

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

**WYCILENE BERNARDES DA SILVA**

**ATENÇÃO AO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO E DE MAMA NO  
ESTADO DE GOIÁS**

**GOIÂNIA  
2015**

**TEDE**

**WYCILENE BERNARDES DA SILVA**

**ATENÇÃO AO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO E DE MAMA NO  
ESTADO DE GOIÁS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de 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

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Nilza Alves Marques Almeida

**GOIÂNIA**

**2015**

**FICHA**  
**CATALOGRÁFICA**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

WYCILENE BERNARDES DA SILVA

### ATENÇÃO AO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO E DE MAMA NO ESTADO DE GOIÁS

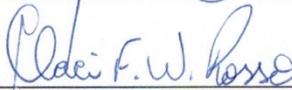
Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 26 / 02 / 2015.

#### BANCA EXAMINADORA



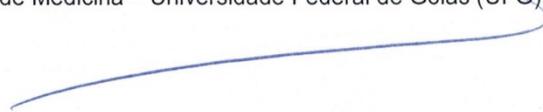
Profª. Drª. Marta Rovey de Souza - Orientadora e Presidente  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás (UFG)



Profª. Drª. Claci Fátima Weirich Rosso – Membro Efetivo Interno  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás (UFG)



Prof. Dr. Ruffo de Freitas Júnior – Membro Efetivo-Externo  
Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Goiás (UFG)





*Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, fonte da minha força, fé, paciência e esperança. Meu amparo, meu repouso, minha fortaleza, meu tudo!*

*Aos meus queridos pais, Célio e Eni, por serem os meus maiores apoiadores, acreditando no meu potencial e se alegrando com cada conquista por mim alcançada.*

*À minha irmã Crislene e família pela amizade e carinho a mim dispensado.*

*Ao meu namorado, amigo, companheiro e amor, Carlos, pelo apoio, carinho, cumplicidade e compreensão. Obrigada por fazer parte da minha vida.*

*Amo vocês hoje, amanhã e sempre!*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar sempre ao meu lado, me capacitando, me fortalecendo a contornar todas as dificuldades e conquistar mais essa vitória.

Aos **meus familiares**, em especial aos **meus pais, Célio e Eni, a minha irmã, Crislene e aos meus tios, Selmo e Ivonilda**, que me ajudaram e torceram pelo meu sucesso e pela paciência, compreensão, carinho e amizade.

Ao **Carlos**, meu namorado, por todo amor, compreensão, pelos estímulos e por compartilhar dessa conquista.

À minha orientadora, **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Roverly de Souza**, pessoa especialíssima com quem divido a construção desde estudo. Agradeço de forma muito especial e respeitosa, pela disponibilidade, paciência, amizade, pelo carinho, incentivo, profissionalismo e impagáveis ensinamentos na construção deste trabalho.

À minha Co-orientadora, **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nilza Alves Marques Almeida**, pelos momentos de convívio, ensinamentos e contribuições. Muito obrigada, você foi muito importante na primeira etapa deste trabalho.

À **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claci Fátima Weirich Rosso** pelas valiosas contribuições para a redação da dissertação, tanto na qualificação, como na defesa.

Ao **Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Ruffo Freitas Júnior** por ter aceitado participar da banca de defesa e pelas grandiosas contribuições.

Aos **professores do mestrado** por contribuírem na ampliação do meu potencial reflexivo, crítico e transformador, diante das variadas situações que envolvem a minha vida profissional.

À minha amiga e companheira de trajetória, **Patrícia**, com quem compartilhei conhecimentos, dificuldades e alegrias. Acredito que sempre nos apoiamos uma na outra. De fato, o mestrado nos tornou ainda mais próximas, fortalecendo nossa amizade. Obrigada por tudo.

Aos **colegas do mestrado (turma 2012)**, pelas trocas de experiência e momentos valiosos que vivenciamos.

Às **colegas de trabalho** da Secretária Municipal de Saúde de Itarumã, pela solidariedade e compreensão. Em especial, as enfermeiras **Fernanda e Franciny**, que sempre foram amigas e solidárias, que torceram por mim e que compreenderam as minhas ausências no período das aulas do mestrado e conclusão da dissertação.

Ao **Gestor Municipal** de Saúde de Itarumã, por incentivar o aprimoramento profissional em nível de mestrado.

Aos **amigos e amigas**, que sempre se fizeram presentes, que se preocuparam, que foram solidários, que torceram por mim, que entenderam o meu período de

ausência, em que não pude comparecer as confraternizações e as festas, pois tinha um objetivo a alcançar, a concretização da dissertação. Muito obrigada por tudo.

As **mulheres usuárias do SUS** e aos **profissionais de saúde** envolvidos nesse estudo, pois sem a contribuição deles a realização desta pesquisa seria inviável.

Enfim, a todas as pessoas que contribuíram comigo durante essa caminhada.

Aprendi muito com todos!  
Muito obrigada!

## RESUMO

**Introdução:** O câncer do colo de útero e de mama são um problema de saúde pública que acomete mulheres de todo mundo. No Brasil a Atenção Básica tem papel fundamental no controle desses cânceres, pois atua em várias dimensões, desde ações de promoção e prevenção ao seguimento das mulheres tratadas. Este estudo objetivou analisar as ações e os serviços de Atenção Básica (AB) na prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama no Estado de Goiás.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, cujas informações selecionadas foram geradas a partir do banco de dados da base nacional da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em Goiás realizada entre julho e setembro em 2012. A amostra do estudo foi constituída pelas 1.216 Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos 246 municípios do estado de Goiás que aderiram ao PMAQ-AB e que responderam ao módulo I, pelos 677 profissionais que responderam as entrevistas do modulo II e pelas 1.936 usuárias que estavam presentes no momento da visita nas UBS e responderam ao módulo III. **Resultados:** Verificou-se que a maioria das unidades (98,1%) realiza a coleta do exame citopatológico, mas nem todas possuem permanentemente os insumos e materiais indispensáveis para a realização do exame. A quantidade de mamógrafos é suficiente para atender as mulheres, mas estão distribuídos de maneira desigual pelas Regionais de Saúde. As usuárias da AB acham perto ou razoável a distância das unidades a suas casas, o horário de funcionamento atende suas necessidades, as consultas são marcadas por ordem de chegada (91,4%) e quando estão com algum problema ginecológico, 17,4% não conseguem atendimento na hora. Apenas 8,5% receberam a indicação de realização da colposcopia após algum exame alterado e 78,1% nunca foram encaminhadas para consulta com o ginecologista. **Conclusões:** Este estudo mostrou que não somente Atenção Básica em Goiás não está organizada de maneira a ser o centro ordenador das Redes de Atenção à Saúde, como também que existe uma certa fragilidade no que se refere a linha do cuidado do câncer, o que dificulta o acesso aos serviços e o cuidado integral às mulheres.

**Palavras-chave:** Neoplasias da Mama; Neoplasias do Colo do Útero; Serviços de Saúde da Mulher; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cervix and breast cancers are a public health problem that affects women around the world. In Brazil, Primary Care plays a fundamental role in controlling these cancers because it acts in several scopes, from promotion and prevention to the follow-up of treated women. This study aimed to analyze the actions and Primary Care services (PC) in cervical and breast cancers prevention in the state of Goiás. **Methodology:** This is a descriptive cross-sectional study, which selected information were from the national base of the database of external evaluation of the Improvement Access and Quality of Primary Care Program (IAQP-PC) in Goiás held from July to September 2012. The sample of this study is 1.216 basic Health Units (BHU) of 246 municipalities in the state of Goiás, which joined the IAQP-PC and responded to module I, by 677 professionals who answered the module II interviews and 1,936 users who were at the BHU and responded to the module III. **Results:** It was found that most units (98.1%) perform the collection of cervical cancer screening, but not all permanently have the necessary supplies and materials for the exam. The amount of mammography devices is sufficient to meet women, but they are not well distributed by health districts. PC users think the distance from the health units to their houses is reasonable or near, opening hours meet their needs, consultations are booked according to arrival order (91.4%) and when they are with some gynecological problem, 17.4% cannot be meet on time. Some women (13.5%) never performed the screening test, among these 44.6% were mean aged according to Ministry of Health. Only 8.5% received an indication of colposcopy after some abnormal test result and 78.1% have never been sent for a gynecological consultation. **Conclusions:** This study showed that not only Primary Care in Goiás is not well managed enough to be the originator center of the Health Care Networks as well as that there is some weakness regarding the line of cancer care, making it difficult to access to services and comprehensive care to women.

**Keywords:** Breast Neoplasms; Neoplasms of the cervix; Health Services for Women; Quality, Access, and Health Care Evaluation; Primary Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Taxa de mortalidade por câncer de mama e câncer do colo de útero, ajustada pela idade, pela população mundial, por 100.000 mulheres, Brasil entre 1982 a 2012 .....	19
<b>Figura 2</b> - Representação espacial das taxas brutas de incidência da neoplasia maligna da mama por 100 mil mulheres, estimadas para 2014, segundo unidade de Federação .....	20
<b>Figura 3</b> - Representação espacial das taxas brutas de incidência de neoplasia maligna do colo do útero e do útero por 100 mil mulheres, estimadas para 2014, segundo unidade de Federação .....	21
<b>Figura 4</b> - Linha do tempo da atenção à saúde da mulher e aos cânceres de colo do útero e mama no Brasil .....	33
<b>Figura 5</b> - Linha do cuidado ao câncer .....	35
<b>Figura 6</b> - Desenho dos sistemas fragmentados para as Redes de Atenção à Saúde .....	38
<b>Figura 7</b> - A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde .....	39
<b>Figura 8</b> - Mapa do estado de Goiás dividido em macrorregiões .....	47
<b>Figura 9</b> - Categorização dos municípios do estado de Goiás por modalidade de avaliação .....	48
<b>Figura 10</b> - Razão de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. Goiás, 2002 a 2012 .....	58
<b>Figura 11</b> Taxa bruta de mortalidade por câncer de colo do útero. Goiás, 2002 a 2012 .....	58
<b>Figura 12</b> - Representação espacial da relação de mulheres de 40 a 69 anos por mamógrafos em uso de acordo com as regiões de saúde, Goiás, 2008.....	62
<b>Figura 13</b> - Representação espacial da relação de mulheres de 40 a 69 anos por mamógrafos em uso de acordo com as regiões de saúde, Goiás, 2015.....	63
<b>Figura 14</b> Distribuição percentual da cobertura de mamografia para mulheres de 40 a 69 anos, 50 a 69 anos, por tipo de atendimento e por regional de saúde, Goiás, 2008 .....	64

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Algumas características sociodemográficas das mulheres entrevistadas pelo PMAQ-AB em Goiás, 2015.....55

**Tabela 2** - Dados sobre o acesso às unidades de saúde de acordo com as mulheres entrevistadas pelo PMAQ-AB em Goiás, 2015.....67

**Tabela 3** - Faixa etária das mulheres que relataram nunca terem realizado exame preventivo de câncer de colo do útero, que estavam nas unidades de saúde participantes do PMAQ-AB em Goiás, 2015 .....69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ECM	Exame Clínico das Mamas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSSF	Estratégia de Saúde da Família Fluvial
eSFR	Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha
IARC	International Agency for Research on Cancer
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAO	Política Nacional da Atenção Oncológica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RAO	Rede de Atenção Oncológica
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer

SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Colo da Mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>25</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
<b>4.1 A Atenção Primária à Saúde no mundo e no Brasil.....</b>	<b>27</b>
<b>4.2 Atenção à saúde da mulher e aos cânceres de colo do útero e     mama no Brasil .....</b>	<b>30</b>
<b>4.3 Integralidade e as Redes de Atenção à Saúde.....</b>	<b>36</b>
<b>4.4 Processo de gestão na garantia da integralidade.....</b>	<b>40</b>
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Tipo e período de estudo .....</b>	<b>45</b>
<b>5.2 Local de estudo.....</b>	<b>46</b>
<b>5.3 Amostra do estudo .....</b>	<b>48</b>
<b>5.4 Coleta de dados .....</b>	<b>49</b>
<b>5.5 Aspectos éticos .....</b>	<b>50</b>
<b>5.6 Análise de dados .....</b>	<b>50</b>
5.6.1 Variáveis do estudo .....	51
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>54</b>
<b>7 CONCLUSÕES .....</b>	<b>75</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>96</b>

.....**APRESENTAÇÃO**

---

## APRESENTAÇÃO

Esta investigação originou-se de minha inquietação com a temática da assistência integral à saúde da mulher, ao olhar para a incidência do câncer de colo do útero e de mama, mesmo com a aparente disponibilidade dos serviços públicos de saúde. Também, a respeito da importância do processo de gestão, como um instrumento para garantir a integralidade do atendimento oferecido à essa população de acordo com a sua realidade.

De alguma forma, tenho a intenção de contribuir para o aprimoramento da atenção prestada às mulheres com relação ao câncer de colo uterino e de mama no estado de Goiás.

O interesse em estudar e aprofundar o conhecimento sobre a importância das ferramentas de gestão dos serviços de saúde, especificamente na Atenção Básica (AB), está relacionado diretamente à minha trajetória profissional. O apreço pela Atenção Básica foi imediato ao assumir a coordenação de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Itarumã-Go. Logo após, houve o convite para a coordenação do Núcleo de Vigilância em Saúde do município, onde tive um contato maior com os dados epidemiológicos do município e do Estado de Goiás, de maneira geral. Em seguida, recebi também o desafio de assumir a coordenação da Atenção Básica, aumentando ainda mais a minha responsabilidade perante o município.

Sempre gostei muito de estudar e me manter atualizada na área em que atuo, quando assumi a ESF, percebi que o conhecimento que adquiri na graduação sobre o assunto era insuficiente e então, decidi cursar uma Pós-Graduação *Lato Sensu* em enfermagem voltada à Saúde da Família e gerenciamento, para um maior aperfeiçoamento profissional. Depois disto, o interesse pelo tema só aumentou e ao assumir a Atenção Básica ingressei na terceira turma de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Conhecer como os serviços de saúde estão organizados para prestar assistência a essas mulheres, na perspectiva da integralidade, foi um fator estimulador para a escolha de meu tema de pesquisa. Parto do pressuposto de que o cuidado proposto pelas políticas de saúde, no âmbito da saúde feminina, precisa ser olhado com mais

zelo, no sentido de atribuir a estas mulheres, a compreensão de que são sujeitos ativos e responsáveis por sua saúde.

A integralidade que buscamos ou que sonhamos vai além da implantação de políticas públicas, que poderiam apenas ficar no papel, essa integralidade pode ser entendida como eixo prioritário nas ações de cuidado às mulheres, eliminação de barreiras de acesso entre os diferentes níveis de atenção, atendimento às necessidades de saúde específicas destas nos âmbitos locais e regionais e comprometimento de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde.

O desafio desse estudo, de maneira geral, é identificar quais entraves dentro da rede de serviços de saúde oferecidos às mulheres, com relação à atenção ao câncer de colo do útero e de mama, impedem a atenção a esta população levando em conta a integralidade como eixo norteador das políticas de saúde.

Assim, no primeiro momento, apresento na Introdução, as estimativas mundiais de câncer, a problemática do câncer do colo de útero e de mama no mundo, no Brasil e no Estado de Goiás, breve discussão do rastreamento desses cânceres e o papel da Atenção Básica perante os mesmos e finalmente, a organização da Rede de Atenção Oncológica visando à integralidade do cuidado. Ainda é colocada a justificativa pelo interesse do estudo e a pergunta de investigação que delimita os objetivos propostos.

No segundo momento - o Referencial Teórico foi dividido em quatro eixos, sendo eles a abordagem da Atenção Primária à Saúde no mundo e no Brasil, a Atenção à Saúde da Mulher, dando ênfase à atenção aos cânceres de colo do útero e de mama, a discussão de Integralidade e as Redes de Atenção em Saúde e o Processo de Gestão para a garantia da Integralidade.

No terceiro momento – a Metodologia, apresentando a opção pelo estudo descritivo de corte transversal aninhado a uma pesquisa nacional, realizada pelo Ministério da Saúde que avalia a Atenção Básica, o local e os sujeitos do estudo, a coleta e análise dos dados e as variáveis utilizadas na pesquisa.

No quarto momento – Resultados e discussão da análise dos dados distribuídos em três unidades temáticas. A primeira apresentando o perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo, a segunda as ações e serviços de prevenção do

câncer de colo do útero e de mama na Atenção Básica, e a terceira identificando o acesso a esses serviços no Estado de Goiás.

No quinto momento – As conclusões do trabalho, onde respondo aos objetivos e o sexto momento onde coloco minhas considerações e algumas recomendações, pontuando as falhas dos serviços de atenção à saúde da mulher destinados à prevenção dos cânceres do colo de útero e de mama e possíveis meios para a contemplação do cuidado integral das usuárias.

Assim, desejo que a leitura dos resultados desse estudo possa contribuir para o exercício de práticas coletivas de cuidado pautadas na integralidade dos sujeitos.

**.....INTRODUÇÃO**

## 1 INTRODUÇÃO

Estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, do inglês International Agency for Researchon Cancer), da Organização Mundial da Saúde (OMS), mostram que houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012. Esses números continuarão aumentando nos países em desenvolvimento e crescerão ainda mais em países desenvolvidos, se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas (INCA, 2014).

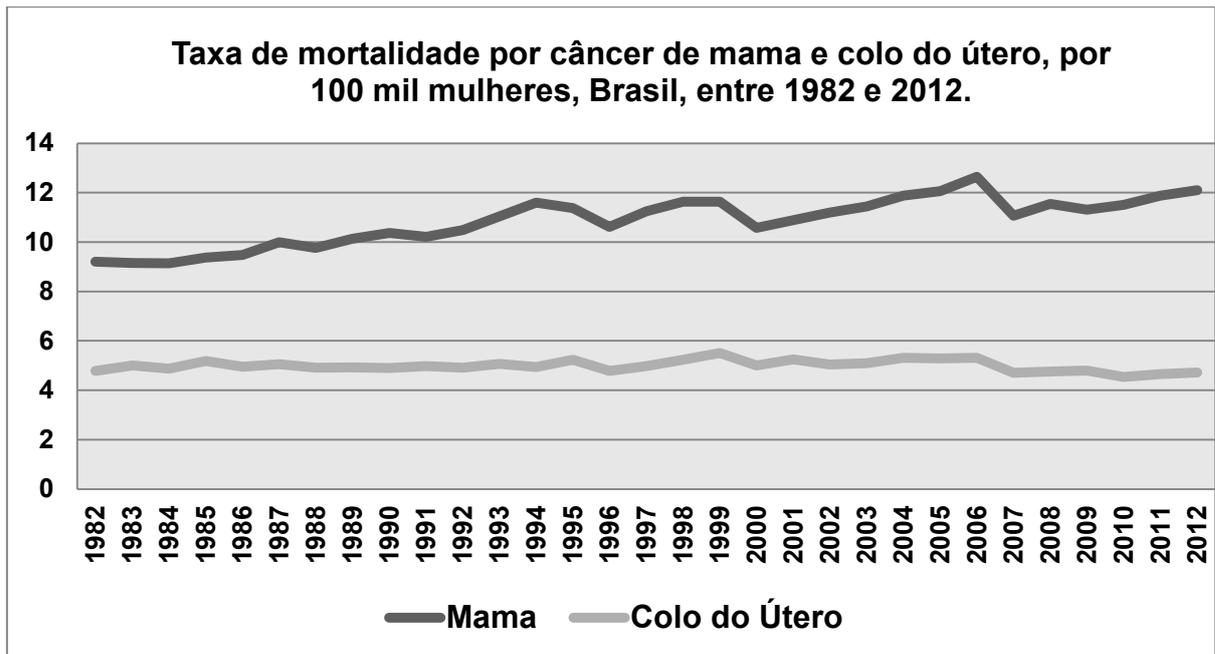
Em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento (INCA, 2014).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer - INCA (2014), nos países desenvolvidos, os tipos de cânceres mais frequentes na população feminina são o de mama, cólon, reto e pulmão, e nos países em desenvolvimento, o de mama, colo do útero e pulmão.

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos. Cerca de 1,67 milhões de casos novos dessa neoplasia foram esperados para o ano de 2012, em todo o mundo, o que representa 25% de todos os tipos de cânceres diagnosticados nas mulheres. Suas taxas de incidência variam entre as diferentes regiões do mundo, com as maiores em 2012 na Europa Ocidental (96/ 100 mil) e as menores na África Central e na Ásia Oriental (27/ 100 mil) (INCA, 2014).

