários para a realização do exame citopatológico do colo do útero como espéculo descartável, espátula de Ayres, escovinha endocervical, lâmina com lado fosco, porta-lâmina e fixador celular.

Na garantia de que a detecção precoce do câncer de colo uterino seja executada, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve estar abastecida de equipamentos, materiais e insumos, para que o fluxo de atendimento as usuárias não seja interrompido. Segundo recomendação do Ministério da Saúde (2002; 2006a; 2013), o material permanente a constar na unidade é maca ginecológica, foco, mocho e pinça de Cherron. Os insumos necessários para a coleta são: aventais, lençóis, luvas de vinil, ginecológica ou de látex, espéculos de tamanhos variados, pinças de Cherron, espátulas de Ayre, escovinhas endocervicais (do tipo Campos-da-Paz), lâminas de

vidro com extremidade fosca, frasco porta-lâmina ou caixa para transporte de lâminas, solução fixadora (spray, gotas) ou álcool, formulários de requisição do exame citopatológico (e histopatológico se a unidade realizar biópsias de colo do útero), fita adesiva e papel para a identificação dos frascos e lápis.



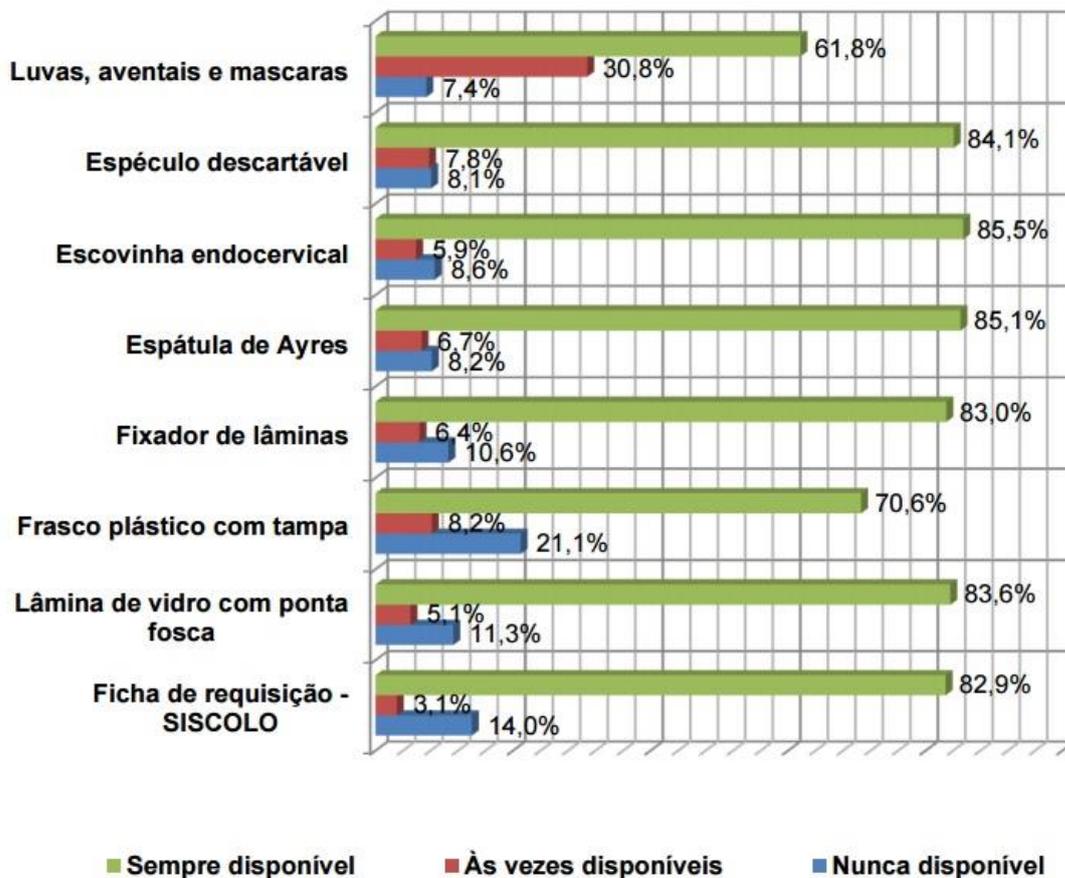
\* Espéculo, espátula de Ayres, escovinha endocervical, lâmina com lado fosco, porta-lâmina, fixador celular.

**Figura 6.** Disponibilidade de materiais, equipamentos e insumos nas Unidades Básicas de Saúde do Estado de Goiás.  
**Fonte:** PMAQ-AB - Goiás, 2013-2014.

Percebe-se que não há uma totalidade na disponibilidade dos itens pesquisados nas UBS goianas. Estudos corroboram para essa realidade como os de Tomasi et al (2015) e Silva (2015), que também utilizaram os dados da pesquisa Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB, 2012). Nestes foram analisados a disponibilidade de equipamentos, insumos e materiais necessários para a coleta do exame citopatológico do colo do útero em UBS do Brasil e de Goiás, respectivamente.

No estudo de Tomasi et al (2015) a disposição de todos os equipamentos, materiais e insumos utilizados na coleta do exame Papanicolaou estava presente em 49% das UBS pesquisadas, enquanto que 83,8% desses mesmos itens estavam dispostos nas UBS do estado de Goiás no segundo ciclo da pesquisa. Logo, apenas metade do serviço de Atenção Básica (AB) no Brasil apresentou estrutura adequada para a realização do exame de detecção precoce do câncer de colo do útero.

No estudo realizado em Goiás, 79,9% das UBS dispunham de mesa com perneira e 77,7% de foco de luz. Algumas UBS apresentaram de forma irregular insumos indispensáveis para a realização do exame citopatológico como mostra a Figura 7 (SILVA, 2015). Observa-se uma melhor adequação da estrutura nas UBS do Estado de Goiás quando comparadas as UBS brasileiras no primeiro e segundo ciclos da pesquisa nacional.



**Figura 7:** Insumos e materiais para realização do exame citopatológico.

**Fonte:** PMAQ-AB – Goiás (2012); Silva, 2015.

Apesar de não haver uma totalidade das UBS do Estado de Goiás equipadas de forma adequada, observa-se uma melhora na disponibilidade dos equipamentos, materiais e insumos entre o primeiro e segundo ciclos da pesquisa nacional, com aumento de 79,9% para 96% da disponibilidade de mesa para exame ginecológico e de 77,7% para 95,2% para a disponibilidade de foco de luz. Essa realidade pode ser

reflexo do esforço de gestores e equipes na aquisição dos itens necessários na detecção precoce do câncer do colo do útero.

Entretanto, somente unidades de saúde devidamente equipadas podem cumprir integralmente os procedimentos da ação estudada, já que a disponibilidade do conjunto dos itens listados caracteriza-se como situação ideal para a coleta do exame citológico na UBS (TOMASI et al, 2015).

A descontinuidade na oferta de insumos e equipamentos resulta em irregularidade na oferta do serviço, dificulta o acesso das mulheres ao serviço e favorece a baixa cobertura do exame Papanicolaou (COELHO et al., 2012).

Silveira, Santos e Costa (2001) acreditam que serviços com estruturas adequadas apresentam melhor qualidade no processo de atendimento. Todavia, essa não é condição *sine qua non*, já que a relação entre esses dois elementos depende também das relações interpessoais entre profissionais e gestores do sistema.

O estudo também permitiu análise do processo da atenção ao câncer do colo uterino na AB por meio da avaliação das ações das Equipes de Atenção Básica (EAB) como apresenta a Tabela 2, em que 92,5% das EAB afirmaram que realizam a coleta do exame colpocitológico, 80,3% mantinham o registro das mulheres que se enquadravam na realização do exame, mas apenas 49,9% mantinham o registro das mulheres com resultado de exame alterado e que haviam sido encaminhadas para outros níveis de atenção. Quanto à busca ativa das mulheres faltosas, 69,2% desenvolviam essa ação.

A pesquisa não permitiu a apresentação da justificativa da não realização da coleta do exame colpocitológico por 7,5% das EAB, mas sugere-se que a falha no desenvolvimento desta ação possa estar associada à falta de equipamentos, materiais e insumos nas UBS listados como essenciais para a realização deste exame.

Sabe-se que a coleta do exame Papanicolaou é o principal método e o mais utilizado no rastreamento do câncer de colo do útero. Associado ao tratamento da lesão intra-epitelial é a medida mais efetiva na detecção precoce desse câncer, pois reduz em 90% a incidência do câncer invasor do colo do útero, produzindo um impacto significativo nas taxas de morbimortalidade (MENDONÇA et al, 2008). Mas para o alcance dessa redução, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda

cobertura de, no mínimo, 80% da população alvo (25 a 64 anos) e padrão de qualidade do exame, tornando-se os componentes mais importantes no âmbito da Atenção Básica para a redução da incidência e da mortalidade pelo câncer de colo do útero (WHO, 2014).

**Tabela 2.** Ações desenvolvidas pelas EAB\* relacionadas ao exame citopatológico do colo do útero no Estado de Goiás, 2013-2014.

Ações	EAB	
	n	%
Possuem o registro das mulheres elegíveis para o exame	947	80,3
Realizam a coleta do exame	1091	92,5
Realizam busca ativa das mulheres com exame atrasado	816	69,2
Possuem o registro das mulheres com exame alterado que foram encaminhadas para outros pontos de atenção	589	49,9

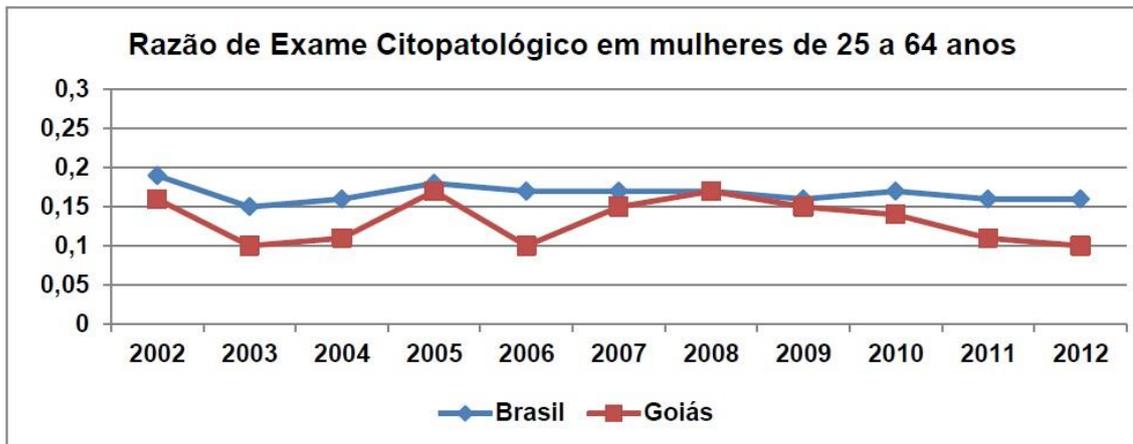
\*Número de Equipes de Atenção Básica: 1179

**Fonte:** PMAQ-AB – Goiás, 2013-2014

Thuler (2008) afirma que as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero ainda são elevadas no Brasil devido há muitos fatores, porém três aspectos merecem destaque: a cobertura do exame colpocitológico, seu desempenho e o estadiamento no qual os casos são diagnosticados.