O outro tipo de câncer que mais atinge as mulheres de acordo com o INCA (2014) é o do colo do útero, estimativas mundiais para o ano de 2012 consideram-no como o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com 527 mil casos novos. Sua incidência é maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos mais desenvolvidos. Em geral, ele começa a partir de 30 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. Esse câncer foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres em 2012, sendo que 87% deles ocorreram em países em desenvolvimento.

No Brasil, esse cenário não é diferente. De acordo com o INCA as taxas de mortalidade, pelo câncer de mama e pelo câncer do colo de útero se comportam de maneira diferenciada, como podemos observar na Figura 1 abaixo, a taxa de mortalidade por câncer de mama aponta uma tendência de aumento, e já o câncer de colo do útero, tem apresentado um leve decréscimo nos últimos anos (INCA, 2014).

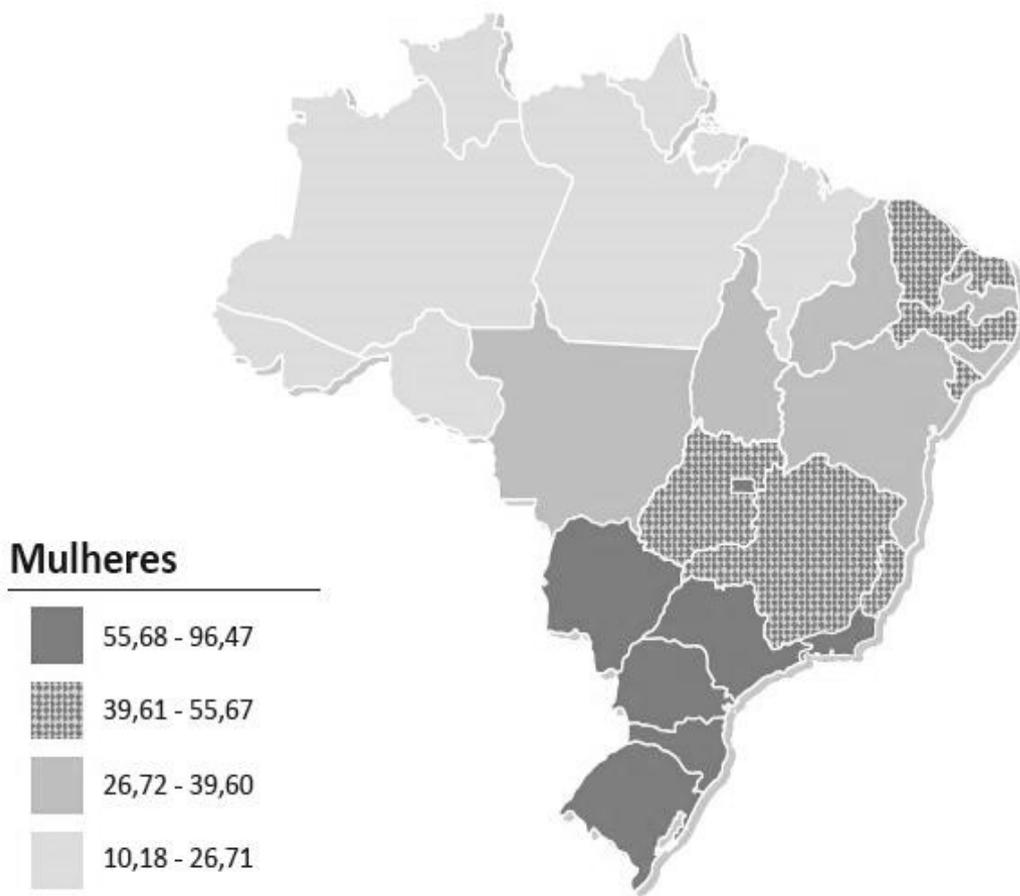


**Figura 1** – Taxa de mortalidade por câncer de mama e câncer do colo de útero, ajustada pela idade, pela população municipal, por 100.000 mulheres, Brasil, entre 1982 a 2012. Elaborado pela autora.

**Fonte:** Atlas on-line de monitoramento INCA, 2015.

Se tratando da incidência desses cânceres no País, para o ano de 2014/2015, o INCA aponta uma incidência de 57 mil casos novos de câncer de mama em mulheres e 15 mil casos de câncer do colo de útero no Brasil. Sendo que esses dois tipos de cânceres são os mais incidentes em mulheres, excetuando o de pele não-melanoma (FACINA, 2014).

Segundo o INCA (2014), no Brasil, estimativas para 2014 mostram um risco estimado de 56,09 casos de câncer de mama a cada 100 mil mulheres, sendo as regiões Sudeste (71,18/100mil mulheres), Sul (70,98/100mil mulheres), e Centro-Oeste (51,30/100mil mulheres), as regiões com as maiores taxas de incidência para o câncer de mama (Figura 2).

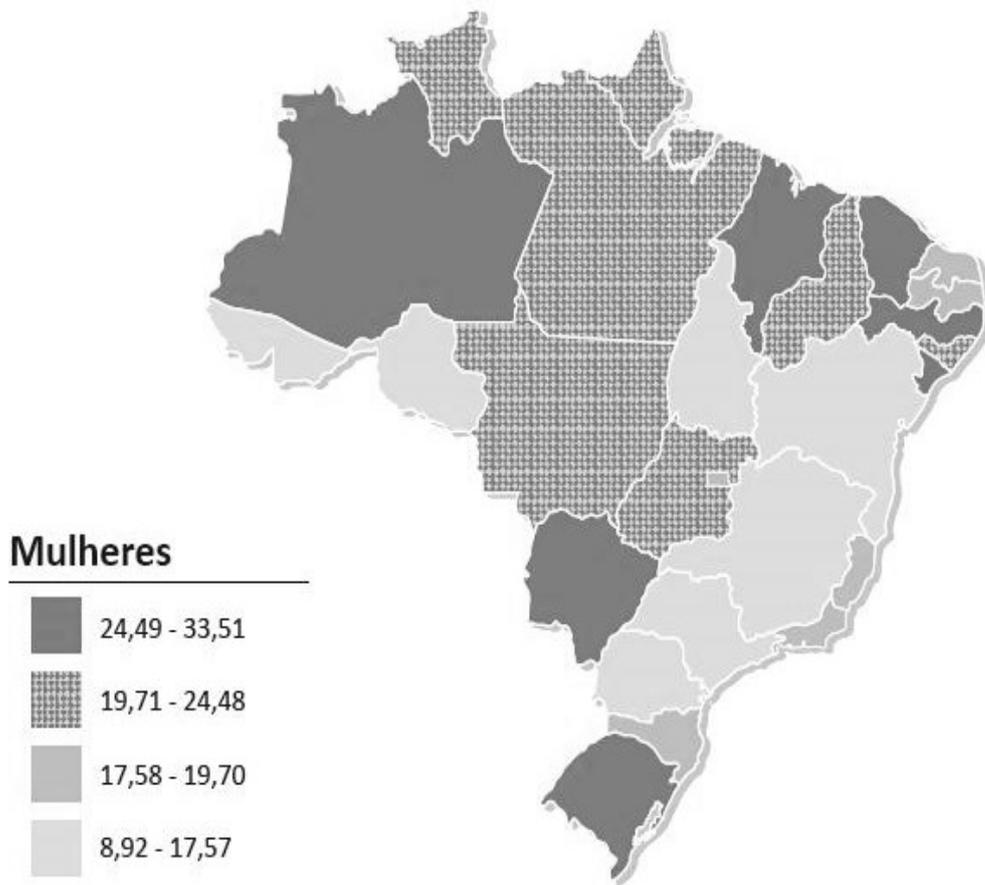


**Figura 2** – Representação espacial das taxas brutas de incidência da neoplasia maligna da mama por 100 mil mulheres, estimada para 2014, segundo unidade de Federação.

**Fonte:** INCA, 2014.

Com relação ao câncer de colo do útero, estima-se um risco de 15,33 casos novos a cada 100 mil mulheres, sendo as regiões mais incidentes, de maneira geral, a Norte com 23,57/100mil mulheres, Centro-Oeste com 22,19/100mil mulheres, e Nordeste com 18,79/100mil mulheres. Entretanto, existem disparidades entre os estados, sendo que, o Amazonas, Mato Grosso do Sul, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Sergipe e Rio Grande do Sul são os estados com as maiores taxas de incidência. (Figura 3) (INCA, 2014).

De acordo com o INCA (2014), são esperados 3.800 casos novos de câncer de mama em mulheres e 1.640 casos novos de câncer de colo do útero na região Centro-Oeste em 2014, sendo que desses, 1.500 casos de câncer de mama e 620 casos de câncer de colo do útero serão no Estado de Goiás.



**Figura 3** – Representação espacial das taxas brutas de incidência de neoplasia maligna do colo do útero e do útero por 100 mil mulheres, estimada para 2014, segundo unidade de Federação.

**Fonte:** INCA, 2014.

O câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos, podendo ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e conseqüentes diferenças nas respostas terapêuticas (INCA, 2011a). Ele é o resultado da interação de fatores genéticos com o estilo de vida, os hábitos reprodutivos e o meio ambiente. A idade é o principal fator de risco com aumento significativo após os 50 anos (INCA, 2014).

A prevenção primária dessa neoplasia é um campo de pesquisa e de intervenções bastante promissor. Cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados por medidas como uma alimentação saudável, prática de atividade física regular e manutenção do peso ideal. No Brasil, a mamografia bienal para mulheres entre 50 a 69 anos e o exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos é a estratégia recomendada para a detecção precoce do câncer de mama em mulheres com risco padrão. Para as mulheres de grupos populacionais

considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (INCA, 2014).

Apesar de ser considerado um câncer relativamente de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente. As taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados (INCA, 2014).

Já o câncer de colo do útero é uma doença evitável que evolui lentamente a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma *in situ*), que podem ser diagnosticadas precocemente e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer. É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas inicialmente e evoluir para quadros mais graves. Quando o diagnóstico é precoce, tem praticamente 100% de cura após tratamento (INCA, 2011b; RESSEL et al., 2013; SILVA et al., 2012).

Os principais fatores de risco para essa neoplasia são atividade sexual precoce, baixo nível sociocultural, multiparidade, multiplicidade de parceiros, tabagismo, uso de pílulas anticoncepcionais por longos períodos, e a infecção pelo vírus HPV que está presente em mais de 90% dos casos de câncer de colo do útero (MENDOÇA et al., 2010; ITO et al., 2010).

A detecção precoce é feita pelo exame colpocitológico que é capaz de rastrear as lesões precursoras do câncer de colo do útero. É um exame rápido e simples, que deve ser realizado por toda mulher que tenha iniciado vida sexual, especialmente na faixa etária de 25 a 64 anos. Inicialmente, deve ser realizado anualmente e, após dois exames seguidos, com resultados negativos, a cada três anos. Após os 64 anos, sugere-se a suspensão do exame se a mulher tiver realizado a prevenção regularmente e apresente dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Nos casos em que a citologia revele alterações malignas ou pré-malignas, é necessário a realização de colposcopia e biópsia dirigida para a confirmação do diagnóstico e indicação de tratamento (INCA, 2011c).

As referidas neoplasias são consideradas questões de saúde pública no Brasil por sua elevada magnitude e possibilidade de controle mediante ações organizadas para prevenção e detecção precoce, com isso percebemos o papel fundamental da

Atenção Básica (AB) no controle dos cânceres de mama e do colo do útero no país, pois, ela atua em várias dimensões da linha de cuidados para o câncer. Conforme a portaria que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a AB perpassa todos os níveis de prevenção da história natural da doença assumindo responsabilidade quanto às ações de promoção e prevenção do câncer, bem como diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, cuidados paliativos e ações clínicas para o seguimento de doentes tratados (PARADA et al, 2008).

Além disso, a AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e orientar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Visando a integralidade, o Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº 2.439 propõe e orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica (RAO) nos Estados, uma estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle dos cânceres. A RAO prevê um conjunto de ações necessárias para a atenção integral ao câncer, dentre eles, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, devendo ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

Desta forma, o MS tem investido na ampliação da linha de cuidados desses dois tipos de câncer, buscado subsídios para o avanço no planejamento das suas ações de controle, no contexto da atenção integral à saúde da mulher no Brasil.

A partir dessas informações referentes aos cânceres do colo do útero e da mama no Brasil e no Estado de Goiás, surgiu o interesse em estudar as ações e serviços realizados pelas equipes de Atenção Básica participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a utilização desses serviços pelas mulheres, com o intuito de contribuir para a formação de um cenário geral dos serviços prestados às mulheres com relação aos cânceres de colo do útero e de mama e, de alguma maneira colaborar com os gestores quanto à identificação de problemas nos serviços, auxiliar no planejamento, programação e avaliação de medidas de intervenções necessárias para a melhoria do acesso aos serviços públicos de saúde na AB.

Para nortear o processo de reflexão desse estudo definiu-se buscar resposta à seguinte questão de pesquisa: as ações e serviços de controle dos cânceres do colo de útero e de mama realizadas pelas equipes de Atenção Básica participantes do PMAQ-AB no Estado de Goiás, possibilitam a integralidade do cuidado aliado a ações de detecção precoce, garantia de acesso e procedimentos diagnósticos e terapêuticos?

.....OBJETIVOS

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar as ações e os serviços de Atenção Básica na prevenção dos cânceres do colo de útero e de mama no Estado de Goiás.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar a disponibilidade de equipamentos, insumos e materiais para o atendimento ginecológico;
- Identificar as ações das equipes de Atenção Básica ao câncer do colo de útero e de mama.
- Identificar o acesso aos serviços de prevenção de câncer do colo de útero e de mama na Atenção Básica;

**.....REFERENCIAL TEÓRICO**

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 A Atenção Primária à Saúde no mundo e no Brasil**

As primeiras ideias sobre Atenção Primária à Saúde (APS) surgiram na Grã-Bretanha, em 1920, que serviram de base para a reorganização dos serviços de saúde em vários países. Essa corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam seus serviços o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (GOMES et al., 2011).

A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma-ata (1978), os princípios da Atenção Primária à Saúde passaram a ser consensuais e universais, e subsidiaram os ideais dos movimentos sociais em prol de reformas sanitárias em muitos países. No Brasil, por exemplo, foram amplamente debatidos na VIIIª Conferência Nacional de Saúde que antecedeu a criação do Sistema Único de Saúde - SUS (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Diferentes interpretações da abrangência e do escopo da Atenção Primária nos diversos países e continentes, sua complexidade conceitual e a evolução de sua implementação levaram à utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos sistemas e serviços de saúde. De Atenção Primária proposta em Alma-Ata (1978) até hoje surgiram várias derivações. Contudo a terminologia internacionalmente reconhecida é Atenção Primária à Saúde (APS), mas no Brasil o Ministério da Saúde (MS) adotou o termo Atenção Básica (AB), sendo que os dois termos estão sendo usados conceitualmente como semelhantes (CONASS, 2011).

A AB, termo que corresponde na literatura internacional à Atenção Primária (MELLO; FONTANELLA; DEMARZOM, 2009), vem demonstrando um impacto positivo nos países em que é adotada, podendo apresentar ainda, custos globais de saúde menores quando associados às condições ambientais e sociais favoráveis (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

Contudo, dado o desenvolvimento histórico da saúde e seus diversos cenários de sistemas políticos, econômicos e sociais, observam-se claras diferenças no desenvolvimento da AB quando se trata de diferentes continentes (OPAS, 2007).

Na Europa, por exemplo, a AB foi implantada com o intuito de assistir toda a população como o primeiro nível de serviço de saúde voltada para a “responsabilidade longitudinal para o paciente, independente da ausência ou presença de doenças”, visando o cuidado holístico (GIOVANELLA, 2006).

Diferente nos países em desenvolvimento, a AB pode ser considerada “originalmente seletiva, uma vez que se direcionou para intervenções de alto impacto para combater as causas mais prevalentes de mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas” (GIOVANELLA, 2008).

No Brasil, a AB é vista como um guia para o alcance dos princípios fundamentais do SUS, como a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a igualdade, a equidade e a participação da comunidade, esses são expressos nas ações e funções a serem desempenhadas pela AB em uma rede de saúde (MENDES, 2012).

Definida pelo MS como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde brasileiro, a AB tem que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços. Para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade, não pode ser um lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo, nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Com o intuito de avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais, foi aprovado o Pacto pela Saúde. Ele foi regulamentado pela portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e estabeleceu uma nova forma de relação entre os gestores, promovendo mudanças articuladas em três

dimensões, que englobam o Pacto em Defesa do SUS, Pacto Pela Vida, e o Pacto de Gestão (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

O Pacto em Defesa do SUS aponta a necessidade de levar a discussão sobre a política de saúde para a sociedade organizada, no intuito de fortalecer a mobilização social e a divulgação da carta de direito dos usuários do SUS. O Pacto Pela Vida agrupa uma série de compromissos sanitários com objetivos e metas definidas, abrangendo diversas áreas como a saúde do idoso, controle de câncer do colo de útero e mama, redução da mortalidade materna e infantil, fortalecimento da capacidade de respostas a doenças emergentes, além do fortalecimento da AB por meio da consolidação e qualificação das ESFs. Por fim, o Pacto de Gestão que abrange os princípios do SUS estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores e busca o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária. Esse atinge ainda pontos importantes como financiamento, descentralização e regionalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Sendo assim, o Pacto pela Saúde é uma oportunidade para a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS, visando reformas em aspectos institucionais a partir da promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão. Buscava-se alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade nas respostas do sistema, e, ao mesmo tempo, a redefinição das responsabilidades solidárias das três esferas de gestão do SUS na obtenção de resultados sanitários adequados às necessidades de saúde da população (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

Baseado nos princípios e diretrizes dos pactos Pela Vida, Em Defesa do SUS e de Gestão, o MS considerando a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para estabelecer as diretrizes e normas para a organização da AB no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

E agora recentemente através da Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 que aprova a nova PNAB, o Ministério da Saúde avançou no reconhecimento da necessidade de um leque maior de moldagens de equipes de AB para as diferentes populações e realidades do Brasil. Sendo assim, além dos diversos formatos de ESF e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, houve a inclusão de Equipes de Atenção Básica para as populações específicas como o consultório de Rua, Equipe

de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Equipe de Saúde da Família Fluviais (eSFF), e também a ampliação de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Programa Saúde na Escola (PSE) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

No entanto, ainda há muito que percorrer, já que são percebidas iniquidades em saúde, seja por localização geográfica, renda ou escolaridade dos usuários (COELHO, 2010). O desafio então é diminuir as desigualdades existentes. Nesse sentido, as conformações em redes buscam dentre outros objetivos (segurança, assistência social) a diminuição das desigualdades em saúde, fortalecendo, de maneira mais equânime possível, os entes participantes (SANTOS, 2011; MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO, 2013).

#### **4.2 Atenção à saúde da mulher e aos cânceres de colo do útero e mama no Brasil**

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas da época (décadas de 30, 50 e 70) preconizavam as ações materno-infantis. Outra característica dos programas da época era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Percebendo a necessidade de mudança e devido às críticas que o movimento feminista fazia a esses programas, o Ministério da Saúde em 1984 implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), adotando como base norteadora os princípios diretivos e organizativos do SUS. O mesmo incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b; REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

Com a implantação do PAISM, inicia-se uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres”.

De acordo com Mandú (2002), um dos pontos positivos desse programa foi o de oficializar o conceito de integralidade como princípio fundamental de organização da atenção à mulher, traduzido como atenção a todas as necessidades de saúde da adolescência à terceira idade feminina.

Mas no período de 84 a 89 e na década de 90, do século XX, os municípios demonstraram dificuldades na implantação das ações do PAISM, visando o enfrentamento desse problema, o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que na área da saúde da mulher estabeleceu para os municípios, a garantia de ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção de câncer de colo uterino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

No que se refere às ações de controle do câncer do colo de útero e da mama, na década de 1990, as ações são consolidadas, sob coordenação do INCA, nesse período o MS criou o Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PNCCU). Logo após, o INCA/MS em 1997 iniciou o projeto piloto “Viva Mulher”, que culminou em 1998, a 1ª Campanha Nacional de Rastreamento, através do exame Papanicolau e a instituição através da Portaria nº 3.040/98 do Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo de Útero e no ano seguinte, 1999 instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) (CONASS, 2004; PARADA et al., 2008; INCA, 2010; 2011b; LOFEGO; PINHEIRO, 2013).

Em 2004, o MS elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com a intenção de cobrir algumas lacunas que o PAISM apresentava como: atenção climatério/ menopausa, infertilidade e produção assistida, saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde mental; inclusão da perspectiva de gênero e raça além de mulheres de distintos grupos populacionais (área rural, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas dentre outras). A PNAISM também possui a intenção de contribuir para a garantia dos direitos humanos das mulheres e redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a; 2011b).

A partir desse período, as ações do PNAISM voltadas para a linha de cuidado de redução da morbimortalidade por câncer na população feminina foram fortalecidas e intensificadas em âmbito nacional e de acordo com especificidades regionais. Destacaram-se a Política Nacional de Atenção Oncológica e o Plano de Ação para Controle dos Cânceres de Colo e de Mama – 2005-2007 no ano de 2005, o Pacto de

Saúde firmado entre os gestores do SUS em 2006 segundo Portaria nº 399/G/2006 e a implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) em 2009.

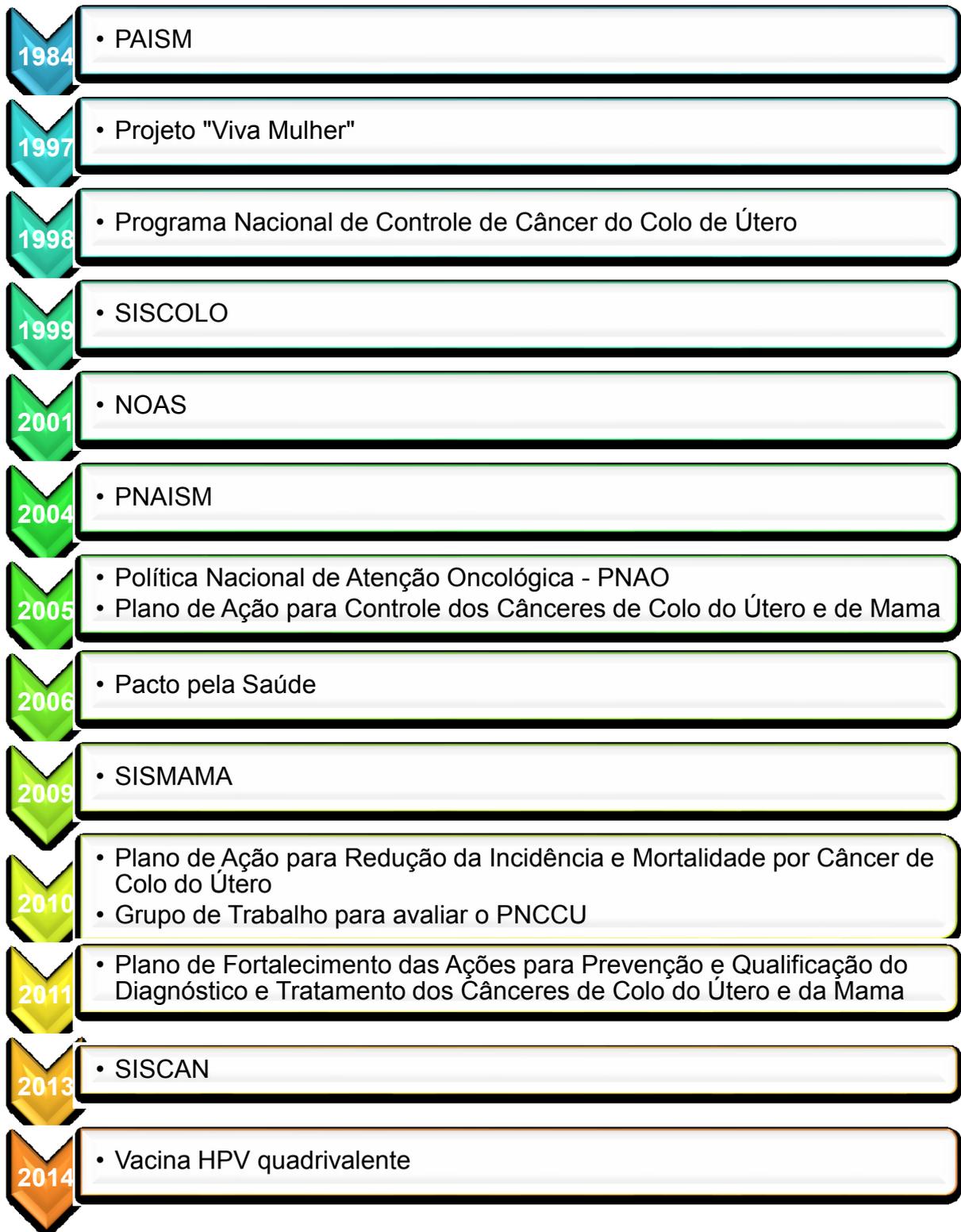
O Pacto pela Saúde, publicado em 2006, muda radicalmente a forma de pactuação do SUS, pois rompe com os pactos realizados por meio de normas operacionais (Normas Operacionais Básicas – NOB e Norma de Assistência à Saúde – NOAS), que visavam à operacionalização do sistema, distanciando-se, muitas vezes, de compromissos com resultados efetivos. Obriga a repactuação anual e a gestão por resultados sanitários (MACHADO et al., 2009).

O Pacto veio promover inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Ele está organizado em três dimensões, sendo o Pacto pela Vida, Em Defesa do SUS e o de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O Pacto pela Vida estabeleceu seis prioridades com definição de objetivos e metas: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da Saúde e fortalecimento da Atenção Básica, com a finalidade de qualificar a assistência (MACHADO et al, 2009). É certo que a saúde da mulher está coberta por todas as outras prioridades, entretanto três indicadores ligados diretamente a esta linha de cuidado se destacam pela sua importância na avaliação das condições de saúde: o controle do câncer do colo de útero e de mama, bem como a redução da mortalidade infantil e materna (LIMA, 2010).

Em seguida em decorrência da persistência da relevância epidemiológica do câncer do colo do útero no Brasil e sua magnitude social, foi elaborado Plano de Ação para a Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo de Útero e instituído, em 10 de fevereiro de 2010, o Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2010, 2011b; LOFEGO; PINHEIRO, 2013).

Essa linha do tempo está descrita de maneira simples e objetiva na Figura 4.



**Figura 4** – Linha do tempo da Atenção à Saúde da Mulher e aos Cânceres de Colo do Útero e da Mama no Brasil

**Fonte:** Própria Autora, 2015.

Recentemente em 2011, foi lançado, em Manaus, o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do

Colo do Útero e de Mama, que tem entre seus objetivos reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres. Para enfrentar esse desafio, o plano define metas e ações específicas a serem implementadas até 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

A melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer faz parte de um dos eixos de ação desse plano, o que possibilitou o desenvolvimento do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), sistema de informações que integra e substitui os sistemas oficiais de informação dos Programas Nacionais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCOLO e SISMAMA) (INCA, 2013).

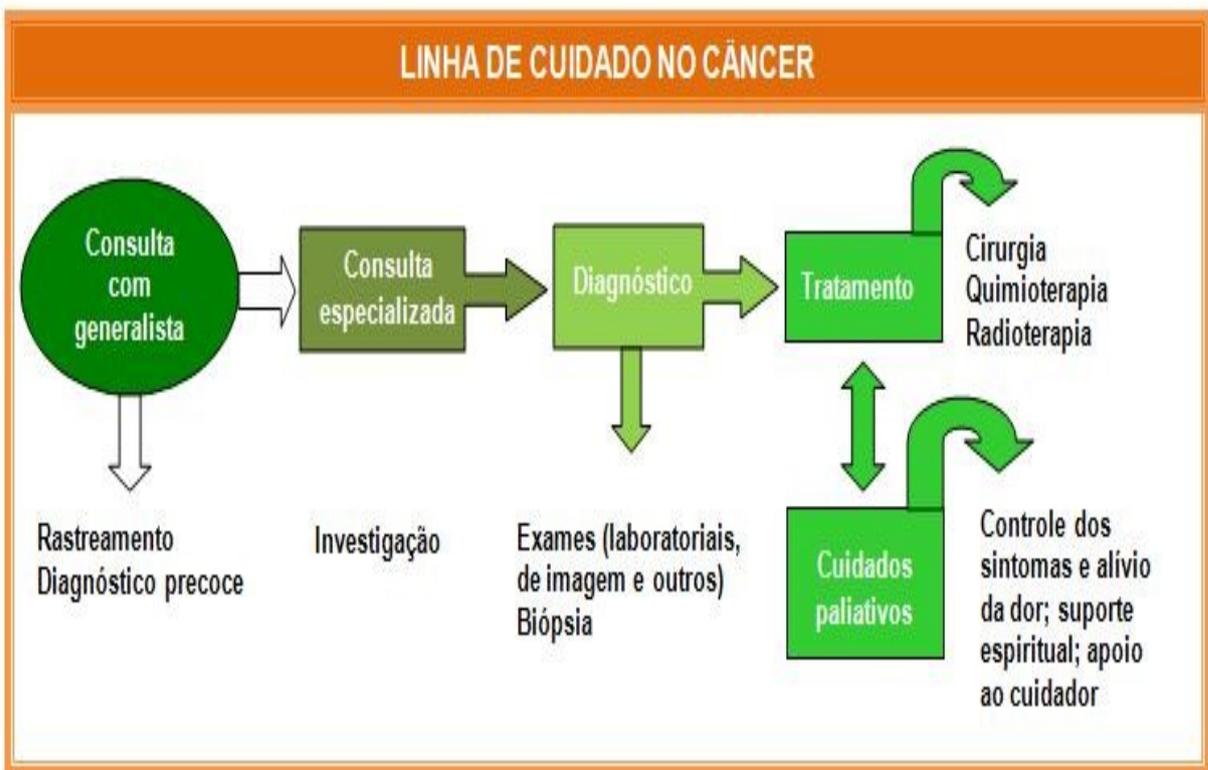
Instituído pela portaria nº 3.394 de 30 de dezembro de 2013, o SISCAN se diferencia dos outros pela mudança de um sistema que identifica exames para um sistema que identifica a usuária. Além disso, o SISCAN é desenvolvido em plataforma web e possibilita que as unidades de saúde informatizadas e com acesso à internet sejam usuárias do sistema para fazer a solicitação de exames, visualizar os resultados e acompanhar as mulheres com exames alterados (seguimento) (INCA, 2013).

O SISCAN avança na capacidade de fornecer subsídios para a avaliação dos serviços que executam os procedimentos referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero e de mama, no planejamento das ações de controle, na organização da rede de assistência para diagnóstico e tratamento, na avaliação de necessidade de capacitações e no acompanhamento dos usuários com exames alterados (INCA, 2013).

Atualmente, o MS por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), adotou mais uma estratégia para prevenção do câncer de colo do útero, implantando dia 10 de março de 2014, a vacina Papiloma Vírus Humano (HPV) para todas as meninas de 11 a 13 anos. Já para o ano de 2015, serão vacinadas as adolescentes de 9 a 11 anos e, em 2016, começam a ser imunizadas as meninas que completam 9 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Essa iniciativa conjuntamente com as atuais ações para o rastreamento do câncer do colo do útero possibilitará, nas próximas décadas, prevenir esta doença, que representa hoje a segunda principal causa de morte por neoplasias entre mulheres no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Outro fator importante para consolidação das ações nacionais de controle do câncer foi a Rede de Atenção Oncológica (RAO) instituída nos estados, como uma

estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer. Para organizar o fluxo dos indivíduos de acordo com suas necessidades, a RAO adotou uma linha de cuidado para o câncer (Figura 5), essa envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base na evidência disponível na literatura científica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).



**Figura 5** – Linha do cuidado ao câncer

**Fonte:** MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b – Adaptado pela autora.

A finalidade da linha do cuidado do câncer de colo do útero e mama é assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção desses cânceres, acesso ao rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero, acesso ao exame clínico da mama e mamografia, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. Ela está organizada a partir de algumas diretrizes, entre elas: prevenção e detecção precoce, Programa Nacional de Qualidade da Citologia, Programa Nacional de Qualidade da Mamografia, acesso a confirmação diagnóstica e tratamento adequado em tempo oportuno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Como o estudo está centralizado nas ações da AB, as responsabilidades dessa diante da linha de cuidado dos cânceres de colo do útero e mama, de acordo com o Ministério da Saúde (2013b) são diversas, e vão desde o cadastro, identificação e rastreamento da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos, ou seja, a AB é coordenadora do cuidado e ela, além de realizar ações de prevenção e rastreamento, deve acompanhar as usuárias durante todo o tratamento, avaliando a necessidade de intervenções durante esse processo.

Diante do exposto, para que as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados, é vital que os profissionais e gestores conheçam bem o seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade em cada etapa das ações. A participação dos diversos atores e o engajamento efetivo na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial é condição básica para que possamos começar a mudar a história do controle dos cânceres de colo do útero e de mama no Brasil.

#### **4.3 Integralidade e as Redes de Atenção à Saúde**

Integralidade é um termo polissêmico. No âmbito da saúde, não existe consenso sobre o assunto. A amplitude deste termo possibilita atribuir diversas conotações, de acordo com perspectiva de análise do pesquisador.

Para Paim e Silva (2010), a integralidade pode ser vista em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

De um modo geral, no setor saúde, a integralidade é compreendida como resultado da ação intersetorial com a finalidade de garantia do acesso e atendimento das necessidades do usuário. Estas ações envolvem as equipes de saúde, que operam

nas unidades, e a rede de serviços, a partir de fluxos assistenciais bem definidos, sendo a integralidade resultante da articulação entre os serviços, com responsabilidades bem definidas em cada nível e com objetivo comum (GIOVANELLA et al., 2002; MATTOS, 2001).

Hartz e Contandriopoulos (2004) discorrem que a integralidade da atenção pode ser alcançada, a partir do desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação próprios, no âmbito do sistema de saúde, buscando a integração de serviços e eliminando barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, configurando, desta forma, em um “sistema sem muros”.

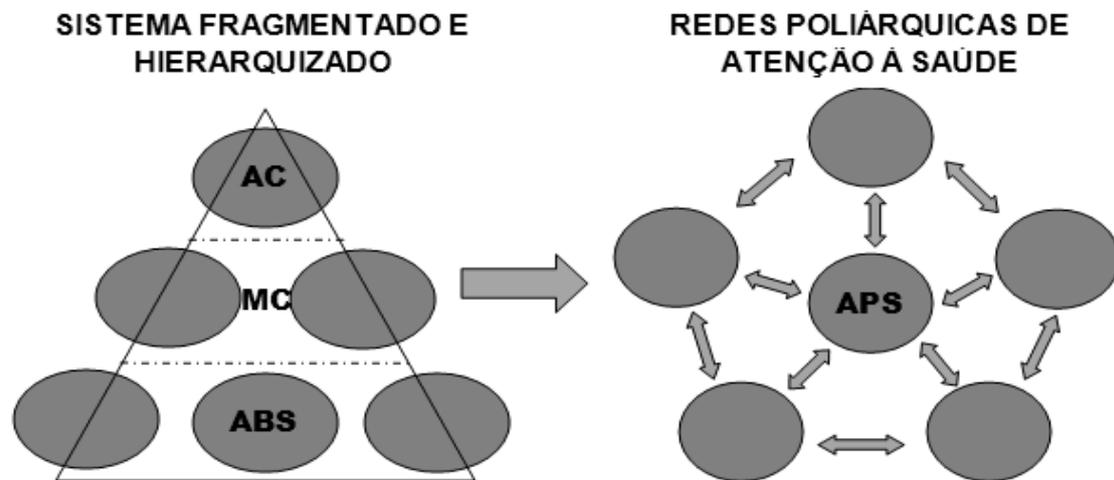
Cecílio e Merhy (2003) no seu estudo sobre a integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, afirmam que não há integralidade sem uma rede organizada que atenda a real necessidade de cada pessoa. Que a atenção à saúde transversaliza todo o sistema – dando a característica de “linha de cuidado”, portanto a integralidade do cuidado é tarefa de rede.

Partindo desse pressuposto, o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, por meio da portaria nº 4.279/2010 e a define como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MENDES, 2011, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b, 2014).

As RAS para o Ministério da Saúde (2013b, p.21):

Caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Possui o foco na resolubilidade e integralidade, sendo que todos os pontos da RAS são igualmente importantes e necessários para o alcance dos objetivos do sistema e a ideia da hierarquia deve ser substituída pela poliarquia. Nesse sentido, o desenho da RAS se configura como mostra a Figura 6, substituindo assim o formato de sistemas fragmentados e hierarquizados.



**Figura 6** – Desenho dos sistemas fragmentados para as Redes de Atenção à Saúde  
**Fonte:** MENDES, 2011 - Adaptado pela autora.

De acordo com o Ministério da Saúde, a partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, as redes temáticas priorizadas com pactuação tripartite em 2011 e 2012 foram a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Outro fator importante das RAS é que elas constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

O primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RAS (MENDES, 2011).

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional, essa se dispõe em pontos de atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário; sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistema de governança. Ela é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós, tendo a APS como o centro de comunicação, apoiada e complementada pelos pontos de atenção secundária e terciária, sendo esses compostos por diferentes densidades tecnológicas, para a realização de ações especializadas ambulatoriais e hospitalares. Essa estrutura pode ser vista na Figura 7 abaixo (MENDES, 2010; 2011).



**Figura 7** – A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde  
**Fonte:** MENDES, 2011.

E por fim, o terceiro elemento constitutivo das RAS é o modelo de atenção à saúde. Esse é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

Nesse contexto de implantação das RAS, além desses já discutidos, outro arranjo é dado pela Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011, que institui os comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e os comitês de mobilização social de especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de redes temáticas de Atenção à Saúde. A intenção deste arranjo é conformar uma estrutura federal de coordenação dos compromissos prioritários do governo que dialogue com os conceitos de redes de forma matricial, compartilhada e democrática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Identificamos o eixo Câncer dentro da Rede de Crônicas, instituído pelo Ministério da Saúde através do Comitê Gestor do Fortalecimento das Ações para a Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Contudo, percebemos que a implantação das RAS é algo novo, desafiador e convoca a mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticada no SUS. Ao mesmo tempo, precisamos qualificar a Atenção Primária para o exercício do atributo de coordenação do cuidado e também organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS, uma resposta adequada. Tudo isso planejado a partir de um correto diagnóstico de necessidades em saúde que considere a diversidade e extensão do território brasileiro (MENDES, 2011).

#### **4.4 Processo de gestão na garantia da integralidade**

Tendo em vista a integralidade e a construção das Redes de Atenção em Saúde para assegurar a linha de cuidado integral dos usuários do SUS é necessário levar em consideração a gestão do SUS e seus componentes.

O conceito de Gestão do SUS pode ser apresentado sob várias perspectivas, visto que este objeto é discutido por várias correntes teóricas e várias perspectivas empíricas. Há que se destacar que, na prática das instituições, este fazer é complexo e contingenciado por vários elementos contextuais. Tal complexidade impossibilita a obtenção de um padrão nacional daquilo que possa ser considerado uma Gestão efetiva ou de sucesso no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

Há a compreensão de que a Gestão do SUS é um processo pelo qual as equipes gestoras (sujeitos) tomam decisões na implementação das políticas de saúde. Entretanto, para apoiar o processo de gestão do SUS existem alguns instrumentos ligados ao planejamento, como: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG), a Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e, em especial, o Pacto de Gestão. Esses instrumentos contribuem para a consolidação da regionalização da saúde,

para a articulação entre gestores, para a tomada de decisão a partir de um diagnóstico detalhado e para fortalecer a capacidade de planejamento e a organização do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Os instrumentos de planejamento devem “conversar entre si”. No Plano de Saúde, devem estar claras as diretrizes de saúde para o quadriênio de vigência. Por sua vez, essas diretrizes são os subsídios para a elaboração das ações previstas na PAS, definindo a alocação dos recursos e as intervenções prioritárias no ano em questão. Por último, a prestação de contas deve ser feita por meio do RAG, em que estarão explícitas as justificativas de execução para cada ação que havia sido prevista na PAS. Dessa forma, os instrumentos seguem uma linha de orientação, execução e avaliação das políticas propostas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

A Programação Pactuada e Integrada prevista na NOB 01/96 trata de um processo de trabalho, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, que está em conformidade com o planejamento das ações em saúde. Nela são definidas e quantificadas as ações e serviços em saúde a serem prestados à população no seu território. Através da PPI também se realiza o pacto entre gestores, garantindo o acesso integral à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

O objetivo da PPI é a organização da rede de serviços na saúde, tornando transparentes os fluxos definidos para prestação dos mesmos através dos pactos entre gestores. Nesse processo são definidos limites financeiros “destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

O Pacto entre os gestores nas diversas instâncias é necessário para que a linha de cuidado integral funcione. É preciso que seja estabelecido um acordo de funcionamento dessas pactuações entre chefias, coordenações, gerências, “em relação aos fluxos entre os que coordenam as Unidades da Atenção Básica, a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de urgência e hospitalares” (FRANCO; FRANCO, 2012). Esse pacto deve ser firmado a partir da concepção de que os serviços de saúde organizam-se visando o usuário, garantindo que os fluxos entre os diversos serviços de saúde funcionem. Assim, garante-se ao usuário do SUS o acesso às suas demandas em saúde.