O câncer do colo do útero é uma condição clínica com grande potencial de prevenção e cura devido sua evolução lenta e com etapas bem definidas. Assim, permite detectar as alterações ainda na fase inicial, facilitando o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz (SILVA, 2013).

No estado de Goiás esse ideal de cobertura caminha lentamente. Como mostra a Figura 8, a razão de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos está abaixo do indicado pelo Ministério da Saúde para se atingir 100% da população feminina rastreada em 3 anos. Os valores estão bem abaixo de 0,3 exames/mulher/ano. Cabe ressaltar que esse indicador apresenta algumas limitações, pois não indica se houve repetição do exame pela mesma mulher durante os 3 anos (INCA, 2014b).



**Figura 8.** Razão de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. Goiás, 2002 a 2012.

**Fonte:** Painel Razão de Exames citopatológicos/população INCA, 2014.

É na Atenção Básica que as ações preventivas de educação em saúde, detecção precoce e encaminhamento para tratamento em níveis de maior complexidade devem ocorrer. Mesmo após a cura, o acompanhamento da usuária ainda permanece sob responsabilidade da AB para que assim se previna recidivas (BOTTARI, VASCONCELLOS, MENDONÇA, 2008).

Planejar ações de intervenção e controle dessa doença se concretiza, principalmente, no plano técnico por meio do diagnóstico precoce das lesões precursoras utilizando o teste de Papanicolaou, a distribuição dessas lesões segundo as faixas etárias das mulheres mais acometidas e pela periodicidade dos exames colpocitológicos. Seguir a epidemiologia de risco e a relação custo-benefício/efetividade deve indicar as intervenções em saúde pública (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Em pesquisa realizada por Thuler e Mendonça (2005) envolvendo 89 hospitais e 7 serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia vinculados a um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) revelou que, entre 1995 e 2002, 45,5% das mulheres apresentavam câncer de colo uterino nos estádios III e IV no momento do diagnóstico. Esse fato caracteriza como as mulheres vêm recebendo o diagnóstico de câncer no país já com estadiamento avançado. Mais uma vez destaca-se como medidas de detecção precoce do câncer na AB se fazem necessárias.

Diante dessas informações, percebe-se que as ações desempenhadas pela AB no que tange medidas de rastreamento do câncer do colo uterino precisam ser ampliadas, principalmente nas ações de busca ativa das usuárias e no registro das que foram encaminhadas para outros pontos de atenção, para que assim se construa um rastreamento organizado.

Estudo de Bottari, Vasconcellos e Mendonça (2008) que avaliou a AB de municípios do Rio de Janeiro-RJ, mostrou que os profissionais de saúde entrevistados relataram dificuldades no acompanhamento das mulheres, pois estas procuram realizar o exame colpocitológico em diversos locais, criando fluxos próprios que a adscrição da clientela e acessibilidade deveriam sanar. Apesar disso, o percentual de unidades que afirmou trabalhar com clientela adscrita foi alto. Foi identificado também falta de gerenciamento das unidades, porque apesar da adscrição das usuárias não foi utilizado o indicador de cobertura de colpocitologias alteradas.

Em contrapartida, no estudo de Ramos et al (2006) a proporção de realização do exame Papanicolaou é maior entre as usuárias que estão há mais tempo cadastradas no serviço de saúde pesquisado. Esse fato sugere que mulheres com maior vínculo com a unidade em que estão cadastradas procuram mais realizar o exame preventivo, indicando a importância da educação em saúde a longo prazo.

Em estudo de Silva (2013), entrevistas com profissionais de saúde da rede básica retratam o descaso do profissional que se coloca numa posição de expectador enquanto se posiciona de maneira distanciada sem responsabilizar-se pela situação e ignorando o direito das usuárias.

Os fatos elencados só reforçam a realidade brasileira, em que o rastreamento do câncer do colo do útero é predominantemente oportunístico. Com isso as equipes de saúde acabam prestando assistência às mulheres que estão presentes nas unidades, não direcionando o atendimento para a população de maior risco. Assim, a maioria dos atendimentos é limitada às mulheres mais jovens que buscam cuidados básicos em saúde, pré-natal e planejamento familiar (VALE et al, 2010).

Estudo de Corrêa, Villela e Almeida (2012) corroboram para essa realidade. Pesquisa realizada em Manaus-AM mostrou que dos motivos apresentados pelas mulheres para realização do exame Papanicolaou 66,2% relataram a procura espontânea pelo exame, enquanto que o restante se dividiu entre recomendação

médica e queixas ginecológicas. Assim, a população estudada estava inserida em atendimento oportunístico realizando o este exame não com o objetivo de autocuidado em relação ao câncer, mas sim em busca de tratamento de outras condições clínicas.

Ao contrário do Brasil, experiências internacionais comprovaram os benefícios de programas de rastreamento organizado, como o caso dos países nórdicos, que com programas de rastreamento eficazes comprovaram a redução das taxas de incidência de câncer de colo do útero entre 1986 e 1995, como Islândia (redução de 67%), Finlândia (75%), Suécia (55%), Dinamarca (54%) e Noruega (34%) (INCA, 2002).

Outras ações de assistência ao câncer de colo uterino foram investigadas. Como apresenta a Tabela 3, 79,2% das EAB afirmaram que realizam atividades de educação em saúde e de promoção da saúde, 51,4% seguem protocolo de estratificação de risco e 78,7% realizam busca ativa das mulheres com câncer de colo do útero.

**Tabela 3.** Ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB)\* relacionadas ao câncer de colo do útero no Estado de Goiás, 2013-2014.

Ações	EAB	
	n	%
Desenvolvem ações educativas e de promoção da saúde para as mulheres	935	79,2
Possuem protocolo de estratificação de risco para o câncer de colo do útero	606	51,4
Realizam busca ativa de mulheres com câncer de colo do útero	929	78,7

\*Número de Equipes de Atenção Básica: 1179

**Fonte:** PMAQ-AB – Goiás, 2013-2014

Estudo realizado na Espanha – país com Atenção Primária em Saúde bem consolidada – que objetivou descrever atividades de promoção da saúde na atenção primária observou que mais da metade das equipes investigadas desenvolvia

atividades educativas e que cerca de 80% destas implementava ações intersetoriais (MARCH ET AL., 2014).

O Programa de Controle dos Câncer do Colo do Útero envolve todos os níveis de atenção na sua linha de cuidado, mas é importante destacar a relevância que as ações preventivas e de detecção precoce concentradas na Atenção Básica tem neste processo. A Atenção Primária à Saúde (APS) pode evitar o aparecimento da doença, através da intervenção em seus fatores de risco, estimulando o sexo seguro, alimentação saudável e diminuição da exposição ao tabaco (GUIMARÃES et al, 2012). Estima-se que hábitos saudáveis como alimentação, nutrição, atividade física e gordura corporal adequados, possa-se reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer no Brasil (INCA, 2009)

A promoção da saúde visa proporcionar a igualdade de oportunidades e meios que permitam a todas às pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e comunidade devem ter oportunizado o conhecimento e o controle dos fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis estão entre os principais elementos capacitantes. Assim, profissionais, grupos sociais e equipes de saúde tem a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

É importante o investimento na informação e sensibilização das mulheres na prevenção do câncer uterino e também conscientizar essa população sobre a importância da realização do exame colpocitológico para que se construa um programa de rastreamento e aumente o alcance das mulheres mais excluídas (CORRÊA;VILLELA;ALMEIDA, 2012).

Faz-se necessário estimular a população feminina a motivar suas próprias metas de saúde e comportamentos, a aprender sobre saúde e doença, com estratégias de intervenção e de apoio, com aconselhamento e supervisão contínua (CASARIN; PICCOLI, 2011).

A falta de protocolos pode resultar em baixa resolutividade da AB gerando sobrecarga de pacientes na atenção secundária e terciária. Segundo Silva (2013), encaminhamentos inadequados geralmente ocorrem devido a insegurança dos

profissionais na análise dos resultados de citologia, podendo estar associada a: falta de informação dos profissionais da AB diante do protocolo a ser seguido para cada diagnóstico; desconfiança do laboratório acerca dos resultados obtidos; além da falta de materiais e insumos para dar continuidade a alguns casos nas próprias UBS.

## 5.2 Assistência ao Câncer de Mama na Atenção Básica à Saúde no Estado de Goiás

Na assistência ao câncer de mama foi analisado o processo de trabalho das EAB. Como pode ser observado na Tabela 4, 84,8% solicitam o exame de mamografia, 39,6% possuem o registro das mulheres com indicação para a realização deste exame e 40,8% registram quais as mulheres com exame de mamografia alterado foram encaminhadas para outros de níveis de atenção.

**Tabela 4.** Ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB)\* relacionadas ao exame de mamografia no Estado de Goiás, 2013-2014.

Ações	EAB	
	n	%
Possuem o registro das mulheres elegíveis para o exame	467	39,6
Solicitam o exame	1001	84,8
Possuem o registro das mulheres com exame alterado que foram encaminhadas para outros pontos de atenção	481	40,8

\*Número de Equipes de Atenção Básica: 1179

**Fonte:** PMAQ-AB – Goiás, 2013-2014

De acordo com o que foi apresentado, o atendimento das necessidades das usuárias bem como a programação de ações em torno da realização do exame de mamografia na Atenção Básica do Estado de Goiás está aquém do que AB deveria oferecer a sua população, pois mais da metade das equipes pesquisadas não tem o registro da quantidade de usuárias que precisam da oferta desse exame e, conseqüentemente a detecção precoce do câncer de mama torna-se ineficiente.