Outra estratégia para garantir o direito à saúde da população é a regionalização do SUS. Esse processo busca a otimização dos recursos e racionalização dos gastos, a redução das desigualdades sociais e territoriais, a promoção de atendimento integral e da equidade, e por fim, potencializar o processo de descentralização da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). O processo de regionalização deve ser planejado de forma integrada, contemplando as noções de territorialidade, de maneira a identificar prioridades de intervenção, com o desígnio de garantir o acesso à população aos serviços necessários para a manutenção da saúde. Para iniciar o processo de regionalização é necessário elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Esse plano é desenvolvido de acordo com os objetivos estabelecidos e as prioridades de saúde do território (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002b).

A instituição de regiões de saúde é necessária para garantir o cumprimento de princípios garantidos à população tais como: universalidade, equidade e integralidade. O intuito dessas regiões é estabelecer ações cooperativas e solidárias entre os entes pertencentes à região de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Se o Pacto de Gestão e as peças do planejamento eram os instrumentos formais que, até então, conseguiam dar concretude ao que chamamos de Gestão do SUS, em 2011 é publicado o decreto 7.508, que regulamenta a Lei nº8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O desafio é inovar nos processos e instrumentos de gestão, superar a fragmentação das políticas de saúde, garantir o acesso com qualidade, fortalecendo os vínculos interfederativos. O decreto agrega mais um instrumento, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), cujo objeto é a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (TANAKA et al., 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2011c), o COAP definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada destas ações e serviços.

Santos e Andrade (2011) afirmam que o SUS entrou em uma nova fase a partir da regulamentação da Lei 8.080/90 pelo Decreto 7.508, inovando ao trazer novos elementos para a melhor estruturação do sistema, dando-lhe uma adequada configuração sistêmica e melhor garantia jurídica à gestão compartilhada do SUS, de ações e serviços de saúde à população. Os autores também destacam que alguns pontos do decreto que se fundam na integralidade da assistência, merecem destaque, que é o próprio direito à saúde explicitada pela Administração Pública que deve garantir ao cidadão ações e serviços de saúde de acesso universal e igualitário.

Com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS e implementação do COAP, a Comissão Intergestores Tripartite, na 1ª Reunião Ordinária do ano de 2013, pactuou premissas que nortearam a seleção das *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores* para o período 2013 – 2015. Para esse período foi definido um rol de 67 indicadores a serem pactuados pelos entes federados. Entretanto, o COAP não está vigente em todo território nacional, com isso os municípios que ainda não assinaram o COAP realizam o processo de pactuação de *Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores* conforme fluxo previsto na Resolução CIT nº 5, de 19 junho de 2013 registrando as metas anualmente no aplicativo SISPACTO, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c).

.....**METODOLOGIA**

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo e período de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, cujas informações selecionadas foram geradas a partir do banco de dados da base nacional da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em Goiás, realizada entre julho e setembro em 2012, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior.

O PMAQ foi desenvolvido em quatro fases: a primeira corresponde à adesão e contratualização por parte dos municípios; a segunda constitui-se o desenvolvimento, autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; a terceira é composta pela avaliação externa e a quarta é formada pela recontratualização.

Os dados aqui trabalhados referem-se à Avaliação Externa, etapa que inclui um conjunto de ações direcionadas à certificação das condições de acesso e de qualidade da atenção prestadas pelas equipes participantes do PMAQ-AB. Essa etapa tem por finalidade valorizar os esforços e resultados das equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

Como logística do processo de avaliação externa da AB no Brasil, os estados brasileiros foram agrupados em seis consórcios. 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) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O instrumento utilizado para a avaliação externa foi estruturado por uma equipe do Ministério da Saúde e está organizado em três módulos, sendo que o módulo I refere-se à observação das unidades de saúde de variáveis para a realização de um censo de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS); o módulo II caracteriza a organização dos serviços e o processo de trabalho das EAB, através

da entrevista com um profissional e verificação de documentos na UBS, e o módulo III diz respeito à entrevista com o usuário com o intuito de analisar sua satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Entende-se que os serviços de AB devem ser definidos como serviços de primeiro contato para cada nova necessidade de saúde (novos e antigos problemas, prevenção e recuperação), constituindo-se em uma porta de entrada preferencial aberta e resolutiva. Para tal, devem identificar necessidades em saúde que podem ser respondidas no âmbito da própria UBS, assim como em outros níveis de atenção que compõem o sistema de serviços de saúde. Constituir-se em porta aberta envolve facilitação do acesso com atendimento oportuno às demandas das usuárias, com horários adequados de funcionamento das unidades, acolhimento e atendimento rotineiro da demanda espontânea. A capacidade em resolver as demandas relaciona-se à amplitude da oferta de ações pela Equipe de Saúde da Família e do apoio de outros profissionais.

Nesse sentido, estudos transversais são recomendados para avaliações de adequação da cobertura, da qualidade de serviços e também podem ser utilizados em avaliações de plausibilidade na comparação de modelos ou programas de saúde (HABICHT et al., 1999).

## **5.2. Local de estudo**

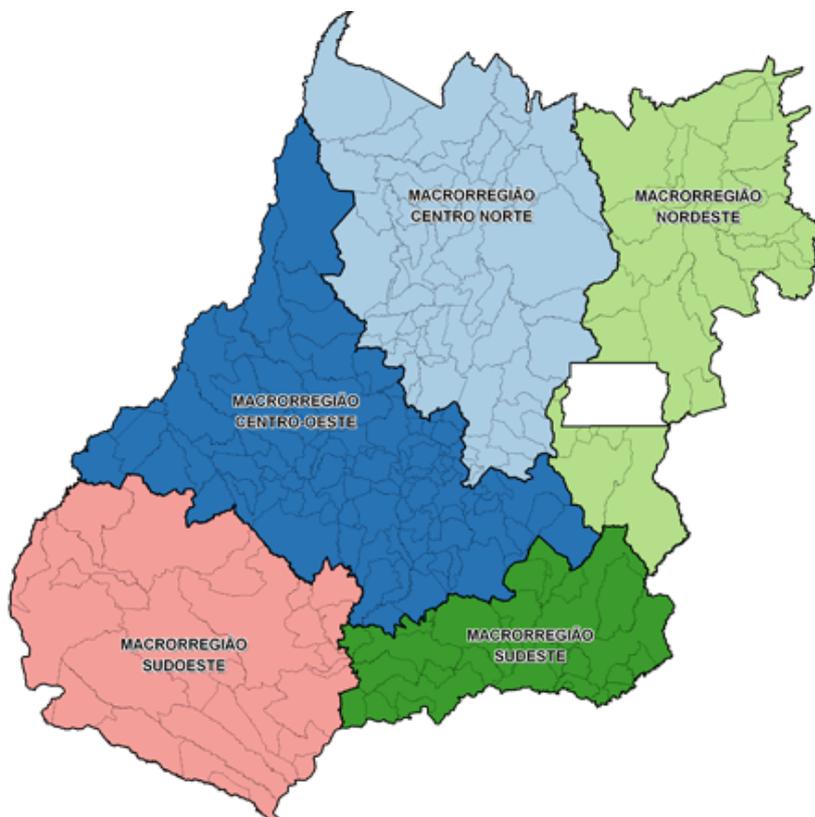
Esse estudo utiliza-se da base de dados obtida na pesquisa vinculada ao primeiro ciclo do PMAQ- AB (2012) para o estado de Goiás, que foi realizada nos serviços de saúde da AB dos municípios contratualizados do Estado de Goiás.

O Estado de Goiás é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Situa-se à leste da Região Centro-Oeste, no Planalto Central Brasileiro. O seu território é de 340.112 km<sup>2</sup>, sendo delimitado pelos estados do Mato Grosso do Sul a sudoeste, Mato Grosso a oeste, Tocantins a norte, Bahia a nordeste, Minas Gerais a leste, sudeste e sul e pelo Distrito Federal (GOIÁS, 2013a).

Estimativa em 2013 divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o estado de Goiás contava com 6.434.048 habitantes no ano referido (IBGE,

2013). O crescimento demográfico no estado acentuou-se após a fundação das cidades de Goiânia, em 1933 e Brasília, em 1960 e atualmente é a região mais populosa do centro-oeste brasileiro (GOIÁS, 2013a).

O Estado de Goiás está dividido em cinco macrorregiões: Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte, Sudeste e Sudoeste. Essas macrorregiões estão subdivididas em 18 microrregiões com 246 municípios. Cada uma delas possui um município sede da Regional de Saúde, representando a Secretaria da Saúde do Estado, ou seja, é uma forma dos municípios terem mais proximidade com o Governo Estadual na área da saúde, Figura 8 (GOIÁS, 2013b).



**Figura 8** - Mapa do estado de Goiás dividido em macrorregiões, 2013.  
**Fonte:** GOIÁS, 2013b.

### 5.3. Amostra do estudo

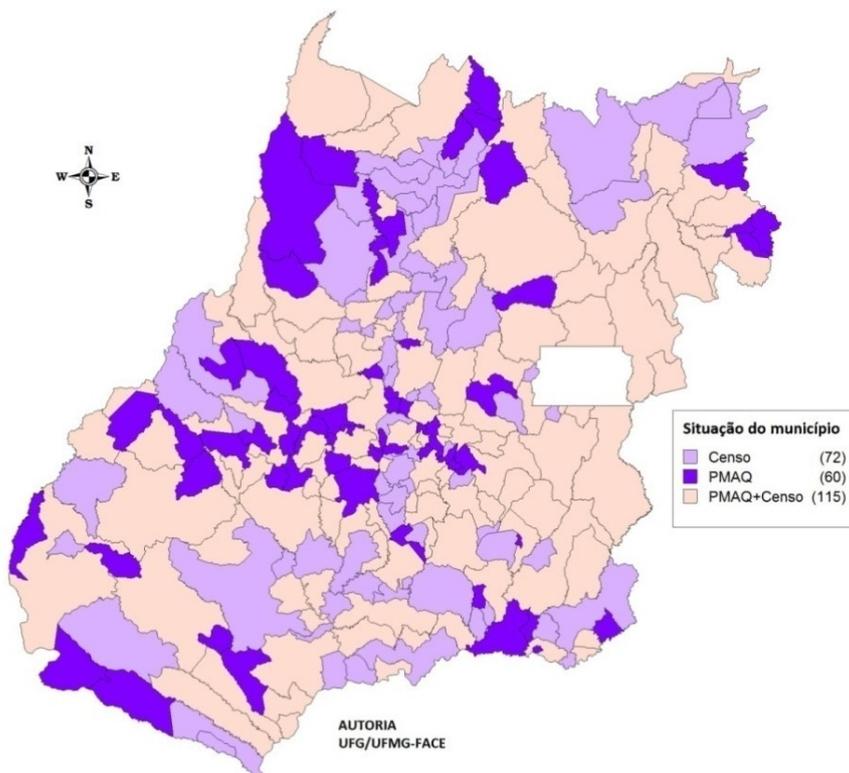
O estudo foi constituído pelas 1.216 Unidades Básicas de Saúde - UBS dos 246 municípios do estado de Goiás que responderam ao módulo I, pelos 677 profissionais que responderam as entrevistas do modulo II e pelas 1.936 usuárias

que estavam nas UBS e responderam ao módulo III da terceira fase da pesquisa, que compõe a avaliação externa vinculada ao PMAQ.

Como critérios de exclusão foram utilizados a ausência dos profissionais na equipe por motivo de férias ou licenças e a recusa por parte dos profissionais entrevistados em responder à pesquisa. Para as usuárias, o critério de inclusão foi aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1), já o critério de exclusão foi estar pela primeira vez na UBS, ter comparecido na UBS há mais de 12 meses e ter passado por consulta com o médico, dentista ou enfermeiro da unidade no dia da entrevista.

Independente da adesão ou não ao PMAQ, as 1.216 UBS participaram do estudo. Das 1216 unidades, 504 participaram respondendo ao censo que corresponde ao módulo I da pesquisa e 677 participaram do PMAQ respondendo ao módulo II. A Figura 9 abaixo mostra os municípios do estado de Goiás, de acordo com a modalidade de avaliação.

As informações derivadas do módulo II são representativas apenas para as equipes de Atenção Básica que aderiram voluntariamente ao programa, não retratando o total das equipes de Atenção Básica existentes no Estado de Goiás.



**Figura 9** – Categorização dos municípios do estado de Goiás por modalidade de avaliação, 2012.

**Fonte:** UFG; UFMG, 2012.

As 1.936 usuárias entrevistadas correspondem as que estavam presentes nas 677 UBS participantes do PMAQ-AB no momento da avaliação, e que estavam aptas a participar da entrevista, de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa.

#### **5.4. Coleta de dados**

Os dados foram coletados no âmbito do PMAQ-AB (1º ciclo), no componente de Avaliação Externa, onde ocorreu a aplicação de três módulos de questionário sem meio eletrônico. A coleta de dados ocorreu de julho a setembro de 2012, e no estado de Goiás foi realizada por oito equipes distribuídas em oito rotas.

Nesse estudo, a utilização dos dados do módulo I teve a intenção de mapear todos os estabelecimentos de saúde do estado, a fim de realizar um levantamento da disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos para as ações direcionadas ao atendimento ginecológico.

O módulo II, nas unidades participantes do PMAQ-AB, objetivou avaliar os serviços de atenção aos cânceres de colo de útero e mama, a partir da entrevista com os profissionais das equipes de AB participantes do PMAQ, profissional esse que deveria ser o que agregasse maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe. Já o módulo III, teve a intenção de caracterizar o perfil sociodemográfico das usuárias, identificar o acesso, acolhimento e a utilização dos serviços de saúde direcionados à atenção aos cânceres do colo de útero e de mama na AB.

#### **5.5. Aspectos éticos**

Esse estudo contempla a logística do projeto nacional de avaliação da Atenção Básica no Brasil do Ministério da Saúde, denominado PMAQ-AB aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, com o número de protocolo 38/12 e teve como base os cuidados éticos necessários para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (ANEXO 2).

## 5.6. Análise dos dados

Para a análise das variáveis foi utilizado a medida de frequência simples. Também foi realizado o cruzamento da variável do item III.10.6, que discorre sobre as mulheres que referiram que nunca realizaram o exame preventivo de câncer do colo do útero.

A análise estatística foi realizada por meio do Software Statistical Package of Social Sciences - SPSS versão 19.0. Antes da análise propriamente dita, os dados foram transportados para um arquivo que pudesse ser analisado por meio desse software. Após essa transferência, cada item do instrumento de coleta de dados foi checado para assegurar que não tinha nenhuma inconsistência de informações no banco de dados.

### 5.6.1 Variáveis do estudo

Para a definição de dimensões de análise e seleção das variáveis, parte-se do pressuposto que a efetivação de uma concepção de AB abrangente implica que os serviços da AB, nesse caso as UBS e ESF, devem se constituir nos principais serviços de primeiro contato, de procura regular, integrados à rede e com função de organizar acesso e coordenar o cuidado no sistema de serviços de saúde à mulher, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Do amplo banco de dados gerado pela pesquisa, filtraram-se somente as questões de interesse para o estudo, sendo que para realizar a análise dos tipos de unidades de saúde e a avaliação dos equipamentos e insumos para a realização do atendimento ginecológico foram utilizadas algumas variáveis do módulo I, agrupadas em apenas dois blocos.

Para a análise dos dados das equipes participantes do PMAQ-AB, com relação aos serviços e ações direcionadas ao câncer do colo de útero e de mama prestados à população utilizou-se variáveis do módulo II também agrupadas em dois blocos.

Já, para a análise das características sociodemográficas das usuárias entrevistadas nas unidades de saúde participantes do PMAQ-AB, realizar a avaliação quanto ao

acesso e acolhimento nos serviços de saúde e a utilização dos serviços de saúde direcionados a atenção aos cânceres do colo de útero e de mama, de acordo com a percepção das usuárias entrevistadas, foram utilizadas as variáveis do módulo III divididas em quatro blocos. Todas essas variáveis são descritas no Quadro 1 em seguida.

As variáveis foram divididas de acordo com cada módulo, segundo o instrumento de avaliação externa utilizado pelos entrevistadores, separadas por blocos. Todas as questões do instrumento referente a cada variável analisada também estão apresentados no quadro abaixo e seguem em anexo (ANEXO 3).

**Quadro 1** - Variáveis utilizadas para análise do estudo, 2015.

	<b>BLOCOS</b>	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>QUESTÕES</b>
<b>Módulo I</b>	Modalidade de Unidade de Saúde	Tipo de unidade de saúde, equipes PMAQ-AB	I.3.1; I.3.3; I.3.4
	Equipamentos e insumos para atendimento ginecológico	Equipamentos, insumos e material impresso para atendimento ginecológico	I.11.14; I.11.20; I.12.6; I.12.7; I.12.9; I.12.10; I.12.12; I.12.13; I.12.15; I.13.17
<b>Módulo II</b>	Serviços e ações das equipes de saúde direcionadas ao CA do colo do útero	Programação de consultas, realização do exame citopatológico, registros de coleta em atraso e resultados alterados, seguimento, divulgação/sensibilização de exames de prevenção	II.16.7; II.21.1; II.21.2; II.21.3; II.21.4; II.21.5;
	Serviços e ações das equipes de saúde direcionadas ao CA de mama	Programação de consultas e divulgação/sensibilização de exame clínico com profissional de saúde	II.16.7; II.21.6;
<b>Módulo III</b>	Características sócio-demográficas das mulheres	Idade; Escolaridade; Cor/raça; renda; vive com companheiro; aposentadoria; trabalho.	III.4.6; III.4.7; III.4.8; III.4.9; III.4.11; III.4.12; III.4.13; III.4.14; III.4.15; III.4.15.1.
	Acesso e acolhimento nos serviços de saúde	Distância da residência à UBS; horário de funcionamento da unidade; agendamento de consultas; acolhimento.	III.5.1; III.5.2; III.5.7; III.5.8; III.6.3; III.6.4.
	Utilização dos serviços direcionados a atenção ao câncer do colo de útero	Atendimento ginecológico; realização do exame preventivo de câncer do colo do útero; orientações e resultado do exame.	III.10.1; III.10.2; III.10.3; III.10.4; III.10.5; III.10.6; III.10.7; III.10.8; III.10.9; III.10.10; III.10.11; III.10.12; III.10.12.1; III.10.17 e III.10.18
	Utilização dos serviços direcionados a atenção ao câncer de mama	Exame clínico das mamas; mamografia e encaminhamentos	III.10.13; III.10.14; III.10.15; III.10.16

Fonte: Própria Autora

**excluire**

**.....RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados foi possível analisar e discutir os serviços de atenção ao câncer do colo de útero e mama na Atenção Básica no estado de Goiás, bem como identificar as potencialidades e fragilidades presentes nos serviços de saúde participantes da pesquisa.

Desafios ainda são colocados quando olhamos para a organização dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade. Produzir cuidados de saúde para as mulheres, direcionados ao controle dos cânceres do colo de útero e mama, é considerar a necessidade de engajamento efetivo dos diversos atores na produção social de saúde e na qualificação da rede assistencial, para que as estratégias de controle do câncer finalmente se integrem e produzam resultados.