É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adscrita. A partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizaram, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame. Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

Logo, a partir da adscrição uma determinada unidade de saúde pode prever a população que deverá cobrir e com indicadores de cobertura pode-se medir a capacidade e gerenciamento das unidades, abrangendo até o retorno de resultados de exames à usuária (BOTTARI, VASCONCELLOS, MENDONÇA, 2008). Cadastrar os usuários é a base para o estabelecimento de vínculo de responsabilidade por um grupo de pessoas, e é a maneira pela qual os profissionais de saúde podem acompanhar as necessidades de seus pacientes e o quanto elas são atendidas (STARFIELD, 2002) na detecção precoce do câncer de mama.

A detecção precoce abrange duas estratégias, o diagnóstico precoce e o rastreamento. O diagnóstico precoce é a abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença e o rastreamento é a aplicação de teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer (INCA, 2014a). No câncer de mama, o rastreamento organizado em mulheres entre 50 a 69 anos, com realização de mamografia a cada dois anos, pode reduzir em até 35% a mortalidade. Para esse feito é necessário uma cobertura populacional igual ou superior a 70% da população alvo (INCA, 2011a).

A melhoria no rastreamento populacional acima dos 40 anos pode estar associada ao aumento das taxas de incidência do câncer de mama na cidade de Goiânia, no período de 1988 a 2003. Este estudo, realizado por Freitas-Junior et al (2008,) a partir de dados do Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia, revelou um aumento significativo nas taxas de incidência bruta e padronizada do câncer de mama na maioria das faixas etárias pesquisadas, com destaque para a faixa etária de mulheres de 50 a 69 anos, que registrou um aumento de incidência de 277%. Outra hipótese apontada para esse aumento foi o uso de terapia hormonal para mulheres no climatério e após a menopausa.

Contrariamente, o atraso no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada tem sido associado ao aumento nas taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil (THULER; MENDONÇA, 2005). Logo, é necessário ampliar medidas de diagnóstico precoce para a redução da apresentação tardia do câncer de mama e implementar o rastreamento de base populacional em áreas com elevada incidência e mortalidade desta neoplasia.

Em 2009 foi implantado no município de Curitiba (PR) projeto piloto de rastreamento organizado do câncer de mama em parceria com INCA, o Programa Mulher Curitiba. Com o objetivo de reforçar o hábito de visitar a UBS anualmente para realização de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama, as mulheres recebem no mês de seu aniversário um convite para comparecerem na unidade de saúde para a solicitação do exame de mamografia e a coleta do exame citopatológico cervical conforme recomendações de periodicidade (INCA, 2011b).

A mamografia é um exame diagnóstico para o câncer de mama e deve ser solicitado pelo profissional de saúde da UBS, durante a consulta ou em estratégias de busca ativa de mulheres, como visita domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Porém, nem todas as equipes pesquisadas afirmaram que solicitam este exame para sua população.

Apesar de 84,8% das equipes solicitarem o exame de mamografia para as usuárias, uma parcela, mesmo que pequena, não é beneficiada por este serviço. Logo, essa população pode estar recorrendo ao sistema privado para o atendimento dessa necessidade em saúde. Como se confirma em estudo de Tóledo (2012), em que cerca de 20% das mulheres com câncer de mama acompanhadas em uma unidade terciária da rede pública de saúde de Goiânia (GO) iniciaram o fluxo assistencial no sistema privado de saúde, por meio de plano privado de saúde ou recursos próprios.

O rastreamento do câncer de mama para a população de risco padrão, geralmente, baseia-se em dois critérios para a definição de população-alvo: sexo, no caso feminino, e a faixa etária. Assim, é recomendado pelo Ministério da Saúde, nas Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, o rastreamento bienal com mamografia em mulheres com idades entre 50 a 69 anos (INCA 2015b).

Estudo realizado em Unidades Básicas de Saúde do município de São Luís – Maranhão – que analisou as medidas de rastreamento do câncer de mama revelou

ações de rastreamento adequadas para as usuárias que não apresentavam fator de risco elevado para o câncer de mama e se encontravam na faixa etária de 35 a 39 anos. Entretanto, para as usuárias na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, as medidas de rastreamento revelaram-se inadequadas (RABELO, 2014).

Estudo realizado em um ambulatório de mastologia da região do Vale do Itajaí – SC para avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de mama identificou que entre 2008 (agosto) e 2011 (julho), dos pacientes que receberam diagnóstico desta neoplasia, 98% eram do sexo feminino, a maioria dos casos (34,74%) encontrava-se na faixa etária entre 51 e 60 anos e a maioria dos pacientes (64,52%) foram diagnosticados com câncer de mama entre 41 e 60 anos de idade. Seguindo a escala TNM neste estudo, o estágio mais encontrado foi IIA com 34%, seguido pelo IIB com 24,05% e I com 14,50% (BORGES et al, 2013).

Corroboram com esse estudo o que Thuler e Mendonça (2005) identificaram em pesquisa que analisou o estadiamento da mulheres com câncer de mama atendidas no Sistema Único de Saúde do Brasil. Entre os anos de 1995 a 2002, 10,9% dos diagnósticos foram em estágio I, 42,8% em estágio II, 32,6% em estágio III e 12,3% em estágio IV.

Paulinelli et al (2003) afirmam que, em países desenvolvidos, o diagnóstico de cerca de 80% dos casos de câncer de mama ocorrem em estádios clínicos mais precoces (I e II), devido, principalmente ao amplo rastreamento mamográfico. Essa realidade tem possibilitado um aumento na sobrevivência de pacientes e uma maior possibilidade de conservação mamária. Em consonância, na Itália, em média, apenas 10% dos tumores são diagnosticados em T3-T4 (estágios mais avançados) e são mais comuns em zonas rurais e áreas com menor escolaridade. Da mesma forma, nos EUA, no ano de 1988, em média, somente 9% dos casos foram diagnosticados em estádios III e IV, sendo um pouco mais tardio em mulheres negras. Entre os anos 1988 e 1998 houve um aumento na incidência de câncer de mama nesse país, ocasionado por casos em estágio I, reflexo da tendência de diagnóstico precoce.

Em artigo de revisão sobre as ações de rastreamento em países de recursos limitados e com entraves na gestão da atenção ao câncer de mama identifica obstáculos para o controle desta neoplasia, como falta de atenção em saúde e educação, ausência de políticas de governos efetivas, entraves sociais,

desconhecimento da possibilidade de tratamento e falta de protocolos de acompanhamento (TFAYLI et al, 2010).

Em consonância a essa pesquisa, encontra-se os dados PMAQ-AB segundo ciclo, em que apenas 46,9% das EAB afirmaram possuir protocolo de estratificação de risco para o câncer de mama, 79,2% desenvolvem atividades educativas e de promoção da saúde e 64,2% fazem busca ativa de mulheres com câncer de mama (Tabela 5).

**Tabela 5.** Ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) relacionadas ao câncer de mama no Estado de Goiás, 2013-2014.

Ações	EAB	
	n	%
Desenvolvem ações educativas e de promoção da saúde para as mulheres	935	79,2
Possuem protocolo de estratificação de risco para o câncer de mama	553	46,9
Realizam busca ativa de mulheres com câncer de mama	758	64,2

\*Número de Equipes de Atenção Básica: 1179

**Fonte:** PMAQ-AB – Goiás, 2013-2014

Apesar de existir estudos que preveem a possibilidade de melhores chances de cura da doença, para que tratamentos sejam eficientes, a maioria dos protocolos necessita que o diagnóstico do câncer de mama ocorra de maneira precoce (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Em estudo realizado com mulheres portadoras de câncer de mama, em tratamento em um centro de oncologia de Minas Gerais, sobre a assistência que receberam na Atenção Primária a qual tem acesso, identificou-se que a maioria das UBS (55%) desenvolveu algum tipo de atividade em assistência a essa neoplasia, como ações educativas (63,6%) (MACHADO; PINHO; LEITE, 2009).

Desenvolvendo a estratificação de risco da população adscrita pela Atenção Básica, podem ser construídos processos regulatórios que empoderem as EAB na

coordenação do cuidado das usuárias com doenças crônicas. Isso pode ser otimizado através de protocolos e diretrizes clínicas, estruturas por meio da construção de uma linha de cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

### **5.3 Atenção Básica à Saúde como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção aos Cânceres do Colo do Útero e da Mama nas Regiões de Saúde do Estado de Goiás**

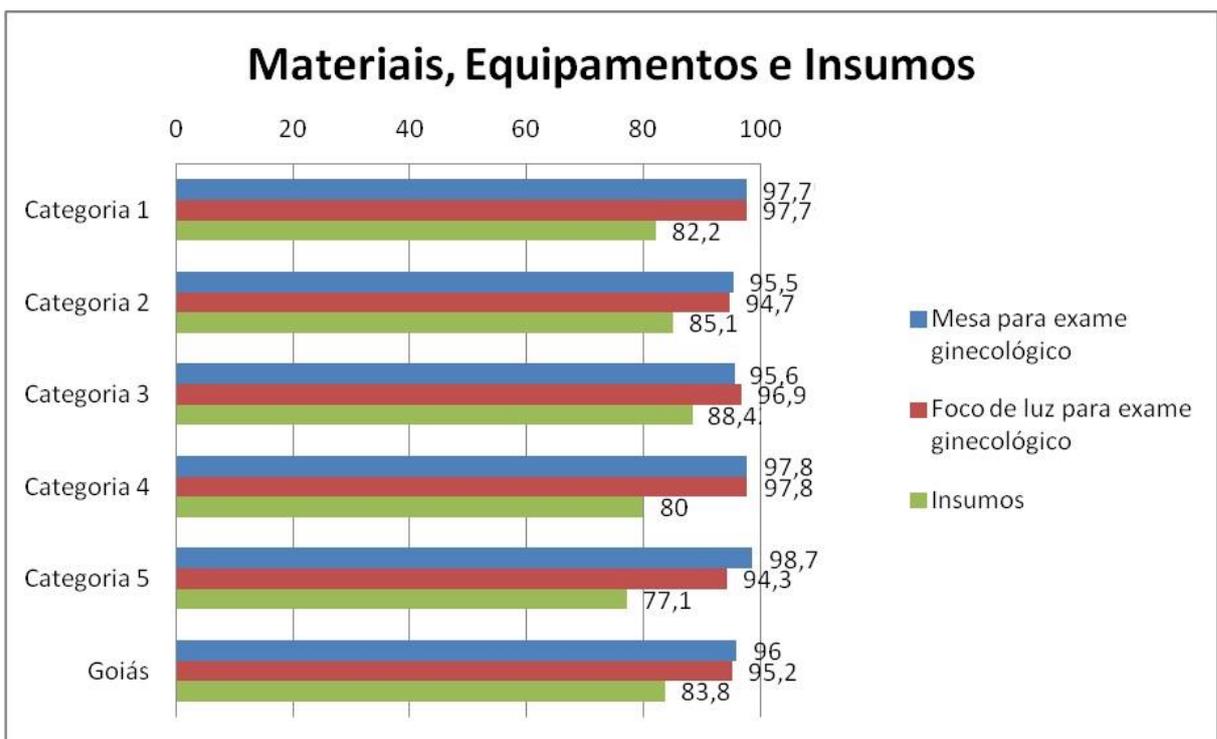
A estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB) na assistência aos cânceres de colo do útero e da mama foram pesquisados nas Regiões de Saúde do Estado de Goiás. As regiões foram divididas em 5 categorias segundo tipologia nacional das regiões de saúde (PESQUISA REGIÕES E REDES, 2014), em que se considera a situação socioeconômica e a oferta e complexidade dos serviços de saúde das regiões estudadas, ficando organizado da seguinte maneira:

- Categoria 1: baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Região Nordeste I e II)
- Categoria 2: médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Região Centro Sul, Entorno Norte, Entorno Sul, Norte, Oeste II, Rio Vermelho, São Patrício e Serra da Mesa)
- Categoria 3: médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços (Região Oeste I, Pireneus, Sudoeste I e II e Sul)
- Categoria 4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços (Região Estrada de Ferro)
- Categoria 5: alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços (Região Central)

Na disposição de materiais, equipamentos e insumos necessários para realizar a coleta do exame citopatológico do colo do útero, as UBS, segundo categoria das Regiões de Saúde, apresentaram resultados satisfatórios com quase totalidade do abastecimento de mesa ginecológica e foco de luz para exame ginecológico. No componente insumos, variaram de 77,1% para a categoria 4 e 88,4% para a

categoria 3. Nota-se uma variação, mesmo que pequena, nos resultados encontrados segundo categoria de Regiões de Saúde de Goiás (Figura 9).

O estudo de Tomasi et al (2015) também identificou diferenças regionais na adequação da estrutura para realização do exame citopatológico do colo do útero, variando de 37,3% das UBS adequadas na Região Norte do país até 60,8% UBS adequadas para a Região Sul. Verificou-se também que municípios de maior porte populacional apresentaram significativamente maior adequação da estrutura do que os de menor porte e que quanto maior o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios, mais adequada era a estrutura para a realização do exame. Logo, neste estudo, as regiões mais desenvolvidas e com maior porte populacional obtiveram melhores resultados quanto à estrutura da UBS e no estudo desenvolvido em Goiás isso não pode ser observado.



**Figura 9.** Disponibilidade de materiais, equipamentos e insumos nas Unidades Básicas de Saúde do Estado de Goiás segundo categorias de Regiões de Saúde. **Fonte:** PMAQ-AB – Goiás, 2013-2014.

Na Figura 10 observam-se as ações da Atenção Básica na assistência ao câncer de colo do útero segundo categorias de regiões. No componente registro das mulheres

com requisitos para a realização do exame colpocitológico do colo do útero, 80,3% das EAB do Estado de Goiás afirmaram realizar esta ação, sendo maiores os percentuais de equipes nas regiões de categoria 1 (88,6%) e 2 (81,8%). 51,4% das equipes utilizam protocolos de estratificação de risco para o câncer de colo do útero apresentando uma variação muito alta da categoria 1 (28,4%) para a categoria 4 (71,1%). Todas as categorias apresentaram bons resultados para a coleta do exame de Papanicolaou variando de 93,5% para a categoria 1 e 5 até 88,9% para a categoria 4. Na realização de busca ativa tanto para mulheres com coleta do exame atrasada quanto para mulheres com câncer de colo do útero a categoria 1 apresentou melhores resultados e a categoria 3 os resultados mais baixos. No registro de mulheres que foram encaminhadas a outros pontos de atenção, a categoria 3 também apresentou resultados mais baixos.

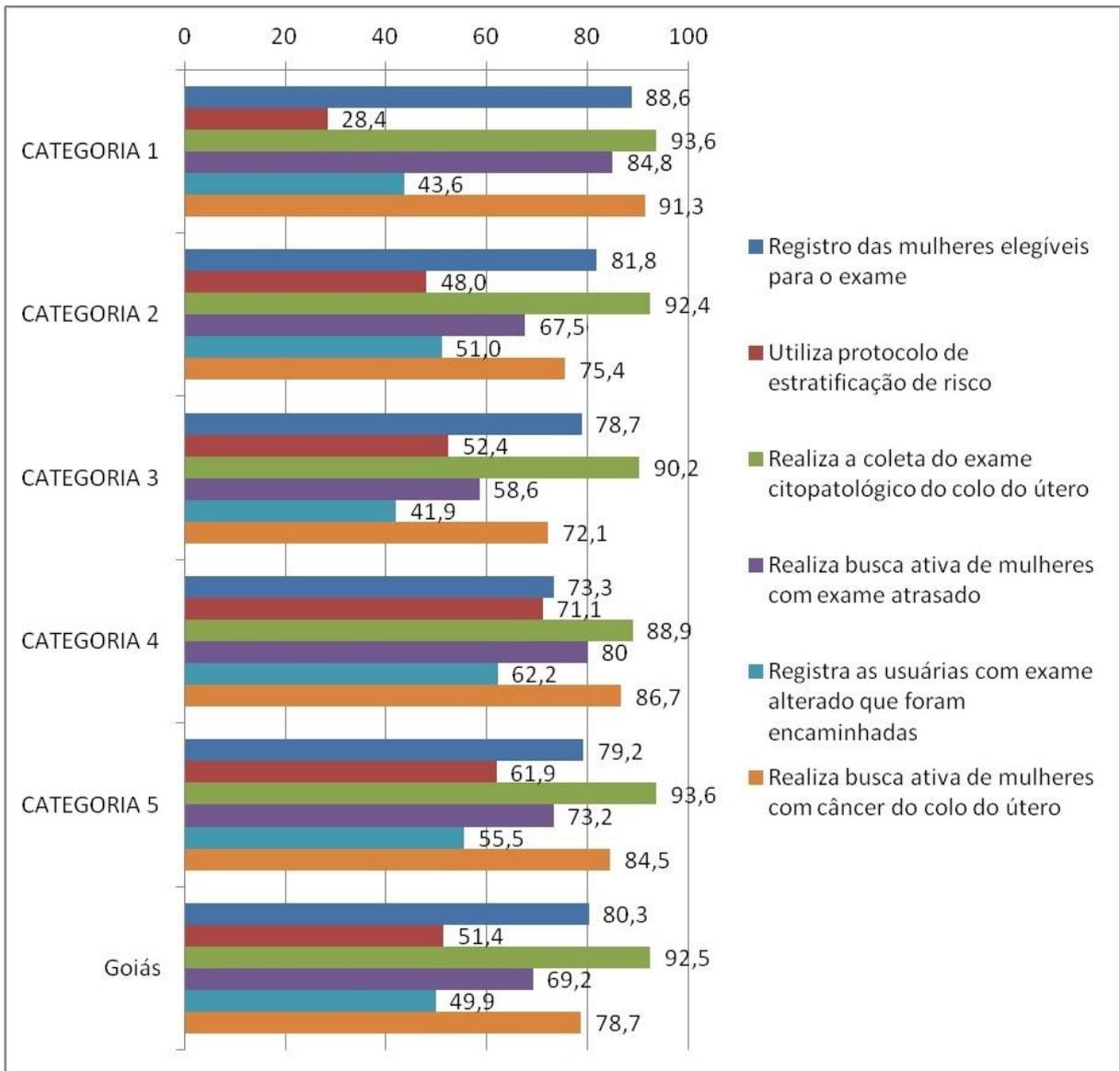
De forma geral, a categoria 1, que representa regiões com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços apresentou melhores resultados nas ações da Atenção Básica relacionadas a coordenação do cuidado na assistência ao câncer de colo do útero. Realidade oposta foi apresentada pela categoria 3, que representa as regiões de médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços, já que registrou resultados menos satisfatórios que as demais categorias.

Para um seguimento das mulheres na linha de cuidado do câncer de colo do útero é necessário que todas as ações elencadas sejam realizadas de forma satisfatória em todas as regiões de saúde. A AB deve exercer função de coordenadora do cuidado e para que a assistência ao câncer de colo do útero seja completa na Rede de Atenção a Saúde a AB precisa garantir seu serviço com integralidade e qualidade para a promoção da saúde, prevenção da doença e principalmente a detecção precoce de forma oportuna.

De maneira geral, a coleta do exame citopatológico do colo do útero foi a ação com melhor desempenho entre as categorias de regiões. Sabe-se que esta é a medida mais utilizada para a detecção precoce do câncer de colo uterino, pois o rastreamento citológico pode reduzir a incidência desse câncer em até 80% (IARC, 2005).

Porém, quando se estratifica por regiões de saúde percebe-se que não há uma realização de exames de Papanicolaou em quantidade satisfatória, como pode ser

observado na Figura 11 que apresenta a razão de exames citopatológicos de colo do útero realizado por em mulheres de 25 a 64 anos no ano de 2014.