Para melhor compreensão, os resultados estão organizados em unidades temáticas: a primeira destinada à caracterização das mulheres que participaram do estudo; a segunda destinada às ações e serviços ofertados pela AB na prevenção dos cânceres do colo de útero e de mama, abordando questões como disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos para o atendimento ginecológico e serviços e ações ofertados pelas equipes. Por fim, a temática contendo informações relativas ao acesso a esses serviços com base nos manuais técnicos, portarias e leis disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

### **Caracterização das participantes do estudo**

A apresentação das características sociodemográficas das participantes do estudo é importante para vislumbrar, de maneira geral, quais são as usuárias da Atenção Básica no estado de Goiás e também para permitir reflexões quanto aos cuidados com a saúde, aqui direcionados, para a atenção ao câncer do colo de útero e de mama. Vale enfatizar que o universo analisado é representativo apenas para as usuárias da AB, entre as equipes que aderiram voluntariamente ao PMAQ-AB (1º ciclo) e estavam presentes para algum atendimento no momento da avaliação externa.

Entre as 1.936 mulheres entrevistadas nas UBS, 45,4% delas apresentavam menos de 41 anos e 43,6% acima de 50 anos de idade. A maioria relatou que sabe ler e escrever (84,2%) (Tabela 1), mas quando questionadas da quantidade de anos de

estudos, 62,5% não soube dizer ou não respondeu, as outras referiram ter até 7 anos de estudo, distribuídos em 3 grupos: 10,7% sem instrução e menos de 1 ano, 13,6% de 1 a 3 anos de estudo e 13,2% de 4 a 7 anos de estudos.

De acordo com Maragno (2013), a baixa escolaridade pode influenciar no processo saúde-doença dos indivíduos sobre vários aspectos, como por exemplo, conhecimento deficiente sobre noções básicas de patologia, menor condição socioeconômica entre outros.

Esses dados permitem pensar, que o estado de saúde das mulheres, está interligado a suas características socioeconômicas, as quais afetam diretamente suas vidas, expondo-as a contextos deficientes, desgastantes e geradores de doenças, evidenciando desta forma, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas das mulheres entrevistadas pelo PMAQ-AB em Goiás, 2015.

Informações sociodemográficas	Frequência	
	Relativa	Absoluta
<b>Idade</b>		
18-25	18,2	353
26-33	16,3	316
34-41	10,9	209
42-49	11,0	213
50-57	14,3	277
58-65	14,5	281
66 e mais	14,8	287
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>1.936</b>
<b>Sabe ler e escrever</b>		
Sim	84,2	1.630
Não	7,7	150
Só assina o nome	8,1	156
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>1.936</b>
<b>Cor/raça</b>		
Branca	36,2	700
Preta	10,7	207
Amarela	3,5	68
Parda/mestiça	48,1	932
Indígena	0,9	18
Ignorada	0,6	11
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>1.936</b>

Fonte: Pesquisa PMAQ-AB – Goiás, 1º Ciclo.

No que se refere à cor autorreferida, ou seja, as cores da pele que a mulher entrevistada considera que seja a sua, 48,1% se consideram pardas/mestiças e 10,7% cor preta, o que reflete a condição de miscigenação típica do Brasil (Tabela 1). Em relação a outras características, 69,0% vivem ou moram com algum companheiro, 74,6% referiram não ser aposentadas, 73,2% não exercem trabalho remunerado, a maioria 84,1% relatou possuir renda mensal familiar, sendo essa renda de até 2 salários mínimos (63,1%).

Observa-se que uma parte das usuárias entrevistadas possui renda familiar de até 2 salários mínimos evidenciando, dessa forma, a sobrevivência mensal da maioria das famílias, o que pode influenciar em questões como alimentação, escolaridade, lazer entre outros (MARAGNO, 2013).

O perfil sociodemográfico está coerente com outros estudos realizados com usuárias do SUS, predominando a baixa escolaridade e renda familiar, idade variada com crescente percentual de mulheres entre 25 e 45 anos e prevalência de cor parda seguida da cor preta. Além dessas, outras características são mencionadas em outros estudos como, a maioria das mulheres terem como principal ocupação as atividades do lar e o estado civil, o predomínio da união consensual ou casadas (GÖTTEMS et al., 2012; ASSIS et al., 2014; COELHO et al., 2012; BIM et al., 2010).

A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD) 2008 mostra que as características das pessoas que utilizam o SUS, em sua maioria são mulheres, com idade entre 19 a 64 anos, com renda familiar de até 3 salários mínimos e buscam o atendimento para consultas por motivo de doença ou para prevenção (IBGE, 2008).

Sabendo das características das mulheres que utilizam os serviços de AB em Goiás, cabe agora analisar a disposição das ações e serviços das UBS quanto à atenção aos cânceres do colo de útero e mama, visto que, esses são os cânceres que mais atingem as mulheres em todo o país.

### **Ações e serviços da AB na prevenção dos cânceres de colo do útero e mama**

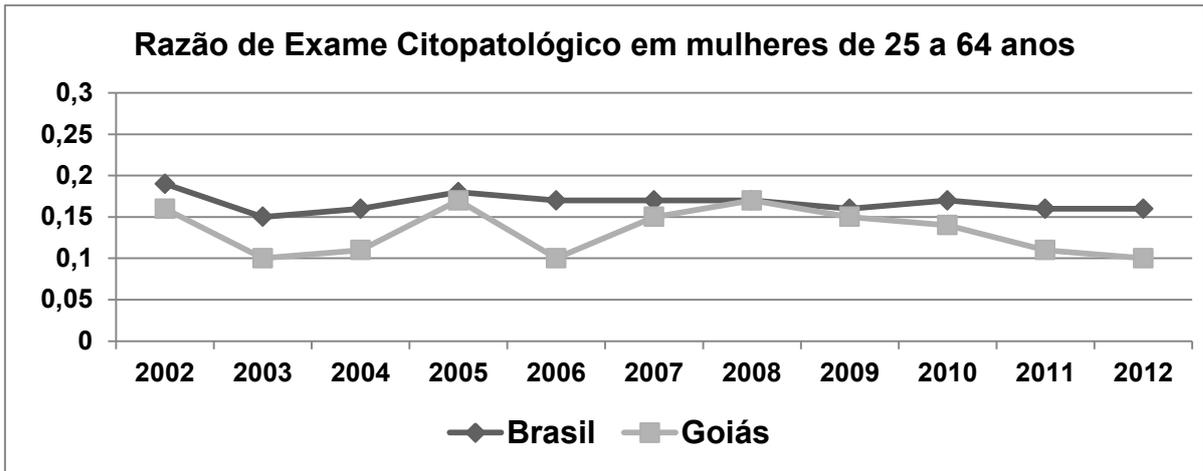
Existe um consenso sobre a importância da AB na melhoria dos indicadores de saúde de uma dada população. Ela funciona como porta de entrada do sistema de saúde ofertando serviços próximos ao local de moradia, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença. Atualmente,

confirma-se um aumento gradual da cobertura da AB, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com alcance do patamar de 56,4% de cobertura da população do País. No Estado de Goiás, essa cobertura passou de 50,5% em 2004 para 66,7% em 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Nesse estudo, as ações e serviços de prevenção de câncer do colo de útero e de mama na Atenção Básica foram avaliados por meio da verificação dos equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização do exame ginecológico e pela oferta desses serviços e ações das equipes.

Vários autores salientam que o exame de Papanicolau é uma das técnicas de detecção do câncer de colo uterino, considerada como a mais efetiva e eficiente a ser aplicada coletivamente em programas de rastreamento (MOSCICKI, 2008; OLIVEIRA et al., 2006; PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003; SALOMON; BREEN; MCNEEL, 2007). É um exame de baixo custo que rastreia o câncer com mais alto índice de cura, identificando-o no estágio inicial (MORAES et al., 2011). Por isso, realizar periodicamente o exame de Papanicolau é a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer de colo uterino. O sucesso do exame reside no fato de poder detectar doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer (GOMES et al., 2008). A cobertura de, no mínimo, 80% da população alvo (25 a 64 anos) e o padrão de qualidade do exame são 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).

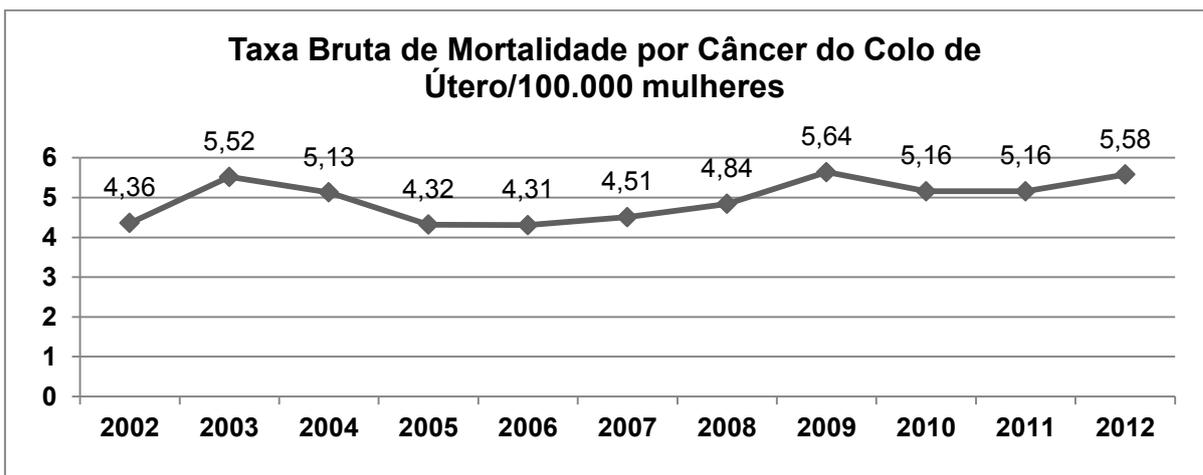
A cobertura de exames realizados em Goiás tem se mostrado abaixo da meta preconizada pelo Ministério da Saúde, sendo que, esse estabelece uma razão de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos de 0,3 exames/mulher/ano. Podemos observar a série histórica desse indicador na figura 10, tanto para o Estado de Goiás como para o Brasil, entre 2002 e 2012, os dois estão abaixo do limiar ideal. Mas, desde já, cabe ressaltar que esse indicador tem algumas limitações, pois indica somente a quantidade de exames realizados para atender a população alvo e não informa precisamente como está a cobertura, sendo que pode haver repetição de exame de uma mesma mulher. Segundo o INCA, razão anuais de 0,3 a cada 3 anos sugere a cobertura de aproximadamente 100% da população nesse período (INCA, 2014).



**Figura 10** – Razão de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. Goiás, 2002 a 2012.

**Fonte:** Painel Razão de Exames citopatológicos/população INCA, 2015. Elaborado pela autora

Estimativas para 2014 mostram que a taxa bruta de incidência do câncer de colo do útero para Goiás é de 15,33/100 mil mulheres, representando 620 casos novos da doença. Já, em relação à mortalidade, podemos observar na figura 11, um leve aumento na taxa bruta/100 mil mulheres, em uma série histórica de 10 anos, sendo que em 2002 a taxa era de 4,36/100 mil mulheres e em 2012 passa a ser 5,58/100 mil mulheres (INCA, 2014).

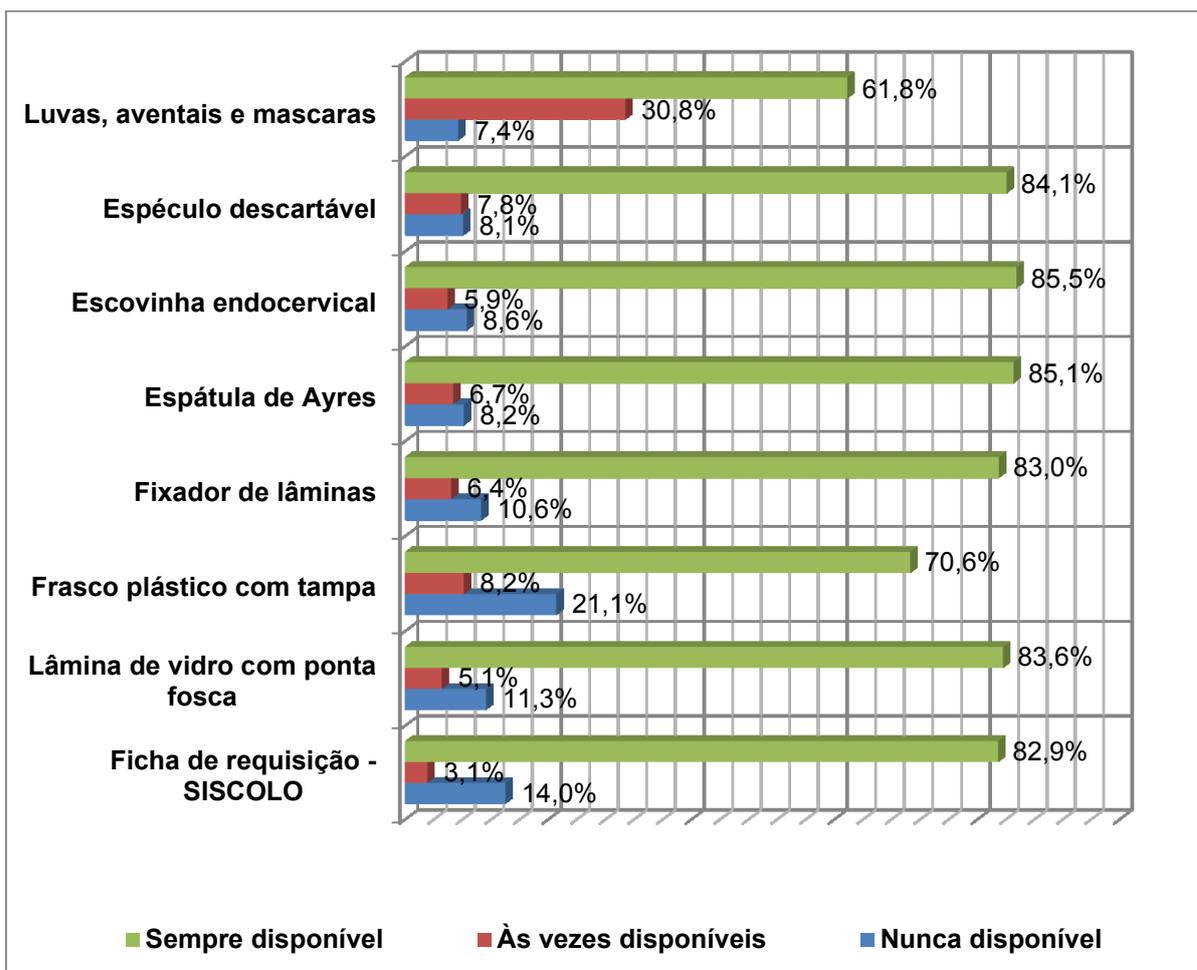


**Figura 11** – Taxa Bruta de Mortalidade por Câncer do Colo de Útero. Goiás, 2002 a 2012.

**Fonte:** Atlas on-line de monitoramento INCA, 2015. Elaborado pela autora.

Dentre as UBS avaliadas no estado de Goiás, 98,1% delas realizam a coleta do exame citopatológico, 78,6% programam consultas e ações direcionadas para a prevenção e acompanhamento do câncer de colo do útero e 91,0% utilizam estratégias de divulgação/sensibilização para a realização do exame citopatológico por um profissional de saúde.

Apesar da maioria das unidades informarem que realizam a coleta do exame citopatológico, observou-se que algumas não possuem os equipamentos, insumos e materiais necessários para a realização do mesmo, como o foco de luz (22,3%) e mesa com perneira (20,1%), além de algumas não contarem permanentemente com os insumos indispensáveis para o procedimento como, espéculo descartável, escovinha endocervical, espátula de Ayres, fixador de lâminas e a lâmina de vidro com ponta fosca, que favorecem a não realização do exame ou irregularidade na oferta do serviço (Gráfico 1).



**Gráfico 1** – Insumos e materiais para realização do exame citopatológico, 2015.  
**Fonte:** Pesquisa PMAQ-AB – Goiás, 1º Ciclo; Própria Autora, 2015.

Para o Ministério da Saúde (2013b), os equipamentos e insumos necessários para a realização do exame citopatológico são: mesa ginecológica, escada de dois degraus, mesa auxiliar, foco de luz com cabo flexível, cesto de lixo, espéculos de tamanhos variados, lâmina de vidro com ponta fosca, espátula de Ayres, escova endocervical, luvas descartáveis, solução fixadora, recipiente para acondicionamento da lâmina e formulário de requisição de exame citopatológico (SISCOLO).

Com o resultado do estudo, percebemos uma deficiência na Rede de Atenção Oncológica no estado de Goiás em uma das ações de detecção precoce do câncer do colo de útero, pois é na AB que os métodos de rastreamento devem ser disponibilizados e fazer parte da rotina de atenção à saúde, conforme diretrizes preconizadas. O acesso aos exames deve se dar de maneira mais prática e acessível possível, mediante planejamento adequado e organização dos serviços (PARADA et al., 2008).

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

Com relação ao câncer de mama, sabendo que os principais fatores de risco incluem a idade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, obesidade, ingestão regular de álcool, sedentarismo e história familiar, cabe a AB promover ações intersetoriais que promovam acesso à informação relacionada ao controle dos fatores de risco, embora muitos não sejam passíveis de mudança. Mas existem aqueles relacionados ao estilo de vida como obesidade, sedentarismo, consumo de álcool e terapia de reposição hormonal, que podem ser controlados e diminuir a incidência do câncer de mama (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Já para o rastreamento de câncer de mama, atualmente, entre os métodos disponíveis para diagnóstico e detecção precoce, os mais indicados são a mamografia nas faixas etárias de maior risco e o Exame Clínico das Mamas (ECM) realizado por um profissional de saúde. Se realizada a cada dois anos, a mamografia pode reduzir de 20% a 35% da mortalidade de mulheres de 50 a 69 anos, sendo esse um dos exames capaz de detectar lesões não palpáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

A AB tem papel fundamental nas ações de prevenção do CA de mama, ela deve ofertar informações referentes ao seu rastreamento, a periodicidade de realização da mamografia, o retorno para a busca de resultados, a confirmação de diagnóstico e o encaminhamento para tratamento (PARADA et al., 2008).

De acordo com o INCA (2011a), a população-alvo e a periodicidade para o rastreamento do câncer de mama são: mulheres de 40 a 49 anos, o ECM anual e, se alterado, a mamografia diagnóstica; para as mulheres de 50 a 69 anos a mamografia a cada dois anos e o ECM anual e, para as mulheres com 35 anos ou mais, que apresentam risco elevado o ECM e a mamografia anualmente. Segundo o Consenso, risco elevado de câncer de mama inclui: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau, antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

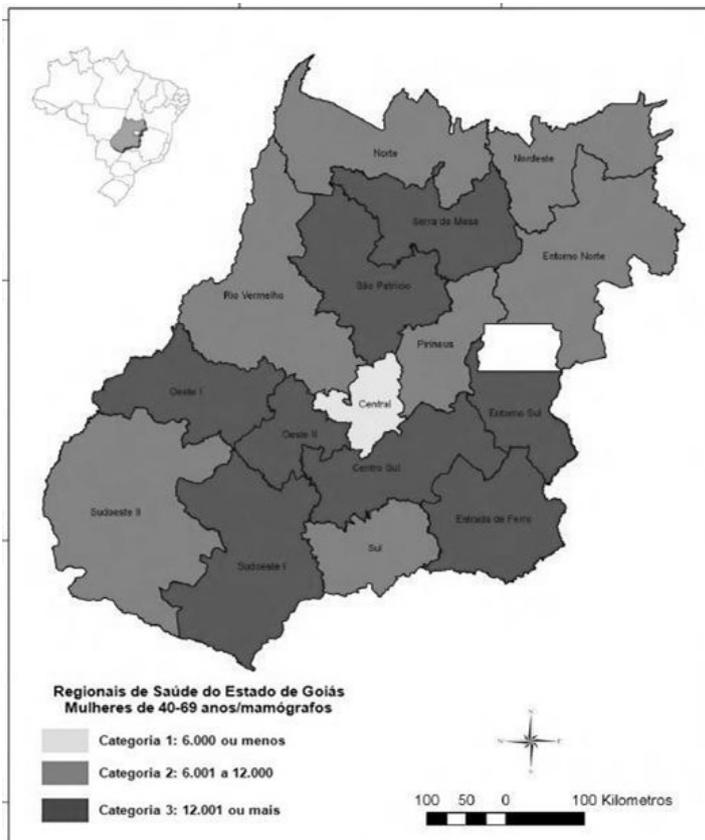
No estudo não foi possível avaliar a situação da mamografia no estado, devido à restrição dessa informação no instrumento de avaliação utilizado, e também por se tratar de um procedimento de média complexidade. Com isso, as informações disponíveis pelo estudo, diz respeito ao ECM, no qual, 19,5% das UBS não utilizam estratégias de divulgação/sensibilização para realização do ECM com um profissional de saúde e também que, algumas (68,7%) UBS programam consultas e ações direcionadas para a prevenção e acompanhamento do câncer de mama.