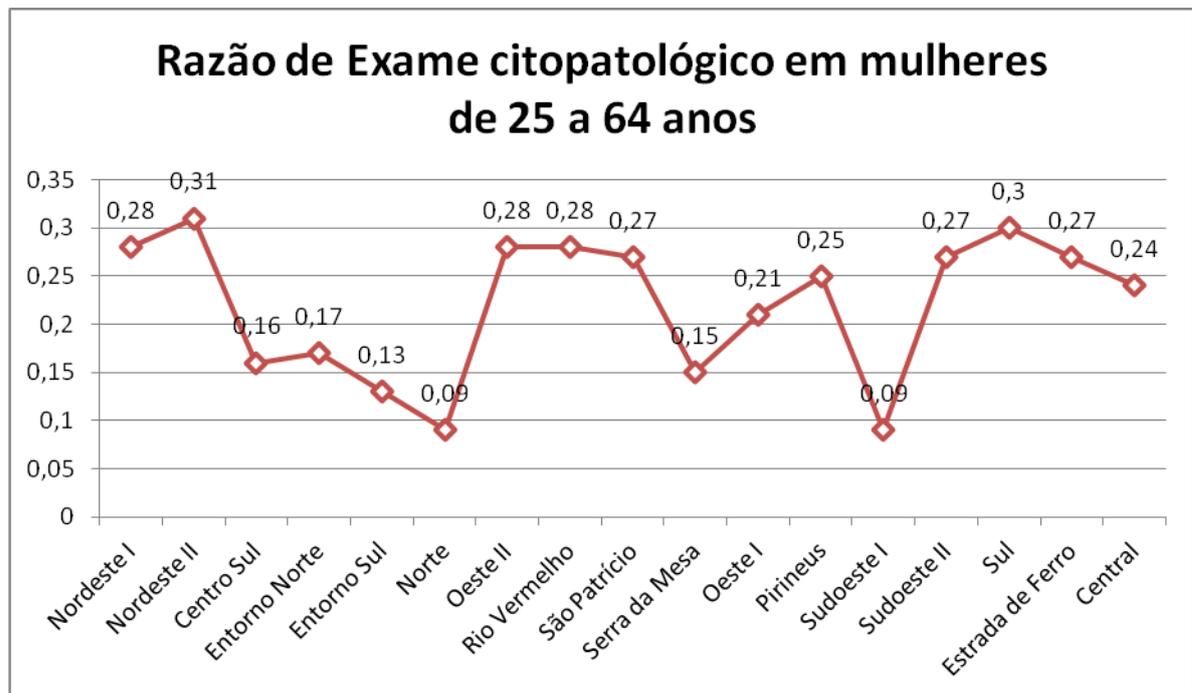
**Figura 10.** Assistência ao câncer do colo do útero nas Regiões de Saúde do Estado de Goiás segundo categoria de região.

**Fonte:** PMAQ-AB – Goiás, 2013-2014.

Esse indicador mede o percentual de mulheres da população-alvo que realizaram o exame colpocitológico no Sistema Único de Saúde em determinado ano. O que se observa é que as regiões apresentam valores inferiores ao esperado, já que uma razão de 0,3 exames/mulher/ano indicaria que 100% das mulheres da população-alvo realizaram o exame naquele ano (INCA, 2014b). Porém, cabe ressaltar que

esse indicador não identifica se houve a repetição do exame por uma mesma mulher no ano, ou seja, indica somente a quantidade de exames realizados para atender a população alvo e não informa precisamente como está a cobertura.

Somente a Região Nordeste II (Categoria 1) e Região Sul (Categoria 3) apresentaram valores mais adequados com 0,31 exames/mulher/ano e 0,3 exames/mulher/ano, respectivamente. As Regiões Centro Sul, Entorno Norte, Entorno Sul e Norte, pertencentes à Categoria 2 apresentaram os menores valores para a razão de exames citopatológicos realizados. Essas regiões estão classificadas na Categoria 2, que se caracterizam pelo médio/alto desenvolvimento socioeconômico mas baixa oferta de serviços.



**Figura 11.** Razão exames citopatológicos de colo útero segundo Região de Saúde (CIR), 2014.

**Fonte:** DATASUS, 2015

Contrariamente, em estudo realizado Amorim et al (2006) que analisou os fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou no município de Campinas (SP) observou uma prevalência da não realização desse exame em mulheres com menor nível socioeconômico. À medida que se diminui o nível socioeconômico

aumenta significativamente a prevalência de não cobertura de mulheres pelo exame citopatológico de colo do útero (PINHO et al, 2003).

Confirmam essa realidade estudo realizado por Mendonça et al (2008), que investigou as características sociodemográficas dos óbitos por câncer do colo uterino em residentes em Recife, Pernambuco, apresentou que dos óbitos ocorridos entre 2000 e 2004, 53,3% das mulheres residiam em bairros considerados com pior situação, 35% em bairros do estrato intermediário e apenas 11,8% em bairros pertencentes ao melhor estrato de condição de vida. Esta realidade sugere o papel do nível socioeconômico na determinação da doença e indica baixa efetividade nas políticas públicas de controle dessa neoplasia em população de baixo nível socioeconômico.

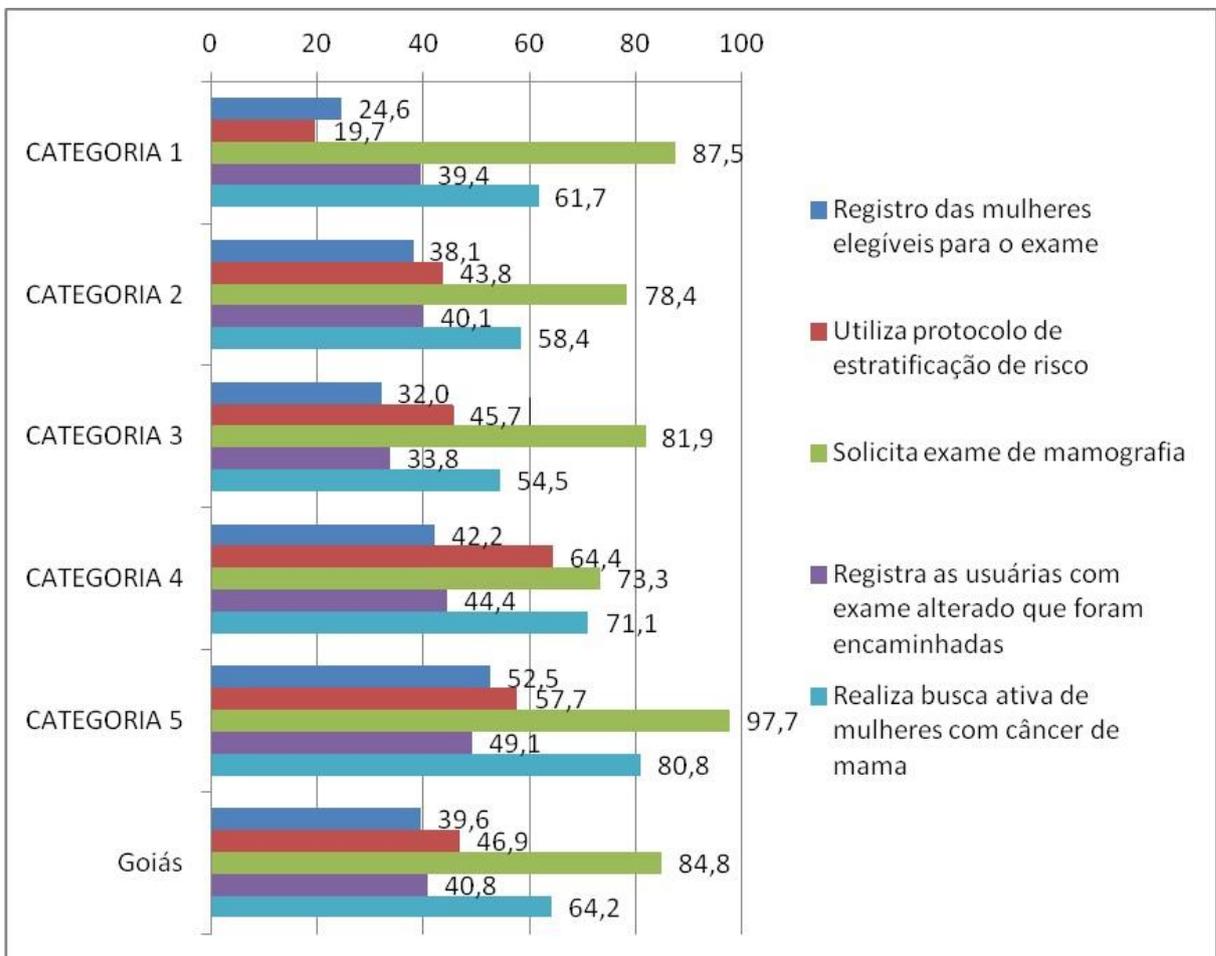
Para o alcance da redução da incidência do câncer de colo uterino cada etapa do processo de rastreamento deve ser desenvolvida com qualidade, a partir de informações adequadas sobre a população-alvo elegível para a realização do teste de rastreio, o convite dessa população para a realização do exame, bem como o acompanhamento do tratamento das mulheres com alguma anomalia detectada no exame (ARBYN et al, 2010).

Todavia, o diagnóstico tardio ainda é muito comum e pode estar relacionado a dificuldades no acesso das usuárias aos serviços e programas de saúde, baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, insuficiência do sistema de saúde em absorver a demanda às Unidades de Saúde e dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial com hierarquização dos diversos níveis de atenção (INCA, 2006).

Logo, é necessário um forte sistema de gestão e coordenação de programas de controle do câncer do colo do útero, que assegure que todos os aspectos do serviço sejam realizados de forma adequada. Deve-se atentar não só para aspectos técnicos, mas também para a qualificação de pessoal, monitoramento de desempenho e avaliação do impacto na redução da carga da doença, desenvolvendo uma política de rastreio de base populacional (ARBYN et al, 2010).

Como pode ser observado na Figura 12, no componente registro das mulheres elegíveis para o exame de mamografia apenas 39,6% das equipes de Goiás afirmaram realizar essa ação, sendo que as categoria 4 (42,2%) e 5 (52,5%)

apresentaram valores maiores que a média estadual. A categoria 1 apresentou o menor indicador com 24,6% das equipes realizando essa ação. Na utilização de protocolos de estratificação de risco, novamente a categoria 1 apresentou valores muito baixos, com 19,7% das equipes desenvolvendo esta ação, sendo que 64,4% das equipes da categoria 4 desenvolvem essa mesma ação. A categoria 5 apresentou resultados mais satisfatórios nos componentes, solicitação de exame de mamografia (97,7%), registro de usuárias encaminhadas para outros pontos de atenção (49,1%) e realização de busca ativa de mulheres com câncer de mama (80,8) com comparadas as demais categorias.



**Figura 12.** Assistência ao câncer de mama nas Regiões de Saúde do Estado de Goiás segundo categoria de região.  
**Fonte:** PMAQ-AB – Goiás, 2013-2014.

Dentre as ações listadas, identificam-se melhores resultados na solicitação do exame de mamografia e na busca ativa de mulheres com câncer de mama. Logo, a assistência ao câncer de mama não é desempenhada de forma satisfatória pela Atenção Básica, já que ações importantes neste processo são desenvolvidas por cerca de metade das EAB nas categorias de regiões de saúde, podendo gerar um diagnóstico tardio da doença.

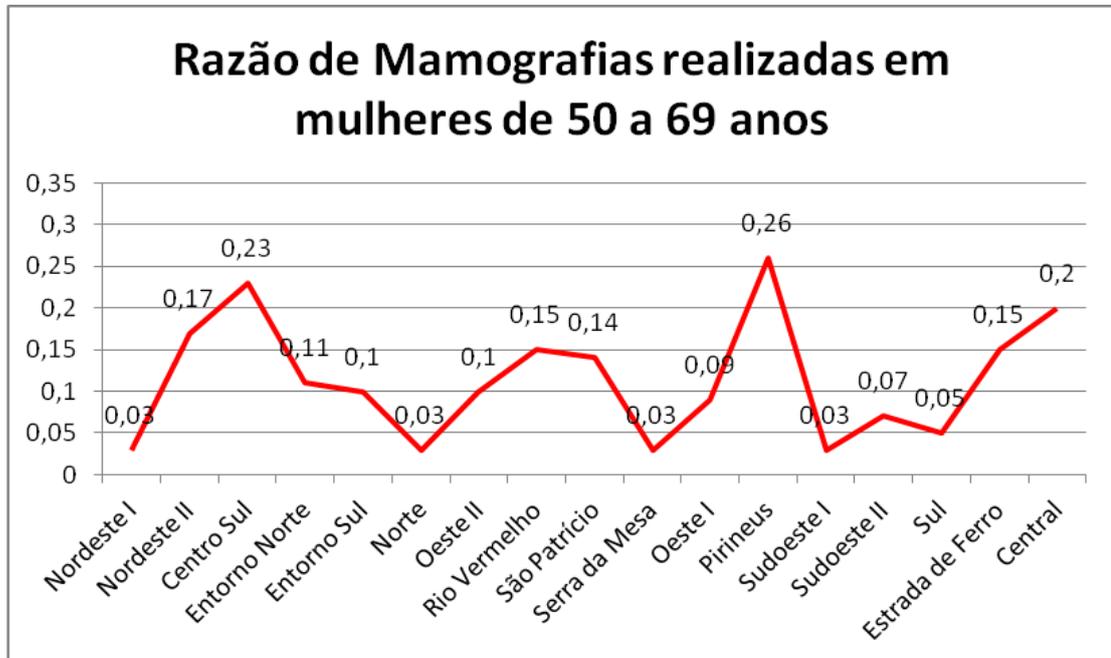
Corroborando com essa realidade, estudo realizado por Tôledo (2012) que analisou o fluxo assistencial de mulheres com câncer de mama em Goiânia (GO). Foi identificado baixa prevalência de utilização do fluxo exclusivamente SUS nos 3 níveis de atenção (primário, secundário e terciário), sendo apontadas facilidades de acesso no nível terciário em saúde, principalmente o tratamento do câncer de mama em unidade hospitalar. Diante disso, infere-se que a baixa utilização de fluxos assistenciais exclusivamente SUS possa estar relacionada ao diagnóstico tardio da doença.

Mesmo registrando valores satisfatórios na solicitação do exame de mamografia para mulheres da população-alvo, nem todas conseguem realizar esse exame pelo Sistema Único de Saúde, como pode ser observado na Figura 13. Apenas as regiões Centro Sul, Pireneus e Central apresentaram valores acima de 0,2 exames/mulher/ano, sendo valores de 0,5 exames/mulher/ano indicariam que 100% das mulheres da população-alvo conseguiram realizar esse exame pelo SUS (INCA, 2014c).

A baixa cobertura na realização do exame indicado para a detecção precoce do câncer de mama pode estar relacionada a dificuldades de acesso das mulheres a esse serviço, principalmente em regiões de baixa oferta de serviços. Apoiando essa ideia o fato da categoria 5 (Região Central) apresentar o melhor indicador para a solicitação do exame de mamografia, com 97,7% das equipes desenvolvendo essa ação.

Conforme o apresentado em estudo de Corrêa et al (2011) que estimou que a cobertura de mamografia é desigual entre as regiões de saúde do Estado de Goiás, uma vez que a região Central apresenta grande concentração de mamógrafos e realiza exames em quantidade superior a da população-alvo quando comparada as demais regionais. Além disso, observou-se que a oferta de exames é menor do que

a demanda, que os exames realizados no sistema não SUS é superior a do sistema SUS e neste último há a prevalência de mamografias no grupo de mulheres de 40 a 49 anos.



**Figura 13.** Razão de mamografias realizadas segundo Região de Saúde (CIR), 2014.

**Fonte:** DATASUS, 2015

Nas ações desempenhadas pela Atenção Básica na coordenação do cuidado ao câncer de mama, a categoria 5, que representa regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços, apresentou melhores resultados quando comparados as outras categorias.

Na variável realização de atividades educativas e de promoção da saúde para o câncer de colo do útero e de mama, as EAB de todas as categorias apresentaram bons resultados com melhor desempenho para a categoria 2 (83,58%), seguida das categorias 1 (80,65%) e 5 (80,65%), categoria 3 (73,72%) e categoria 4 (73,3%).

Com exceção do componente promoção da saúde e atividades educativas, que abordou ambas neoplasias, de forma geral se observa que as Equipes de Atenção Básica apresentam melhor desempenho nas ações relacionadas ao câncer de colo do útero que ao câncer de mama.

Os dados demonstram uma fragilidade da Atenção Básica à Saúde em atuar como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde ao Câncer de Mama.

Pode-se levantar hipóteses em relação a fragilidade na assistência ao câncer de mama na AB. Como o exame de mamografia é realizado pela rede de serviços e não na UBS as EAB podem não se sentir participantes do processo de atenção. Ou pode haver uma indução do sistema de saúde quando cobra mais ações relacionadas ao câncer de colo uterino do que ao câncer de mama, como pode ser observado em fichas de consolidado do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A assistência às doenças crônicas, como os cânceres do colo do útero e da mama, é um dos desafios do SUS. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), nos países em desenvolvimento, as condições crônicas surgem na atenção primária e devem ser tratadas nesse nível de atenção. Porém, o que se percebe é uma atenção primária voltada para problemas agudos e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Essa desorganização dos sistemas de saúde caracteriza-se como fragmentado e um sistema assim é incapaz de gerenciar com eficácia condições crônicas (Figura 14).

#### Os sistemas fragmentados de saúde:

- Organizam-se por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros.
- São incapazes de prestar uma atenção contínua à população.
- Não contemplam uma população adscrita de responsabilização.
- A atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde.
- Os sistemas de apoio e os sistemas logísticos funcionam desvinculados da APS.
- A atenção é fundamentalmente provida de forma reativa e episódica e centrada na doença.

**Figura 14.** Os sistemas fragmentados de saúde.  
**Fonte:** OPAS, 2011.

A solução para a fragmentação dos sistemas de saúde tem recebido investimentos de vários países do mundo que é a organização de Redes de Atenção à Saúde (OPAS, 2011). A construção de políticas direcionadas na acomodação de redes regionalizadas e hierarquizadas deve, sobretudo, ser capaz de encarar o problema de qualidade e resolutividade das UBS, com ampliação dos serviços ofertados e

acesso oportuno, para que, assim que o cidadão tenha o primeiro contato com os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, a perspectiva da garantia do atendimento equânime e integral esteja presente (FAUSTO et al, 2014).

Conforme Mendes (2010) afirma a população é peça principal na estruturação das RAS e está colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. Em consonância, os sistemas de saúde devem ser capazes de responder às necessidades desta população, atuando com coerência com a situação de saúde dos usuários (DUARTE et al, 2015).

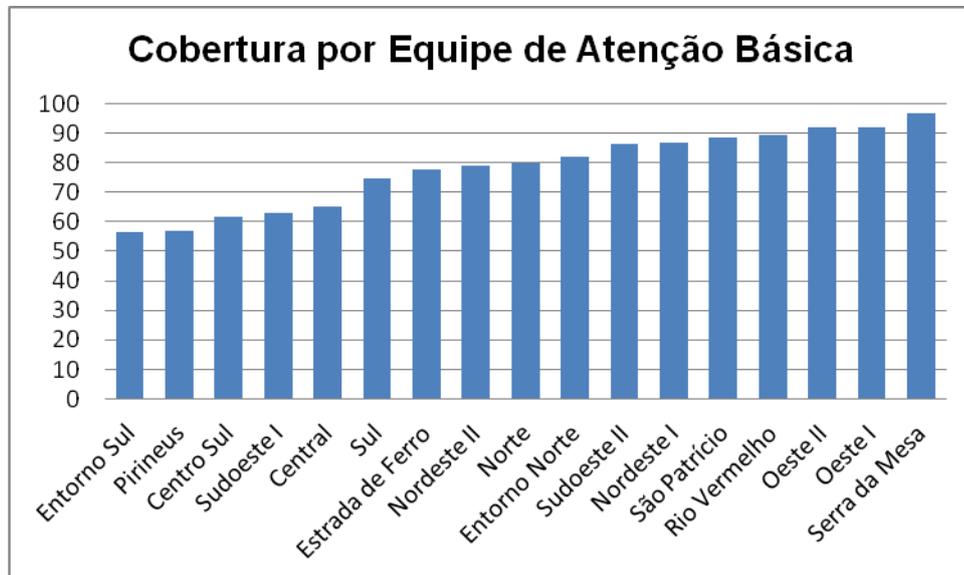
Porém, o que se observa é que a Atenção Básica das regiões de saúde não prezam por sua população adscrita, já que os dados encontrados revelam que poucas equipes tem o registro de suas usuárias elegíveis para medidas de rastreamento para o câncer de colo do útero e da mama e, na maioria das vezes não conhecem qual a linha de cuidado do câncer que suas pacientes tem seguido, principalmente do câncer de mama.

A qualidade e resolutividade não estão presentes nas regiões de saúde pesquisadas, já que ações e procedimentos que fazem parte da assistência aos cânceres de colo uterino e da mama não estão sendo realizados em plenitude pelas EAB, principalmente as do câncer de mama. Logo, a AB dessas regiões de saúde precisa organizar seu processo de trabalho com vistas a melhora da assistência além de ampliarem o número de UBS, pois ainda uma parte da população não se beneficia desse tipo de atenção.

A cada nova necessidade em saúde os serviços ofertados na APS devem ser característicos a serviços de primeiro contato, com porta de entrada preferencial aberta e resolutiva, que envolva facilitação do acesso e atendimento oportuno às demandas dos usuários, além de horários adequados de funcionamento. Assim, saber identificar as necessidades em saúde que podem ser atendidas na própria UBS ou em outros níveis de atenção que compõem o sistema e serviços de saúde (FAUSTO, et al 2014) .

Outro fator a ser discutido e que implica diretamente na assistência à esses cânceres é a cobertura por Equipes de Atenção Básica nas regiões analisadas, como se apresenta no Figura 15. Se não há uma atenção básica organizada que consiga dispor de serviços adequadas e suficientes a sua população, problema

maior se identifica no controle dos cânceres estudados em regiões em que há baixa cobertura por EAB.