Em estudo realizado anteriormente por Freitas-Júnior et al. (2011), em 2008 o Estado de Goiás contava com 103 mamógrafos em uso, instalados em 98 serviços. Desse total de serviços, 45 participavam do atendimento ao SUS e 53 faziam atendimento exclusivamente para o sistema não SUS. Entre os 45 serviços que atendiam ao SUS, 10 eram públicos e 35 pertenciam a serviços privados com credenciamento do SUS para mamografia.

Em relação à distribuição geográfica desses mamógrafos em uso no estudo de Freitas-Júnior et al. (2011), 51 (49,5%) estavam instalados na regional de saúde Central e nove (8,7%) na regional Pirineus, estando os restantes 43 (41,8%) distribuídos entre as demais regionais de saúde.

Ao avaliar os estabelecimentos cadastrados com serviço de mamografia no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS, foi identificado que houve algumas alterações após o estudo de Freitas-Júnior et al.(2011) Atualmente, o estado de Goiás conta com 169 mamógrafos em uso. Desse total de equipamentos, 84 estão em uso pelo SUS e os outros são exclusivamente para sistema não SUS. A distribuição desses aparelhos pelas regionais de saúde continua sendo em sua maioria, na regional de saúde Central 43,8%, seguida pela regional Centro Sul (9,5%), Entorno Sul (7,1%), Pirineus (5,3%) e o restante (34,3%) distribuídos entre as demais regionais.

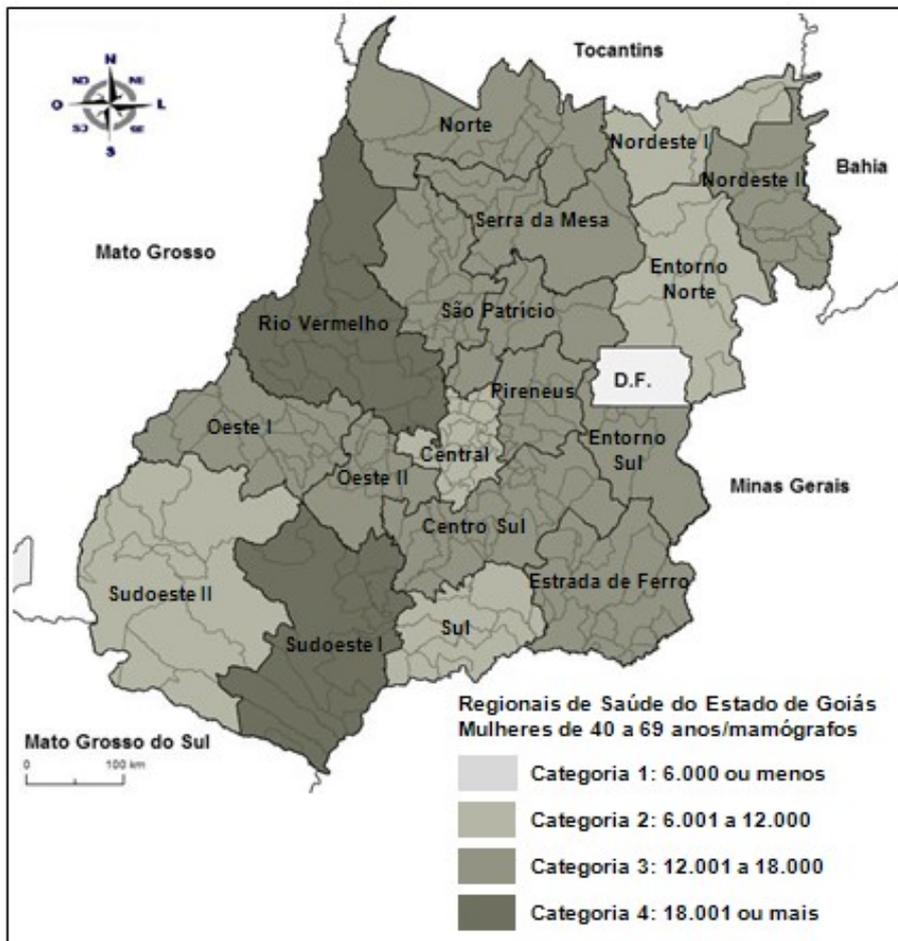
Na Figura 12, são apresentadas as regionais de saúde, de acordo com a capacidade potencial de realização de mamografias em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos, no estudo realizado Freitas-Júnior et al. (2011). Essa capacidade potencial foi avaliada pelos autores, através da disponibilidade de mamógrafos para a população-alvo distribuídas em 3 categorias, sendo a categoria 1 – um mamógrafo para 6.000 mulheres ou menos; categoria 2 – um mamógrafo para 6.001 a 12.000 mulheres e categoria 3 – um mamógrafo para 12.001 ou mais mulheres.



**Figura 12** – Representação espacial da relação de mulheres de 40 a 69 anos por mamógrafo em uso, de acordo com as regionais de saúde. Goiás, 2008.

**Fonte:** FREITAS-JÚNIOR et al., 2011.

Logo, na figura 13, apresento o cenário atual dessa capacidade potencial das regionais de saúde, mas, com uma alteração na categoria 3, sendo que, essa passa a ser de um mamógrafo para 12.001 a 18.000 mulheres e acrescentado a categoria 4, representando um mamógrafo para 18.001 mulheres ou mais.



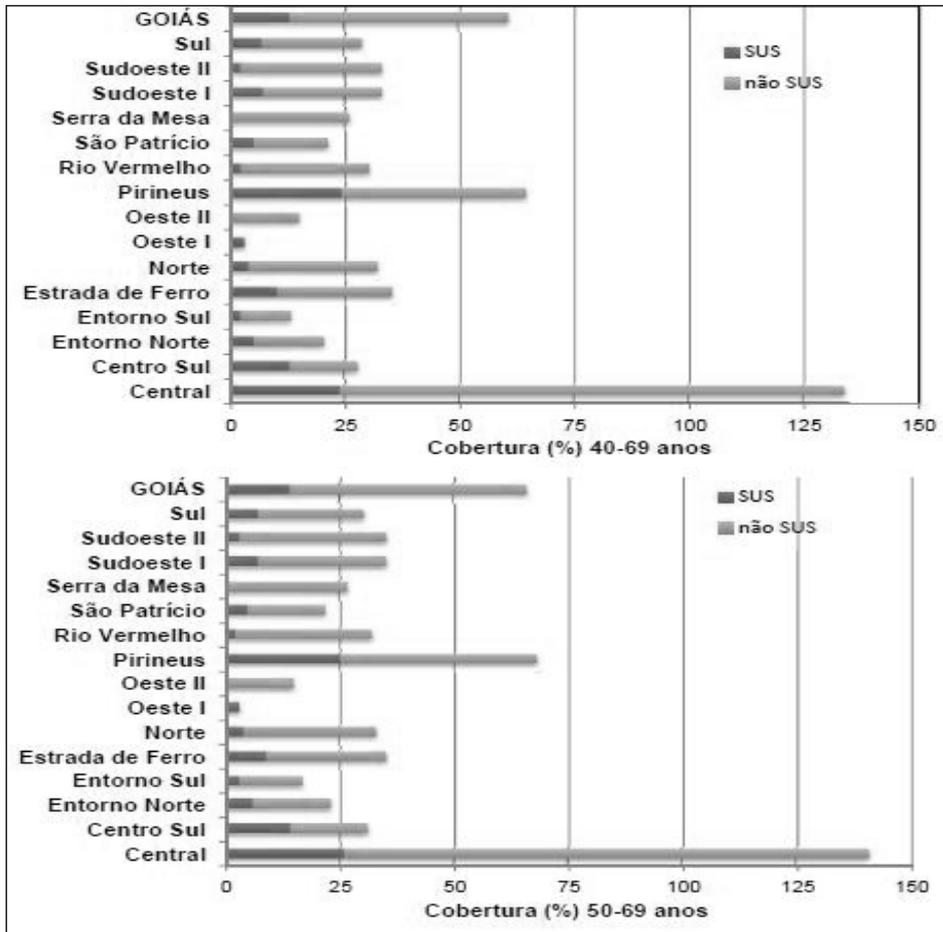
**Figura 13** - Representação espacial da relação de mulheres de 40 a 69 anos por mamógrafo em uso, de acordo com as regionais de saúde. Goiás, 2015.

**Fonte:** DATASUS, 2012; CNESNET, 2014; Própria Autora, 2015.

Observamos nos mapas que em 2008, a distribuição estava sendo uma regional de saúde na categoria 1, 7 regionais, na categoria 2 e o restante (8) na categoria 3. Já, no cenário atual, não encontramos nenhuma regional na categoria 1, apenas 5 regionais na categoria 2, a maioria (10) na categoria 3 e 2 na categoria 4.

Quanto à distribuição percentual da cobertura (SUS e não SUS), para 100% da população-alvo definida no estudo de Freitas-Júnior et al. (2011), de acordo com as regionais de saúde, está apresentado na Figura 14. Para a faixa etária de 40 a 69 anos, a estimativa da cobertura em Goiás foi de 61%, tendo o SUS contribuído com

13% e o sistema não SUS, com 48%. Para a faixa etária de 50 a 69 anos, a estimativa da cobertura em Goiás foi de 66%, tendo o SUS contribuído com 14% e o sistema não SUS, com 52%.



**Figura 14** - Distribuição percentual da cobertura de mamografia para mulheres de 40 a 69 anos, 50 a 69 anos, por tipo de atendimento e por regional de saúde. Goiás, 2008.  
**Fonte:** FREITAS-JÚNIOR et al., 2011.

A cobertura mamográfica como indicador de acesso pode ser avaliada a partir do número de mamógrafos existentes no estado, de sua distribuição geográfica e capacidade operacional. Considerando que cada mamógrafo pode realizar até 30 exames diários (padrão em estudos do INCA), em um total de 400 dias úteis em dois anos, é possível estabelecer que, em 2014, cada mamógrafo poderia atender a 12.000 mulheres. Assim, seria possível pressupor que Goiás dispõe de um número de mamógrafos suficiente para atender à população de 1.807.349 mulheres, entre 40 e 69 anos para realizar mamografia bianualmente. Porém, a análise desse parâmetro por regional de saúde mostra que a suficiência é apenas aparente, tanto em função da distribuição desigual dos mamógrafos, como também pela baixa

produção de exames pela rede própria do SUS, o que se reflete na infraestrutura de atendimento às mulheres.

Assim, ao comparar os indicadores de cobertura (2008) em relação à base populacional, constata-se que a participação do SUS na cobertura mamográfica em Goiás ainda é pequena, acompanhando a mesma tendência no país como um todo. Isso pode ser decorrente da distribuição desigual dos mamógrafos e de sua capacidade operacional reduzida, refletindo-se nos níveis de cobertura estimados por regional de saúde. Como instrumento de equidade social em um programa de detecção precoce do câncer de mama, a participação do governo federal, por intermédio do SUS, torna-se primordial e pode interferir diretamente no que se espera de um programa equânime, integral e de fácil acesso.

Outro fator importante para a prevenção desses dois tipos de cânceres e que é de responsabilidade da AB dentro da linha de cuidado do câncer, é a busca ativa de mulheres faltosas para realização dos exames de rastreamento e seguimento das mesmas após tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). No estudo encontramos que entre as UBS, 74,4% não possuíam um registro com o número de mulheres com coleta de exame citopatológico atrasado, mas verificou que a maioria delas, 86,9% possuía um registro das mulheres com os exames alterados e 82,1% realizavam o seguimento das mulheres após o tratamento realizado.

Recentemente, em 2013, o Ministério da Saúde substituiu o SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer de Colo Uterino) e o SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama) pelo SISCAN (Sistema de Informação do Câncer), o sistema passou por mudanças essenciais, dentre elas a inclusão da identificação da usuária e não do exame, facilitando assim o acompanhamento da mesma, e a busca ativa das mulheres faltosas dentro da rede (INCA, 2013).

A intenção é que haja um cadastro universal, de base populacional consistente para que haja o recrutamento de mulheres, como o realizado em países desenvolvidos como Reino Unido, que aumentou a cobertura de 42% em 1988 para 85% em 1994, realizando rastreamento organizado por meio de cartas convite, controlando posteriormente as mulheres em falta com esse acompanhamento (QUINN et al., 1999). Até o momento, não havia programas organizados de rastreamento do câncer de colo do útero e mama no Brasil, controle das mulheres que realizam os exames e nem da periodicidade com que o fazem. Esse cenário era típico de um

programa oportunístico, ou seja, as normas vigentes não eram seguidas, pois a maioria das mulheres realizava exames na procura dos serviços de saúde por alguma outra razão. A consequência óbvia é que havia um contingente de mulheres super rastreadas e outras em falta com os controles (INCA, 2011d).

Mas na prática, esse sistema ainda está engatinhando, ainda possui falhas e existem profissionais com dificuldades de manuseá-lo, com isso, ainda há dados inconsistentes, mas, a partir do momento que realmente essa base de dados for confiável, aí sim, será possível realizar a avaliação da cobertura dos exames de rastreamento para essas patologias, realizar o seguimento e recrutamento dessas mulheres, e conseqüentemente, ocasionará o aumento das coberturas dos exames.

### **Acesso aos serviços de prevenção dos cânceres do colo de útero e mama**

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores, como Donabedian, empregam o substantivo acessibilidade - caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada, ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Nesse estudo, 'acesso' é compreendido como “possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário” (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). A dimensão selecionada para abordar o tema foi 'disponibilidade', correlacionando-a com fatores condicionantes do acesso, com base nos dados referentes à distância da casa da usuária até a unidade de saúde, o horário de funcionamento da unidade, marcação de consultas e utilização dos serviços direcionados a atenção ao câncer do colo de útero e de mama.

De acordo com Assis e Jesus (2012), a disponibilidade corresponde ao alcance do usuário aos serviços de que necessita, incluindo-se a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende bem como, a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas, dentre outros.

Em relação à distância entre as UBS e as residências das usuárias entrevistadas, 51,4% das mulheres relataram que sua casa está longe da unidade de saúde, mas as mesmas acham perto (63,9%) ou razoável (20,7%) essa distância (Tabela 2). O acesso nessa dimensão foi bem avaliado pelas usuárias. Pressupõe-se que as UBS estão localizadas no território onde as famílias nelas cadastradas residem. Sabe-se que as barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos serviços: quanto menos especializados, mais próximos estão da população (ALBUQUERQUE et al., 2014).

**Tabela 2** – Acesso às unidades de saúde, de acordo com as mulheres entrevistadas pelo PMAQ-AB em Goiás, 2015.

Informações quanto ao acesso às Unidades de Saúde	Frequência	
	Relativa	Absoluta
<b>Qual a distância da sua casa até a unidade de saúde</b>		
Perto (400mt ou menos)	40,5	784
Longe (mais de 401mt)	51,4	995
Não sabe/Não respondeu	8,1	157
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>1.936</b>
<b>O que a senhora acha da distância da sua casa até a unidade de saúde</b>		
Perto	63,9	1.238
Razoável	20,7	400
Longe	15,2	295
Não sabe/Não respondeu	0,1	3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>1.936</b>
<b>Horário de funcionamento desta unidade atende suas necessidades</b>		
Sim	85,5	1.655
Não	13,4	260
Não sabe/Não respondeu	1,1	21
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>1.936</b>

Fonte: Pesquisa PMAQ-AB – Goiás, 1º Ciclo.

Quanto aos horários de funcionamento das unidades, 85,5% das mulheres referiu que atende suas necessidades (Tabela 2), mas algumas relataram que para facilitar o seu atendimento, gostariam que as unidades de saúde atendessem em outros horários como: aos sábados (33,4%), mais cedo pela manhã (15,2%) e no horário do almoço (14,9%).

Vários autores citam que o diagnóstico tardio de câncer de colo do útero e de mama está diretamente relacionado à dificuldade de acesso aos serviços, à incapacidade

do serviço em responder às necessidades da população, entre outros (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006; FONTANIVE et al., 2008; LUCENA et al., 2011). Neste sentido, a maioria das mulheres relataram que o horário de funcionamento atende suas necessidades e que consideram a distância da sua casa à unidade de saúde perto ou razoável é um aspecto positivo, que contribui para a realização do exame preventivo de câncer do colo de útero e mama.

Entretanto, cabe mencionar que a avaliação feita pelas usuárias entrevistadas necessita ser problematizada, pois apresenta limitações e padece de muitos vieses de seleção, o que aumentam a positividade dos resultados, visto que não ocorreu seleção aleatória da amostra. O critério de seleção utilizado era estar na UBS no momento da avaliação externa e ter experiência anterior de uso dos serviços (FAUSTO et al., 2014). Relatos das equipes entrevistadoras referem que em algumas UBS perceberam que as usuárias tinham sido pré-selecionadas e agendadas exclusivamente para a entrevista, isso implica em cautela na generalização dos resultados (CASOTTI et al., 2013).

Sobre a marcação de consulta nas unidades de saúde, metade das mulheres relatou que, normalmente, conseguem marcar para o mesmo dia (52,7%) e as consultas em sua maioria (91,4%) são marcadas por ordem de chegada e uma minoria (17,8%) com agendamento prévio.

A organização baseada na demanda espontânea é característica básica do modelo assistencial privatista, tradicionalmente encontrado nos serviços públicos do País. Alguns estudos apontam que os usuários descrevem o acesso ao serviço de AB como algo burocrático e demorado, desde o tempo de espera do agendamento até o dia da consulta, como também o próprio processo de atendimento no serviço (seja esse agendado ou não). Em alguns casos, há situações críticas de acesso às UBS, onde os usuários apontam que chegam de madrugada no serviço para garantir uma senha de atendimento, mas nem sempre conseguem uma consulta, ou mesmo um 'acolhimento' inicial às suas queixas (BRITO-SILVA et al., 2014).

Quando avaliamos as respostas das usuárias com relação ao atendimento ginecológico e atenção ao câncer do colo de útero e mama, percebemos o seguinte: ao perguntar se quando tem um problema ginecológico conseguem ser atendidas na hora, mesmo sem estar com a consulta marcada, 17,4% relataram que não

conseguem. Entre essas, a maioria (88,4%) referiu que a consulta foi agendada para outra data e 11,6% das mulheres referiram marcar para o mesmo dia, sendo que dessas 66,7% demoram até 30 minutos para passarem pela consulta.

Entre as mulheres que conseguem marcar a consulta para outra data, normalmente demoram até 9 dias (67,4%) para serem atendidas. Após o atendimento nas unidades, metade das mulheres 53,6% mencionaram que não saem com a próxima consulta marcada.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011a), para um bom acolhimento às usuárias da AB, ampliação da resolutividade, facilitação do acesso e promoção de uma escuta qualificada para suprir as necessidades dessas usuárias, as UBS devem ter seus fluxos bem definidos, mas que sejam flexíveis e adaptáveis, devem ter suas agendas programadas para grupos específicos, para atendimento de demanda dos casos agudos e para cuidado continuado programado, e toda a equipe deve saber desses fluxos e agenda, além de estar interagida no processo.

Quando abordadas se faziam o exame preventivo de câncer do colo de útero (exame Papanicolau) na unidade de saúde, 66,6% relataram que sim, mas um número considerável de mulheres relatou que nunca fizeram o exame (13,5%). Dentre as mulheres, que relataram que nunca realizaram o exame preventivo de câncer de colo de útero, uma porcentagem significativa delas tinha entre 18 a 25 anos, representando 40,5% das mulheres como mostra a Tabela 3 abaixo.

**Tabela 3** – Faixa etária das mulheres que nunca realizaram exame preventivo de câncer de colo do útero, nas unidades de saúde participantes do PMAQ-AB em Goiás, 2015.