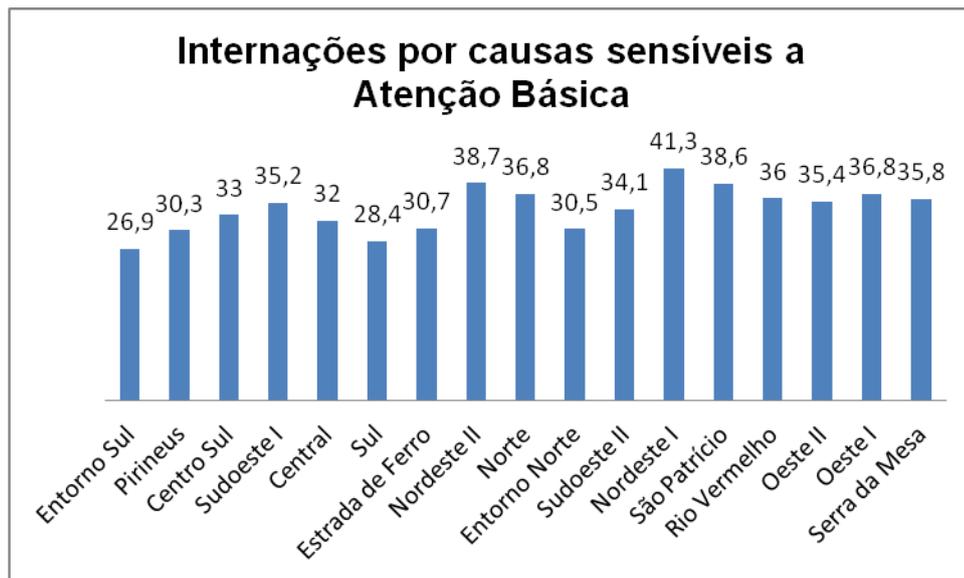
**Figura 15.** Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica por Região de Saúde, 2014.  
**Fonte:** DATASUS

Considera-se adequado pelo menos uma equipe de AB para cada 3000 pessoas residentes. Regiões com maiores coberturas das equipes da Atenção Básica à Saúde tem maior potencial de oferta de ações e serviços básicos para a população e melhor acesso a esse nível de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Outra forma de se avaliar o acesso e a cobertura dos serviços de AB é através da proporção de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB) (Figura 16). Condições sensíveis à Atenção Básica representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da AB diminuiria o risco de internações. Atividades de prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle de patologias crônicas refletem na redução das internações hospitalares por esses problemas. Altas taxas de ICSAB podem indicar problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho (ALFRADIQUE et al, 2009).

A AB como coordenadora do cuidado das RAS possui características importantes para o adequado funcionamento destas. Ela é a forma de atenção com o mais alto

grau de descentralização e capilaridade, é capaz de identificar riscos e necessidades de saúde por meio de uma clínica ampliada, elabora projetos terapêuticos singulares e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS e reconhece as necessidades de saúde da população sobre sua responsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).



**Figura 16.** Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) por Região de Saúde, 2014.  
**Fonte:** DATASUS

Estudos internacionais evidenciam que as RAS podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010).

São grandes os desafios assumidos pela AB quando esta atua como coordenadora das RAS. A falta de política institucional direcionada para o fortalecimento da AB, a visão restrita de alguns gestores e a insuficiência de recursos qualificados para a execução desta estratégia interferem na inovação das práticas de saúde, no acolhimento dos usuários e na vinculação destes na AB (CONIL; FAUSTO; GIOVANELA, 2010).

O planejamento de ações em saúde está intimamente ligado ao processo de avaliação, pois este último possibilita descrever, medir, analisar e explicar diversos fatores da assistência em saúde. Logo, a avaliação tem como objetivo colaborar com

o planejamento de uma ação, informar com vistas a melhorar uma intervenção e estabelecer seus efeitos para decidir sobre sua continuidade ou não (CARVALHO; ROSEMBURG; BURALLI, 2000).

Embora sejam notórios os avanços que o SUS alcançou em relação a períodos anteriores no país, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada ainda caracteriza-se como um dos seus principais desafios, principalmente diante da persistência de desigualdades no perfil sanitário e da fragmentação frequente observada entre as necessidades de saúde da população e o acesso à rede de serviços indispensáveis ao atendimento integral (DUARTE et al, 2015).

## 6 CONCLUSÕES

- Foi possível identificar que a maioria das Unidades Básicas de Saúde possuem estrutura adequada para a assistência ao câncer do colo do útero, já que mais de 95% das UBS possuem equipamentos e materiais utilizados na coleta do exame colpocitológico, como mesa para exame ginecológico e foco de luz. Quanto a disponibilidade de insumos utilizados nesse exame, 83,8% das UBS apresentam todos os itens pesquisados.
- As Equipes de Atenção Básica do Estado de Goiás desenvolvem diversas ações e procedimentos na atenção ao câncer do colo do útero e da mama como atividades de educação em saúde, descrita por 79,2% das EAB.
- Na assistência ao câncer de colo do útero, 92,5% das Equipes de Atenção Básica realizam a coleta do exame colpocitológico, bem como 80,3% tem o registro das mulheres que se enquadram na realização deste exame. Porém, apenas 49,9% das EAB mantêm o registro das mulheres com resultado de exame alterado e que são encaminhadas para outros níveis de atenção e 51,4% seguem protocolo de estratificação de risco.
- 69,2% das EAB realizam busca ativa das mulheres faltosas ao exame citopatológico do colo do útero enquanto 78,7% realizam busca ativa das mulheres com câncer de colo do útero.
- Na assistência ao câncer de mama 84,8% afirmaram que solicitam o exame de mamografia, porém, somente 39,6% possuem o registro das mulheres com indicação para a realização deste exame enquanto 40,8% registram quais as mulheres com exame de mamografia alterado foram encaminhadas para outros de níveis de atenção.
- 46,9% das EAB afirmam possuir protocolo de estratificação de risco para o câncer de mama e 64,2% realizam busca ativa de mulheres com câncer de mama.
- Na coordenação do cuidado ao câncer de colo uterino pelas cinco categorias de Regiões de Saúde, pode-se identificar resultados satisfatórios na disposição de materiais, equipamentos e insumos necessários para realizar a coleta do exame citopatológico do colo do útero, com mais de 95% das Unidades Básicas de Saúde

(UBS) abastecidas. A disposição de insumos variou de 77,1% para a categoria 5 (Região Central) e 88,4% para a categoria 3 (Região Oeste I, Pireneus, Sudoeste I e II e Sul).

- Na coordenação do cuidado do câncer do colo do útero, a Categoria 1 (Região Nordeste I e II) apresentou melhores resultados na atuação das Equipes de Atenção Básica, sendo que 88,6% das equipes possuem o registro das mulheres com requisitos para a realização do exame colpocitológico do colo do útero, 93,6% realiza coleta do citopatológico do colo do útero, 84,8% realiza busca ativa de mulheres com coleta do exame atrasada e 91,3% realiza busca ativa de mulheres com câncer do colo do útero.

- De maneira geral, as atividades de utilização de protocolo de estratificação de risco e de busca ativa de mulheres com exame atrasado tiveram os menores registros de realização pelas categorias de região.

- Na coordenação do cuidado do câncer de mama, a Categoria 5 (Região Central) apresentou melhores resultados na atuação das Equipes de Atenção Básica, sendo que 52,5% das equipes possuem o registro das mulheres elegíveis para a realização de mamografia, 57,7% possuem protocolo de estratificação de risco, 97,7% solicitam o exame de mamografia, 49,1% tem o registro das usuárias com exame alterado que foram encaminhadas para outros pontos de atenção e 80,8% realizam busca ativa das mulheres com câncer de mama.

- Nas atividades que devem ser desenvolvidas na coordenação do cuidado do câncer de mama, a solicitação do exame de mamografia foi a mais identificada entre as categorias de região. As demais ações nem metade das equipes realizavam.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo levanta desafios na coordenação do cuidado pela Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde ao câncer do colo do útero e principalmente ao câncer de mama, mostrando fragilidades das ações da Atenção Básica que se tornam obstáculos na integralidade da atenção desses agravos.

Na atenção ao câncer do colo uterino, a estrutura se mostrou satisfatória com quase totalidade das Unidades Básicas de Saúde abastecidas com materiais e equipamentos. Na avaliação do processo, as EAB tiveram melhor desempenho em determinadas ações como promoção da saúde, coleta do exame citopatológico e busca ativa das mulheres com câncer cérvico-uterino, normalmente ações confirmadas no Sistema de Informação da Atenção Básica, revelando que as equipes não desempenham todas as ações importantes na linha de cuidado no câncer e atuam de forma passiva a espera da usuária. Não conhecem sua população, já que não tem registrado qual a sua população alvo e não seguem protocolos de estratificação de risco, tornando impossível o planejamento de ações efetivas no controle dessa neoplasia.

As EAB comportam-se como se a assistência ao câncer de mama não estivesse inserida na Atenção Básica. Desconhecem sua população alvo e não desenvolvem as ações inerentes a Atenção Básica, mostrando que não se sentem participantes do cuidado ao câncer de mama. Dessa forma, a Atenção Básica se afasta da condição de coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Assim, a estruturação das Redes de Atenção à Saúde no Estado de Goiás está longe de ser alcançada, pois a Atenção Básica se mostra frágil na coordenação do cuidado aos cânceres do colo do útero e da mama e, conseqüentemente, a ordenação da assistência nos outros pontos de atenção fica prejudicada.

Torna-se necessário o investimento dos gestores para implantação e implementação de políticas de saúde mais efetivas que visem o fortalecimento da Atenção Básica e a mudança de comportamento das EAB para melhor desempenho de sua assistência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR R. A. T. **A Construção Internacional do Conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua Influência na Emergência e Consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil** [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

ALFRADIQUE M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil) **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

AMORIM V. M. S. L. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2329-2338, nov, 2006

ARBYN M. et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document. **Annals of Oncology** 21: 448–458, 2010.

BAPTISTA T. W. F.; FAUSTO M. C. R.; CUNHA M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [ 4 ]: 1007-1028, 2009.

BODSTEIN R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3):401-412, 2002

BORGES C. F.; BAPTISTA T. W. F. A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 27-53, mar./jun.2010

BORGES S. B. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de mama atendidos em um ambulatório de mastologia da região do Vale do Itajaí. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica** Vol. 9, n33 julho / agosto / setembro 2013.

BOSI M. L. M.; UCHIMURA K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública** 2007;41(1):150-3

BOTTARI C. M. S., VASCONCELLOS M. M, MENDONÇA, M. H. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da Atenção Básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S111-S122, 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova Norma Operacional da Assistência À Saúde – NOAS-SUS 01/2002; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB: manual do sistema de informação de Atenção Básica** – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Organizando a Assistência** – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de **Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2006a. xx p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 1.).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prograb : Programação de gestão por resultados**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006c. 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades: Recife-PE, 13 a 15 de dezembro 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 208 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mais Perto de Você**. [Internet]. Brasília, 2012b. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) . Acesso: 02 de maio de 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília, 2014.

BRITO C.M.S., NERY I.S, TORRES L.C. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da Citologia Oncótica. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2007 jul-ago; 60(4):387-90.

BRITO K. S. B. **Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso da condição marcadora em um estudo misto** [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2013.

BRITO-SILVA, K. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista Saúde Pública** 2014; 48(2): 240-248. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0240.pdf> Acesso em: 20 out 2015

BUENO H. A **Utilização da Sala de Situação de Saúde no Distrito Federal** [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Brasília. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Coletiva. Brasília, 2003.

CARVALHO G.; ROSEMBURG, C. P. BURALLI K. O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **Mundo da Saúde**, 24:72-88. 2000.

CASARIN M. R., PICCOLI J. C. E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(9):3925-3932, 2011

CASTRO, 2009. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008.** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

CASTRO A. L. B.; MACHADO C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4):693-705, abr, 2010

COELHO EAC. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160.

COELHO, E. A. C. et al. Demandas de mulheres por cuidado à saúde: subsídios para a construção da integralidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.26, n.3, p.574-584, set./dez. 2012.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

CONILL E.M., FAUSTO M.C.R., GIOVANELLA L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 1): S15-S27 nov., 2010

CONTANDRIOPOULOS, A. F. **A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. Versão adaptada de um artigo dos mesmos autores**, L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts & méthodes, publicado nas atas do colóquio editadas por LEBRUN, SAILLY & AMOURETTI (1992:14- 32). In: HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1.

CONTANDRIOPOULOS A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):705-711, 2006

CORBO A. D.; MOROSINI V. G. C.; PONTES A. L. M. **Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde**. In: MOROSINI MVGC. Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

CORRÊA R.S. et al. Estimativas da cobertura mamográfica no Estado de Goiás, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(9):1757-1767, set, 2011.

CORRÊA D. A. D.; VILLELA W. V.; ALMEIDA, A. M. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. Texto **Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 395-400.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4):1073-1083, 2009.

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

DAWSON B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920**. Washington:OPS; 1964. (Publicación Científica n. 93).

D'INNOCENZO M.; ADAMI N. P.; CUNHA I. C. K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2006 jan-fev; 59(1): 84-8

DONABEDIAN A. **The quality of care**. How can it be assessed? Arch Pathol Lab Med. 1997 Nov; 121(11): 1145-1150

DUARTE C. M. R. et al. Proposta de Tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(6):1163-1174, jun, 2015

FACCHINI L. A., et al. **Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família** (Proesf). Pelotas: UFPel; 2006.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 5-8, out 2014

FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4 (3): 317-321, jul. / set., 2004

FERLAY J, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, **Cancer Incidence and Mortality Worldwide**: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr> . Acesso: 15 de fevereiro de 2015.

FERREIRA, J. B. B. F. O processo de descentralização e regionalização da saúde no Estado de São Paulo. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). **Política e gestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FREITAS-JUNIOR, R. et al. Aumento de 277% na incidência de câncer de mama em mulheres entre 50 e 59 anos: por que essa explosão? **Prática Hospitalar**. Ano X, n. 52-59, p. 17-20, set-out. 2008. Disponível em: <http://www.officeeditora.com.br/private/PH/ph59/pdf/03.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

GIOVANELLA L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

GIOVANELLA L., et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783-794, 2009

GIOVANELLA L., MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária em Saúde**. In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et. al (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Situação de saúde de Goiás 2013 – Cartilha de indicadores de saúde georreferenciados**. Coordenadores responsáveis Halim Antonio Girade ... [et al]. –Goiânia : Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 2013. 82 p. : il., color., tabs

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR**. Goiânia, 2004..2ª edição revisada

GUIMARÃES J. A. F., et al. Pesquisa Brasileira sobre Prevenção do Câncer de Colo Uterino: uma revisão integrativa. **Rev Rene**. 2012; 13(1):220-30

HARTZ, ZMA; CONTANDRIOPOULOS, AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas Populacionais para o TCU/2010**. [Internet].

IARC. International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10: **Cervix Cancer Screening**. Lyon, France: IARC Press 2005.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher. **Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Sumário Executivo. **Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. Alimentos, Nutrição e Atividade Física**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Versão revista e ampliada do Programa Viva Mulher, desmembrado em Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pnc\\_c\\_mama.pdf?MOD=AJPERES](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pnc_c_mama.pdf?MOD=AJPERES) Acesso: 20 nov 2015

\_\_\_\_\_. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. 124p. : il. col., mapas. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa24042014.pdf> Acesso: 07 de julho de 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2014b.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2014c.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). **Painel Razão de Exames citopatológicos/população**. [2014]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/indicadores/p1\\_razao-exames-cito-populacao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/p1_razao-exames-cito-populacao) Acesso em: 25.11.2015

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/> Acesso: 20 fev 2016

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015b.

JEMAL, A. et al. Global cancer statistics. CA: **A Cancer Journal for Clinicians**. Atlanta, GA, EUA. American Cancer Society, v.61 n.2, p.69-90, mar-apr, 2011. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20107/pdf> Acesso: 02 set 2015

LAVRAS C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MACHADO, F. S.; PINHO, I. G. ; LEITE, C. V.. A Prevenção Do Câncer De Mama Pela Atenção Primária Sob A Ótica De Mulheres Com Esta Patologia. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 2, n. 2, p. 271-283, nov./ dez. 2009.

MARTINS L. F. L.; THULER L.C. S.; VALENTE J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2005; 27(8): 485-92.

MATTA G. C.; MOROSINI M. V.G. **Atenção Primária à Saúde. Dicionário da educação profissional em saúde**, 2007.

MENDES E.V. **As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte**: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009a

MENDES E. V. Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná. Lima: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009b

MENDES E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MENDONÇA V. G. et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2008; 30(5):248-55.

MOLINA L., DALBEN i., DE LUCA L.A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Rev Assoc Med Bras** 2003; 49(2): 185-90

OMS/UNICEF. Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde de Alma-Ata, URSS**, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Brasília, 2003

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.** Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4).

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM J. S. **Saúde Política e Reforma Sanitária.** Salvador: CEPS-ISC, 2002. In: PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006.158 p.

PAIM, J S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006.158 p

PAULINELLI R.R. et al. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, 3 (1): 17-24, jan. - mar., 2003

PAZ, APB; SALVARO, IJ. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Propostas Educativas Em Foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, Número Monográfico, Octubre, 2011, 121-133

PESQUISA REGIÃO E REDES. **O caminho para a universalização da saúde no Brasil. Metodologia 2014.** [http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio\\_tipologias\\_versaojul2014.pdf](http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologias_versaojul2014.pdf) (acessado em 28/Nov/2014).

PICOLO G. D., CHAVES L. D. P., AZEVEDO A. L. C.S. A produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa. **Rev Eletr Enferm.** [Internet] 2009 Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a22.htm>

PINHO AA et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cad Saúde Pública** 2003; 19 Suppl 2:S303-13.

PINHO A.A., FRANÇA-JUNIOR I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, 3 (1): 95-112, jan. - mar., 2003

PINHO MCV; JODAS DA; SCOCHI MJ. Profissionais de Saúde e o Programa de Controle do Câncer do Colo Uterino e Mama. **Rev Enferm UFSM** 2012 Mai/Ago;2(2):242-251

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, suppl., ago. 2012 Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 15 setem. 2015

RAMOS A.S. et al. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de Saúde da Família, quanto à realização do exame preventivo de papanicolaou. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 março-abril; 14(2):170-4.

RABÊLO P.P.C. **Ações do controle do câncer de mama entre usuárias da Atenção Básica em São Luís, MA.** [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: 2014.

RIBEIRO FA. **Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica** [Dissertação de Mestrado] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007.

SAVASSI. L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade.** Florianópolis, 2012, Abr.-Jun.; 7(23): 69-74.

SILVA S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2753-2762, 2011

SILVA K.S.B. **Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso da condição marcadora em um estudo misto** [Tese]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

SILVA, W. B. **Atenção ao câncer de colo de útero e de mama no estado de Goiás** [Dissertação de Mestrado] no prelo - Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2015.

SILVEIRA D.S., SANTOS I.S., COSTA J.S.D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1):131-139, jan-fev, 2001

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

STARFIELD B. **Efetividade e Eqüidade em Serviços de Saúde pela Atenção Primária em Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades: Recife-PE, 13 a 15 de dezembro 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 208 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O Papel da Avaliação para a Tomada de Decisão na Gestão de Serviços de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):821-828, 2012.

TFAYLI A. et al. Breast Cancer in Low- and Middle-Income Countries: An Emerging and Challenging Epidemic. **Journal of Oncology**, 2010.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49, n.4, p. 227-238, 2003. Disponível em <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_49/v04/pdf/revisao1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/revisao1.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2016.

THULER, L. C. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2008; 30(5):216-8.

THULER L.C.S., MENDONÇA G. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2005; 27(11): 656-60

TÔLEDO S.R.S. **Prevalência E Fatores Associados ao Fluxo Assistencial de Usuárias Com Câncer De Mama na Rede Pública de Atenção à Saúde em Goiânia, Goiás** [Dissertação de Mestrado] – no prelo. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2012.

TOMASI E. et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 15 (2): 171-180 abr. / jun., 2015

URBAN L.A.B.D. et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. **Radiol Bras**. 2012 Nov/Dez;45(6):334–339.

VALE D.B.A.P. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):383-390, fev, 2010

VIANA, A. L. A.; LIMA L. D.; FERREIRA M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc Saúde Coletiva** 2010; 15:2317-26.

WHO - World Health Organization. **Programmes and projects: cancer, screening and early detection of cancer**. WHO, 2014.

## ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):  
Avaliação externa do PMAQ ciclo II

**Pesquisador:** Luiz Augusto Facchini

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 21494013.0.0000.5317

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina

**Patrocinador Principal:** Ministério da Saúde

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 487.055

**Data da Relatoria:** 02/12/2013