Faixa etária das mulheres que nunca realizaram o exame preventivo de câncer de colo do útero	Frequência	
	Relativa	Absoluta
De 18 a 25 anos	40,5	106
De 26 a 33 anos	14,5	38
De 34 a 41 anos	5,7	15
De 42 a 49 anos	4,6	12
De 50 a 57 anos	7,6	20
De 58 a 65 anos	12,2	32
Acima de 66 anos	14,9	39
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>262</b>

**Fonte:** Pesquisa PMAQ-AB – Goiás, 1º Ciclo.

Considerando que essa faixa etária é um grupo com vida sexual ativa, esse quadro é preocupante, já que de acordo com o Ministério da Saúde, o exame Papanicolau deve ser realizado em todas as mulheres com vida sexual ativa a partir da primeira relação sexual e com ênfase na idade entre 25 e 64 anos. Após a realização de dois exames anualmente com resultado negativo, a periodicidade passa a ser trienal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Esse dado corrobora com os estudos realizados por Santos (2013), no entorno sul do Distrito Federal e por Assis et al. (2014), em uma ESF no estado do Pará, onde os resultados apresentaram uma porcentagem de 12,9% e 14,7% respectivamente, de mulheres que nunca realizaram o exame Papanicolau. Mas quanto a idade, o estudo de Santos apresentou 49,0% com a idade entre 20 a 30 anos e o de Assis et al. (2014) 73,3% com idade entre 20 a 29 anos.

Esse fato é algo questionável, pois o MS prioriza a faixa etária de 25 a 64 anos para a realização do Papanicolau, desde que já tenha iniciado a atividade sexual, mas estudos têm apontado o início precoce da atividade sexual, sendo esse entre 13 e 15 anos de idade (BORGES; SCHOR, 2005; ROTELI-MARTINS et al., 2007; SASAKI et al., 2015). Isso nos leva a refletir se essas adolescentes estão tendo acesso aos serviços de prevenção ao câncer do colo de útero, por mais que não estejam na faixa etária preconizada pelo MS.

Por outro lado, entre as mulheres que nunca fizeram o exame, 44,6% delas estavam na faixa etária preconizada pelo MS. Estudos epidemiológicos mostram risco elevado no desenvolvimento do câncer do colo de útero entre mulheres que nunca realizaram o exame e um aumento no risco proporcional ao tempo decorrido desde o último exame (BRITO-SILVA et al., 2014).

Muitos estudos têm apontado a vergonha, constrangimento, medo, descuido, falta de tempo, nervosismo, acesso à unidade de saúde como principais dificuldades encontradas pelas mulheres na realização do exame Papanicolau (COELHO et al., 2012; RESSEL et al., 2013; ASSIS et al., 2014).

Entre as mulheres que relataram que não fazem o exame preventivo de câncer de colo do útero na unidade de saúde, alguns dos motivos apontados por elas foram: que a unidade não realiza a coleta do exame (11,9%), que o atendimento é ruim na unidade (5,8%) e que a unidade fica longe (3,9%). Os outros locais apontados por

essas mulheres, que não realizam o exame na unidade referida, foram outras unidades de saúde (31,6%) e consultório particular (27,4%).

Características relacionadas ao serviço como a distância deste em relação ao usuário, carências de recursos materiais para a realização do exame, dificuldades no transporte e aspectos burocráticos, incluindo tempo de espera, tanto para marcação como para o atendimento também foram mencionados por outros estudos como fatores que dificultam a realização do exame (DIAS-DA-COSTA et al., 2003; GONÇALVES et al., 2011; PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Segundo as mulheres que já realizaram o exame preventivo em algum momento de suas vidas, independente de onde fizeram, uma porcentagem delas, (63,6%) relatou que a última vez que fizeram a coleta do exame preventivo de câncer do colo de útero tem menos de um ano, 18,5% referiu ter entre um ano até dois anos e 10,8% relataram ter mais de dois anos que realizaram o exame. Adesão semelhante encontrada no estudo de Borges et al. (2012), realizado no Acre, 73% das mulheres apresentaram menos de dois anos que haviam realizado o último exame.

Depois que as mulheres realizam o exame preventivo, segundo elas, apenas 31,9% recebeu o resultado do exame em até 30 dias, tempo esse que seria o ideal, de acordo com Müller et al. (2011), porque seria o tempo necessário para se tomar as medidas de intervenção precoces no caso de algum problema evidenciado.

Após algum resultado alterado no exame citopatológico, apenas 8,5% receberam a indicação para a realização da colposcopia e 28,1% referiu que nunca precisou realizar o exame. Quando solicitado a colposcopia, 83,2% das mulheres esperam até 30 dias para realizar o exame. 78,1% das mulheres referiram que nunca foram encaminhadas ao ginecologista, informação divergente ao estudo de Santos (2013), no qual 58,3% das mulheres foram encaminhadas a algum especialista ou receberam algum tipo de encaminhamento.

Para o diagnóstico obtido nos exames de Papanicolau, o MS preconiza as seguintes condutas: citologia normal e alterações benignas devem seguir a rotina de rastreamento citológico (anual); para alterações pré-malignas recomenda-se a repetição da citologia em seis meses; para alterações malignas, a colposcopia é imediatamente indicada e, apresentando lesão na colposcopia, recomenda-se a biopsia (INCA, 2011c).

A colposcopia subsequente ao resultado citopatológico é a melhor forma de identificar as atipias que correspondem à NIC de alto grau e as separar daquelas que não apresentam alterações intraepiteliais. Por esse motivo, a observação das normas e os encaminhamentos corretos são parâmetros importantes para o melhor desempenho do programa de rastreamento e controle do câncer do colo de útero (ARAÚJO et al., 2014).

O acesso facilitado aos níveis secundário e terciário de atenção não é uma realidade comumente observada no País. Segundo Parada et al (2008), a garantia de ações adequadas para o diagnóstico e tratamento do câncer do colo de útero é um ponto crítico para a organização da linha de cuidado.

Quando questionadas se nas consultas elas foram orientadas quanto à importância do exame preventivo e quando devem fazer outro exame, 72,8% delas disseram que recebem essas informações e algumas, mas mesmo assim, em proporção considerável (19,4%), relataram que não recebem essas informações durante as consultas.

Em relação à prevenção do câncer de mama, podemos avaliar se os profissionais realizavam o ECM nas mulheres que passavam pelo exame citopatológico e se as mulheres já realizaram o exame de mamografia.

Sendo assim, identificamos que dentre as mulheres que referiram ter realizado o exame de preventivo, independente do lugar, metade delas 53,9% informaram que durante a consulta não eram realizado o ECM pelos profissionais de saúde nas unidades. Quanto ao exame de mamografia, algumas mulheres (38,0%) mencionaram que já precisou fazer o exame, a maioria delas (80,7%) conseguiram realizar o exame quando precisaram, já as outras, 12,5% não conseguiram realizar o exame, 3,1% conseguiu realizar algumas vezes e algumas (1,2%) não procuraram fazer o exame. O tempo médio de espera para realizar a mamografia foi de até 30 dias (86,4%).

Cecílio e Merhy (2003) afirmam que “a linha de cuidado pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde”. Segundo os autores, não há integralidade radical sem a transversalidade no sistema. Os cânceres do colo de útero e mama, especificamente, dependem da união de diferentes tecnologias para avançar no cuidado das mulheres, considerando os diferentes níveis de evolução da doença.

Estudo realizado por Fausto et al. (2014) mostrou que apenas metade das ESF, no Brasil, dispunham de referências/fluxos definidos para atendimentos dos casos de suspeita de câncer do colo de útero e mama, sendo que a maior parte não apresentou comprovação documental.

O fato da maioria das mulheres não terem sido encaminhadas para o ginecologista e algumas não terem o acesso à mamografia, afeta diretamente a capacidade de resposta resolutiva da AB e a realização de cuidado adequado e oportuno dentro do SUS. Contudo, os elementos associados à integração da AB são dependentes de ações sistêmicas, extrapolam os limites da AB, mas têm implicação direta na sua condição de serviço de procura regular e base na ordenação da rede.

Esse fato é importante, pois mostra a existência de problemas no fluxo que podem ser atribuídos à falta de planejamento e organização, gerando tempo médio de espera relativamente alto e insatisfação das usuárias. Alguns trabalhos na literatura concordam que é frequente a dificuldade de acesso dos usuários da AB aos serviços de referência no País (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; SANTIAGO et al., 2013). Tal constatação não deveria acontecer, pois os sistemas de saúde, que tem como base a AB, devem assegurar os fluxos de ação diagnósticos terapêuticos adequados.

.....**CONCLUSÕES**

## 7 CONCLUSÕES

- Aproximadamente, 20% das UBS em Goiás não possuem os equipamentos e não contam permanentemente com os materiais e insumos indispensáveis para a realização do exame citopatológico.

- As equipes de AB em Goiás realizam a coleta do exame citopatológico, programam consultas e ações direcionadas à prevenção do câncer do colo de útero e mama, realizam estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame citopatológico por um profissional de saúde, mas algumas não realizam essas estratégias para realização do exame clínico das mamas por um profissional de saúde. As unidades não possuíam um registro do número de mulheres com coleta do exame citopatológico em atraso, mas possuíam o registro das mulheres com exames alterados e realizavam o seguimento destas após tratamento. O Estado possui quantidade suficiente de mamógrafos para atender as mulheres, mas estão distribuídos de maneira desigual pelas Regionais de Saúde.

- As usuárias da AB apontaram que acham perto ou razoável a distância das unidades às suas casas, que o horário de funcionamento da unidade atende suas necessidades, mas para facilitar o acesso, gostariam que as unidades atendessem aos sábados e mais cedo pela manhã. Metade das mulheres consegue marcar uma consulta para o mesmo dia que procura o serviço, e na maioria das vezes essa consulta é marcada por ordem de chegada. Quando estão com algum problema ginecológico, algumas não conseguem atendimento na hora, mas conseguiram marcar para outra data, demorando até 9 dias para serem atendidas e após o atendimento na unidade, metade das mulheres não saíam com a próxima consulta marcada. Parte delas realizavam a coleta do exame Papanicolau na UBS, mas uma quantidade considerável nunca tinha realizado o exame.

- Entre as mulheres que já realizaram o exame, algumas já faziam mais de 2 anos após a data do último exame. Apenas uma quantidade pequena recebem o resultado do exame em tempo hábil para se tomar medidas de intervenção precoce, poucas receberam a indicação de realização da colposcopia, após algum exame alterado e a maior parte delas nunca havia sido encaminhada para consulta com o ginecologista. Metade das mulheres mencionou que durante as consultas, os

profissionais não realizavam o exame clínico nas mamas, algumas já precisaram fazer a mamografia, mas nem todas tiveram acesso ao exame.

Com isso, este estudo mostrou que a Atenção Básica em Goiás, ainda não está organizada de maneira a ser o centro ordenador das Redes de Atenção à Saúde, e certa fragilidade perante a linha do cuidado ao câncer, o que dificulta o acesso aos serviços e o cuidado integral as mulheres.

**.....CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Este estudo teve como norte inspirador, a reflexão acerca do que nos afasta de alcançar a integralidade na saúde da mulher, quando constatamos a alta incidência e mortalidade dos cânceres do colo de útero e mama, apesar do conjunto de ações estratégicas para o controle dos mesmos, explicitadas pelas políticas de atenção à mulher no Brasil.

Tendo em vista as questões relacionadas à saúde da mulher, na prevenção dos cânceres do colo de útero e de mama e a Atenção Básica, foi traçado como objetivo central desta investigação, analisar as ações e os serviços de Atenção Básica na prevenção dos cânceres do colo de útero e de mama no Estado de Goiás.

As ações e serviços na prevenção dos cânceres do colo de útero e mama na AB em Goiás, ainda são um grande desafio que requer investimento dos Municípios e do Estado para a sua consolidação. Estratégias devem ser efetivadas no sentido de melhorar a cobertura do exame citopatológico e mamografia no Estado.

A complexidade do problema implica sensibilização dos profissionais médicos e enfermeiros, para realização do exame citopatológico, e exame clínico das mamas, busca ativa das mulheres com exame em atraso pelas equipes de ESF, disponibilização permanente dos equipamentos e insumos essenciais para o exame citopatológico, organização da agenda das equipes e dos fluxos de atendimentos e encaminhamentos, pensar em uma redistribuição dos mamógrafos pelas Regionais de Saúde e, por fim, a completa implantação do SISCAN, pois essa é uma ferramenta essencial para o manejo e acompanhamento das pacientes.

Sendo a saúde um dever do Estado, acredita-se que esta é garantida por meio da rede assistencial de saúde, possibilitando ao usuário, o direito ao atendimento, desde a Atenção Básica, até encaminhamentos e atendimentos em serviços mais complexos, porém, existem momentos da atenção em saúde em que esta garantia não é absoluta. Diante disso, ressalta-se a importância da realização de avaliações constantes, para auxiliar as equipes e gestores da Atenção Básica, na manutenção da qualidade da assistência, auxiliando também, na identificação de possíveis problemas e correções posteriores, pois, é a Atenção Básica que possibilita aos profissionais terem uma visão mais abrangente do indivíduo e coletividade, visto em

vários aspectos, dentro de suas condições de vida e suas reais necessidades em saúde, ofertando-lhes ações e serviços que correspondam a estas demandas.

.....**REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38. n. especial. p.182-194, out. 2014.
- ARAÚJO, E. S. et al. Avaliação do seguimento de mulheres com exames citopatológicos alterados de acordo com as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde em Goiânia, Goiás. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 7-13, 2014.
- ASSIS, F. S. J. S. et al. Adesão das mulheres ao programa de prevenção do câncer de colo do útero na Atenção Básica, Ananindeua-PA. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 5, n. 1, p.91-94, 2014.
- ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BIM, C. R. et al. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44,n. 4, p. 940-6, dez. 2010.
- BORGES, A. L. V; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 499-507, mar./abr. 2005.
- BORGES, M. F. S. O. et al. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não realização do exame. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1156-1166, jan./jun. 2012.
- BRASIL. CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da atenção primária**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Integração. Região Integrada de Desenvolvimento-RIDEs [Internet]. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://www.mi.gov.br/web/guest/regioes\\_integradas\\_rides](http://www.mi.gov.br/web/guest/regioes_integradas_rides)>. Acesso: 02 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência a Saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). Brasília – DF, 2002a. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema único de saúde (SUS):** instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Portaria nº2439/GMde 08/12/2005.** Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasil: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria2439.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela vida e de gestão.** Brasília, DF, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 1.)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série B, Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo a saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF, 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008:20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília, DF, 2009b. (Série G, Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº. 26:** saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Cooperação Técnica GT de Avaliação da ABRASCO.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº. 28:** acolhimento e demanda espontânea. Brasília, DF, 2011a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1206-7, dez. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. 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, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico sobre a vacina contra o papilomavírus humano (HPV)**. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/campanha-amplia-publico-alvo-de-vacinacao-contra-hpv>>. Acesso em: 18 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº. 13**. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. 2. ed. Brasília, DF, 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013 – 2015**. Brasília, DF, 2013c. (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF, 2014.

BRITO-SILVA, K. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38. n. especial. p. 252-264, out. 2014.

CASOTTI, E. Vivências da equipe de entrevistadores no desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB na cidade do Rio de Janeiro. In: FAUSTO, M. C. R; FONSECA, H. M. S. (Orgs.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013.

CECÍLIO, L. C. O. MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003

CNESNET. **Consulta equipamentos**. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipamento.asp?VEstado=52](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=52)>. Acesso em: 23 set. 2014.

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.

COELHO, I.B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 171-83, jan. 2010.

CONILL, E. M; GIOVANELLA, L; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? considerações a partir do sistema nacional de saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011.

DATASUS. **Estimativas populacionais utilizadas na publicação "Saúde Brasil 2012"**. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popestim/cnv/popgo.def>>. Acesso em: 30 set. 2014.

FREITAS-JÚNIOR, R. et al. Estimativas da cobertura mamográfica no Estado de Goiás, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27 n. 9 p. 1757-1767, set. 2011.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p.71-79, 2012.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 191-197, jan./fev, 2003.

FACINA, T. Resenha Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, jan. /mar. 2014.

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. 13-33, out. 2014.

FERREIRA, M. L. M; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer de colo – uterino e detecção precoce de câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 5-15, 2006.

FONTANIVE, P. V. N. et al. Cobertura da estratégia saúde da família e de citopatologia de colo uterino no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, 2008.

FRANCO, C. M; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. [Goiânia]: NESC, [2012]. Disponível em: <<https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2014.

GIOVANELLA L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan. /abr. 2002.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, supl. 5, p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 21-23, 2008.

GOIÁS. **Portal**: Goiás. Wikipédia, a enciclopédia livre. 2013a. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Portal:Goi%C3%A1s>>. Acesso em: 20 nov. 2013a.

GOIÁS. Secretaria Estadual de Saúde. **Regionais**. 2013b. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/index.php?idEditoria=4014>>. Acesso em: 20 nov. 2013b.

GOMES, C. H. R. et al. Avaliação do conhecimento sobre detecção precoce do câncer das estudantes de medicina de uma universidade pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 25-30, 2008.

GOMES, K. O. G. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16(Supl. 1), p. 881-892, 2011.

GONÇALVES C. V. et al. Perdas de oportunidades na prevenção de câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 2501-10, 2011.

GÖTTEMS, L. B. D. et al. Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 3, n 2, 2012.

HABICHT J. P; VICTORA C. G; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**. v.28, n.1, p. 10-18, 1999.

HARTZ, M. A; CONTANDRIOPOULOS, A. P. 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, v. 20, Sup2, p. S331-S336, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD 2008**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=pnad&o=10&i=P&c=2508>>. Acesso em: 12 set. 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa 2013**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go>>. Acesso em: 01 jan. 2014.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario\\_colo\\_uterio\\_versao\\_2011.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario_colo_uterio_versao_2011.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2013.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). **Programa nacional de controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em:

<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama)>. Acesso em: 20 jul. 2013.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). **Programa nacional de controle do câncer do colo de útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio)>. Acesso em: 20 jul. 2013.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: 2011c. Disponível em: <[http://www.mg.vivamulher.com.br/downloads/diretrizes\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://www.mg.vivamulher.com.br/downloads/diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2014.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO)**: manual gerencial. Rio de Janeiro: INCA, 2011d.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). **Sistema de informação do câncer**: manual preliminar para apoio à implantação . Rio de Janeiro: INCA, 2013.

INCA – 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: 10.01.2015

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Painel de monitoramento taxa de mortalidade. Atlas on-line de monitoramento INCA. [2014]. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo03/consultar.xhtml#panelResultado>. Acesso em: 10.01.2015.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em 02 jan. 2015.

ITO, M. M, et al. Dimensão da participação do Papilomavírus Humano (HPV) na evolução do câncer cérvico-vaginal. **Revista Brasileira de Análises Clínica - RBAC**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.127-129, 2010.

LIMA, A. L. A. **A política de regulação da assistência e a integralidade à saúde da mulher**: uma análise da situação do Distrito Sanitário III da cidade do Recife. 2010. 85 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010lima-ala.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

LOFEGO, J; PINHEIRO, R. Comunicação e informação no controle do câncer de colo uterino no Brasil: uma análise sob perspectiva da integralidade em saúde. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, fev. 2013.

LUCENA, L. T. et al. Fatores que influenciam na realização do exame preventivo de câncer cervico uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 45-50, 2011.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 181-7, 2009.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/pdf/13.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

MANDÚ, E. N. T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil, século XX. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 358-71, maio/jun. 2002.

MARAGNO, F. **Avaliação da atenção primária em saúde realizada com Usuários de estratégia saúde da família do município de Criciúma - SC**: instrumento PMAQ. 2013. 137 p. Especialização (Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família) -- Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/2131/Francieli%20Maragno.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 set. 2014.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R., Mattos R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e Diferenças Conceituais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, V.G. et al. Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro v.32, n.10, p.476-485, out. 2010.

MORAES, J. R. et al. Relação entre plano de saúde e a realização do exame Papanicolau: uma aplicação de escore de propensão usando um inquérito amostral complexo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 589-97, 2011.

MOSCICKI, A. B. HPV Vaccines: today and in the future. **Journal of Adolescent Health**, v. 43, suppl. 4, p. S26-S40, out. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2584441/>>. Acesso em: 12 set. 2013.

MÜLLER E. V. et al. Tendência e diferenciais socioeconômicos da morbidade por câncer de colo de útero no Estado do Paraná (Brasil), 1980-2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2495-500, jan./maio 2011.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 325-34, set. 2006.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-

Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Washington, 2007. Disponível em: <<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacao-Atencao-Primaria-Saude-Americas.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

PAIM, J. S; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. 2010. **BIS - Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v.12, n.2 ago. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2014.

PARADA, R. et.al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

PINHO, A. A; FRANÇA-JUNIOR, I. Prevenção de câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização de teste de Papanicolau. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, p. 95-112, jan. /mar. 2003.

QUINN, M. et al. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. **BMJ**, v. 318, p. 904-8, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10102852>> Acesso em: 27 out. 2014.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Porto Alegre, RS, 2008. Disponível em: <[http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/169650/mod\\_resource/content/2/Texto%20DDSSDDRR.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/169650/mod_resource/content/2/Texto%20DDSSDDRR.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2014.

RESSEL, L. B. et al. Exame preventivo do câncer de colo uterino: a percepção das mulheres. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 31, n. 2, p.65-73,2013.

ROTELI-MARTINS, C. M. et al. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subseqüente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. **Rev Bras Ginecol. Obstet.**, v. 29, n. 11, p. 580-7, 2007.

SALOMON, D; BREEN, N; MCNEEL, T. Cervical cancer screening rates in the United States and the potential impact of implementation of screening guidelines. **A Cancer Journal for Clinicians**, v. 57, n. 2, p. 105-11, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17392387>>. Acesso em: 12 out. 2014.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.

SANTOS T. A. P. **Desempenho dos serviços de saúde prestados à mulher residente no Entorno Sul do Distrito Federal na perspectiva da usuária**. 2013. 135 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Faculdade de Enfermagem. Goiânia, UFG, 2013. Disponível em: <[https://mestrado.fen.ufg.br/up/127/o/Thays\\_Ang%C3%A9lica\\_de\\_Pinho\\_Santos.pdf](https://mestrado.fen.ufg.br/up/127/o/Thays_Ang%C3%A9lica_de_Pinho_Santos.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2014.

SANTOS, L. S; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, mar. 2011.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, S. F. et al. **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Saberes, 2011.

SASAKI, R. S. A. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 95-104, 2015.

SILVA, I.F. et al. Natural history of precancerous cervical lesions: an exploratory study of a cohort of women from Rio de Janeiro - RJ, Brazil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3, p. 369-378, 2012. Disponível: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf/06\\_artigo\\_natural\\_history\\_precancerous\\_cervical\\_lesions\\_exploratory\\_study\\_cohort\\_women\\_rio\\_de\\_janeiro\\_rj\\_brazil.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/06_artigo_natural_history_precancerous_cervical_lesions_exploratory_study_cohort_women_rio_de_janeiro_rj_brazil.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2014.

TANAKA, O.Y. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, abr. 2012.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C; OLIVEIRA, E. X. G; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 3, p. 777-88, maio/jun. 2007.

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



## ANEXOS

### ANEXO 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido



#### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Bom dia (Boa tarde)!

Estamos realizando uma avaliação para o Ministério da Saúde com o objetivo de verificar o acesso e a qualidade da atenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o Brasil. Para isso, precisamos entrevistar pessoas que utilizam estes serviços de saúde.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder um questionário. Serão feitas perguntas sobre sua saúde e como o(a) Sr(a) é atendido(a) quando vem consultar aqui nesta UBS. O seu nome não será divulgado, todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta avaliação. Se o(a) Sr(a) tiver alguma pergunta a fazer, sinta-se à vontade.

Caso o(a) Sr(a) tenha disponibilidade e interesse em participar, por favor, autorize e assine este termo de consentimento.

Obrigado pela sua atenção,

Marta Rovey de Souza

Coordenadora da Avaliação Externa do PMAQ-UFG

**ANEXO 2– Autorização do comitê de ética em pesquisa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 38/12 Pelotas, 10 de maio 2012.

Prof

Luiz Augusto Facchini

Projeto – "Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde – PMAQ – AB"

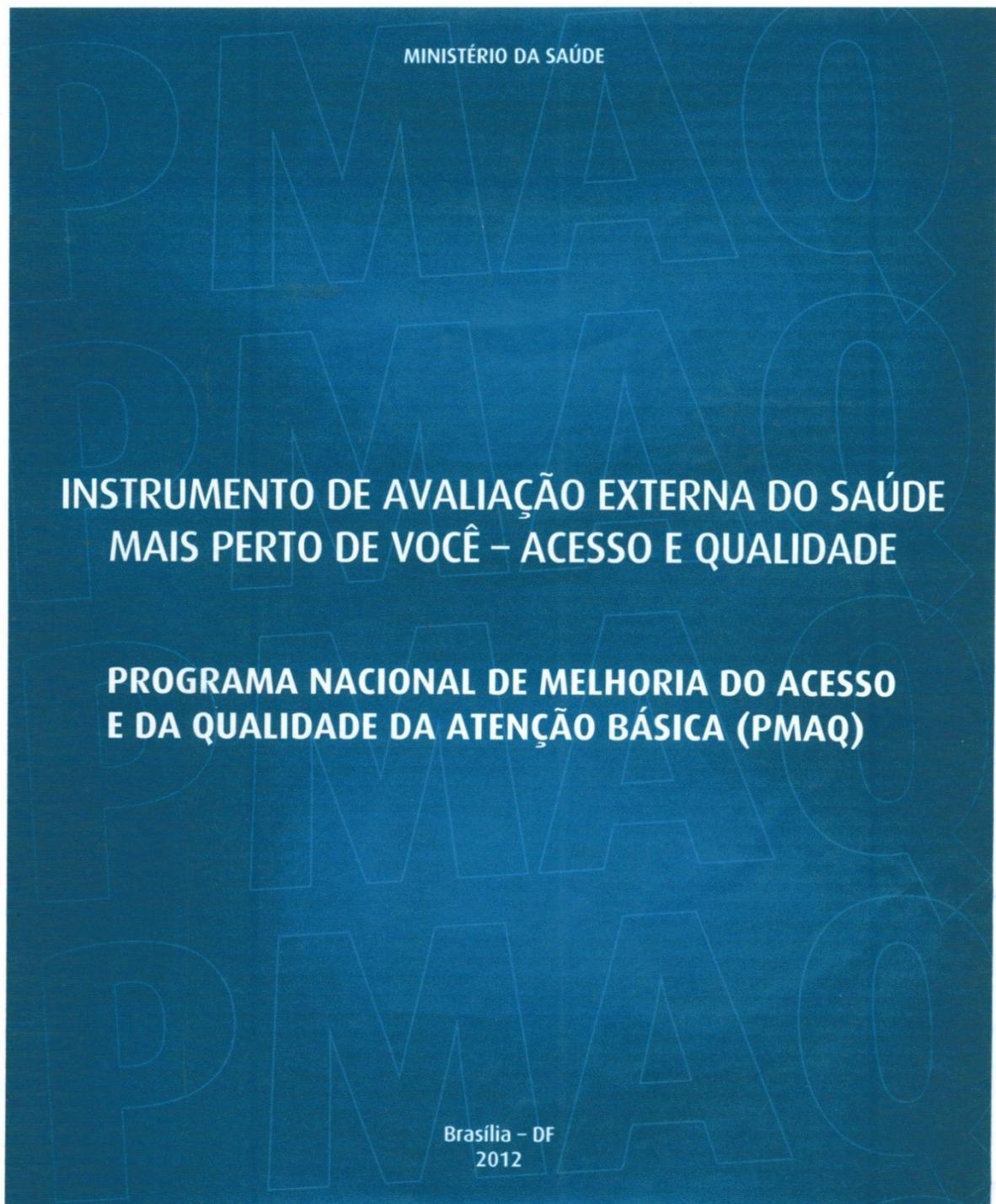
Prezado Pesquisador;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 195/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

---



**ANEXO 3 – Questionário PMAQ – módulo I, II e III**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO SAÚDE  
MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE**

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO  
E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF  
2012

© 2012 Ministério da Saúde.  
 Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

*Elaboração, distribuição e informações*

Ministério da Saúde  
 Secretaria de Atenção à Saúde  
 Departamento de Atenção Básica  
 Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2,  
 Lotes 5/6, Bloco II, Subsolo  
 CEP: 70.070-600 – Brasília-DF  
 Fones: (61) 3306-8088/3306-8087  
 Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)  
 Endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

*Supervisão Geral*  
 Héider Aurélio Pinto

*Coordenação Técnica Geral*  
 Allan Nuno Alves de Sousa

*Revisão Técnica*  
 Allan Nuno Alves de Sousa  
 Eduardo Alves Melo  
 Héider Aurélio Pinto  
 Patrícia Sampaio Chueiri  
 Alexandre de Souza Ramos  
 Aristides de Oliveira

*Elaboração Técnica*  
 Aliadne Castorina Soares de Sousa  
 Allan Nuno Alves de Sousa  
 Carolina Pereira Lobato  
 Cinthia Lociks de Araújo  
 Dirceu Ditmar Klitzke  
 Eduardo Alves Melo  
 Estela Auxiliadora Almeida Lopes  
 Fernando Henrique de Albuquerque Maia

*Colaboração*  
 Aliadne Castorina Soares de Sousa  
 Allan Nuno Alves de Sousa  
 Carolina Pereira Lobato  
 Cinthia Lociks de Araújo  
 Dirceu Ditmar Klitzke  
 Eduardo Alves Melo  
 Estela Auxiliadora Almeida Lopes  
 Fernando Henrique de Albuquerque Maia

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.  
 138 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

1. Atenção básica. 2. Promoção à saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Título. II. Série.

CDU614

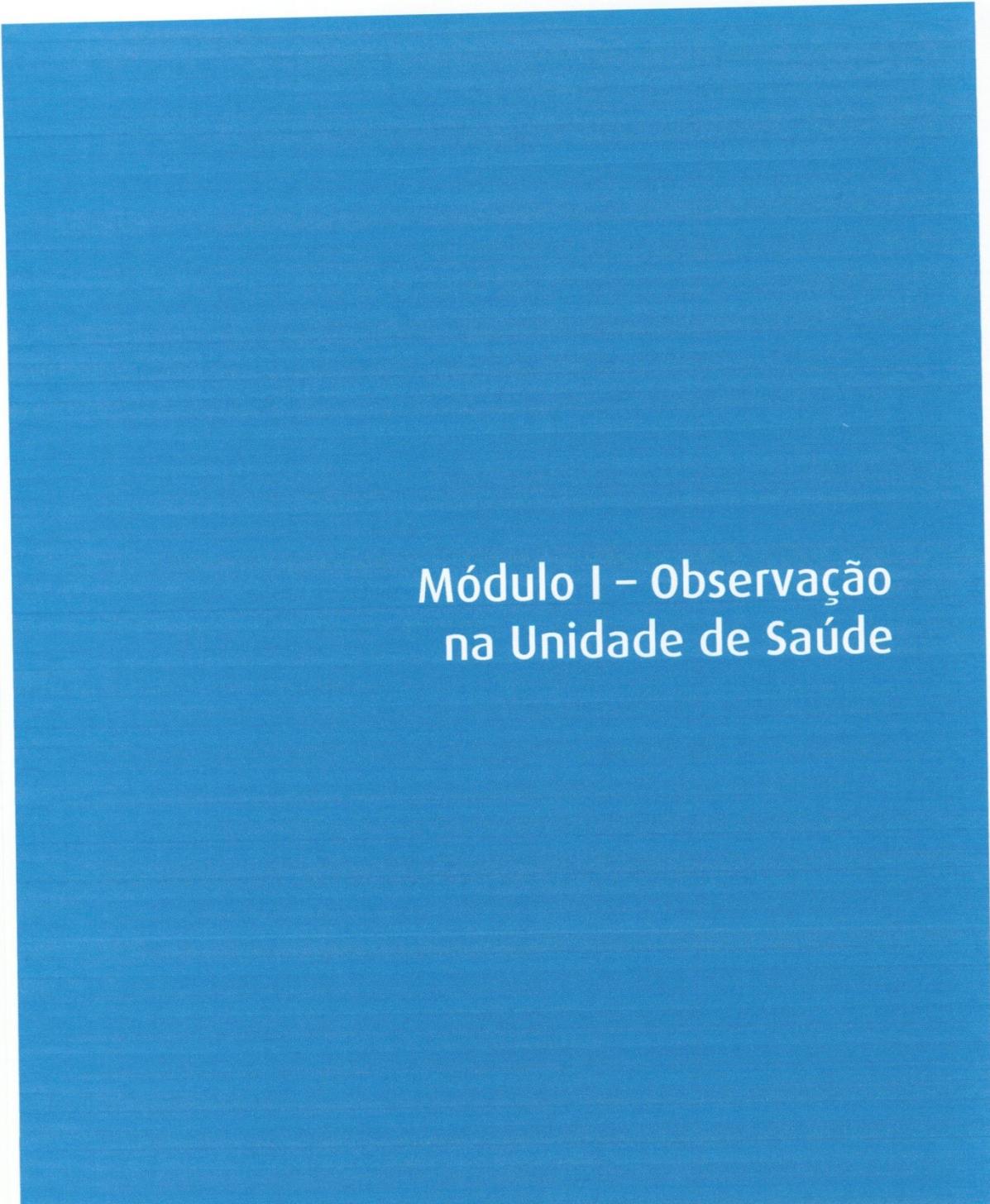
Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Instrument for external evaluation of health closer to you  
 Em espanhol: Instrumento para la evaluación externa de la salud más cerca de usted

## SUMÁRIO

Apresentação	6
Módulo I – Observação na Unidade de Saúde	9
Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde	37
Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário	101
Referências	134
Anexos	136
Anexo A – Lista de Instituições de Ensino e Pesquisa	136
Anexo B – Colaboradores	138



## Módulo I – Observação na Unidade de Saúde

## Módulo I – Observação na Unidade de Saúde

• Neste módulo, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe de atenção básica que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos da Unidade Básica de Saúde.

• Orientações gerais:

Na opção de resposta “Outro(s)” poderá descrever a resposta;

Quando a questão possibilitar mais de uma opção de resposta deverá marcar para cada uma “Sim” ou “Não”.

### Criação do questionário

Número do CNES:  
(7 dígitos)

Nome da unidade de saúde:

CPF do avaliador:

### I.1 Identificação geral

I.1.1 Instituição principal:

I.1.2 Instituição colaboradora:

I.1.3 Número do supervisor:

I.1.4 Número do entrevistador:

### I.2 Identificação da unidade de saúde

I.2.1 Nome da unidade de saúde:

I.2.2 Coordenadas GPS: Latitude:  
Longitude:

I.2.3 Estado:

I.2.4 Município:

I.2.5 Endereço:

I.2.6 Telefone (DDD) + 8 dígitos: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Não se aplica

continua...

continuação...

I.3 Identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica		
I.3.1	Qual o tipo de unidade de saúde?	Posto de saúde
		Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde
		Posto avançado
		Outro(s)
I.3.2	Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade: (inserir o número no quadrado)	Equipe de Saúde da Família com saúde bucal
		Equipe de Saúde da Família sem saúde bucal
		Equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal
		Equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal
		Outras configurações
Não sabe		
I.3.3	Unidade de saúde tem equipe(s) participante(s) do PMAQ? (Se NÃO, passar para a questão I.3.5.)	Sim
		Não
I.3.4	Quantidade de equipes participantes do PMAQ na unidade de saúde:	Equipes
I.3.5	Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) mínima (s):	Médico
		Enfermeiro
		Cirurgião-dentista
		Técnico de enfermagem
		Auxiliar de enfermagem
		Técnico de saúde bucal
		Auxiliar de saúde bucal
		Agente comunitário de saúde
		Técnico de laboratório
		Microscopista
I.3.6	Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) ampliada (s):	Médico especialista
		Psicólogo
		Fisioterapeuta
		Nutricionista
		Assistente social
Outro(s)		

continua...

continuação...

<b>I.11 Equipamentos e materiais</b>		
<b>Equipamentos e materiais</b>		
I.11.1	Antropômetro	Quantos em condições de uso?
I.11.2	Aparelho de pressão adulto	Quantos em condições de uso?
I.11.3	Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal	Quantos em condições de uso?
I.11.4	Aparelho de nebulização	Quantos em condições de uso?
I.11.5	Ar-condicionado farmácia	Quantos em condições de uso?
I.11.6	Ar-condicionado para sala de vacina	Quantos em condições de uso?
I.11.7	Autoclave	Quantos em condições de uso?
I.11.8	Balança antropométrica de 150 kg	Quantos em condições de uso?
I.11.9	Balança antropométrica de 200 kg	Quantos em condições de uso?
I.11.10	Balança infantil	Quantos em condições de uso?
I.11.11	Régua antropométrica	Quantos em condições de uso?
I.11.12	Estetoscópio adulto	Quantos em condições de uso?
I.11.13	Estetoscópio pediátrico ou neonatal	Quantos em condições de uso?
I.11.14	Foco de luz para exame ginecológico	Quantos em condições de uso?
I.11.15	Geladeira exclusiva para vacina	Quantos em condições de uso?
I.11.16	Geladeira para farmácia	Quantos em condições de uso?
I.11.17	Glicosímetro	Quantos em condições de uso?
I.11.18	Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)	Quantos em condições de uso?
I.11.19	Lanterna clínica	Quantos em condições de uso?
I.11.20	Mesa para exame ginecológico com perneira	Quantos em condições de uso?
I.11.21	Mesa para exame clínico	Quantos em condições de uso?
I.11.22	Oftalmoscópio	Quantos em condições de uso?
I.11.23	Otoscópio	Quantos em condições de uso?
I.11.24	Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)	Quantos em condições de uso?
I.11.25	Sonar ou estetoscópio de Pinard	Quantos em condições de uso?
I.11.26	Microscópio	Quantos em condições de uso?
I.11.27	Termômetro com cabo extensor ou linear	Quantos em condições de uso?

continua...

continuação...

I.11.28	Termômetro clínico	Quantos em condições de uso?
I.11.29	Termômetro de máxima e mínima	Quantos em condições de uso?
<b>I.12 Insumos para atenção à saúde</b>		
I.12.1	Abaixador de língua	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.2	Agulhas descartáveis de diversos tamanhos	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.3	Ataduras	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.4	Caixas térmicas para vacinas	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.5	Fita métrica	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.6	EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.7	Espéculo descartável	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.8	Equipo de soro macrogotas e microgotas	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.9	Escovinha endocervical	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.10	Espátula de Ayres	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível

continua...

continuação...

I.12.11	Esparadrapo/fita micropore e outras	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.12	Fixador de lâmina	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.13	Frasco plástico com tampa	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.14	Gaze	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.15	Lâmina de vidro com lado fosco	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.16	Porta-lâmina	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.12.17	Tiras reagentes de medida de glicemia capilar	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.18	Seringas descartáveis de diversos tamanhos	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.19	Seringas descartáveis com agulha acoplada	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.20	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes	Sempre disponíveis
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponíveis
I.12.21	Lâmina (para malária)	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível

continua...

continuação...

I.13.11	Ficha B-Hans do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.12	Ficha C do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.13	Ficha D do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.14	Relatório SSA2 do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.15	Relatório PMA2 do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.16	Fichas de notificação e investigação de agravos do SINAN	Sempre disponíveis
		Às vezes disponível
		Nunca disponíveis
I.13.17	Ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (SISCOLO)	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.18	Ficha de atendimento pré-natal	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível

#### I.14 Medicamentos componentes da Farmácia Básica

##### Medicamentos antiparasitários

I.14.1	Albendazol/Mebendazol	Sim	Não
I.14.1/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.2	Metronidazol/Teclozana	Sim	Não
I.14.2/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.3	Permetrina/Ivermectina/Benzoato de benzila	Sim	Não
I.14.3/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.4	Espiramicina	Sim	Não
I.14.4/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não

continua...

**Módulo II – Entrevista com  
Profissional da Equipe de  
Atenção Básica e Verificação de  
Documentos na Unidade de Saúde**

## Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

- Para responder à entrevista com a equipe participante do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o profissional que responderá à entrevista. Este profissional deverá ser aquele que agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, determinado pela equipe previamente no momento da avaliação.
- Quando houver na equipe de saúde bucal, deverá ser um profissional de saúde bucal que responderá às questões referentes ao tema.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas em duas etapas, sendo:
  - a) Registro da resposta específica;
  - b) Registro da existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).
- Nas questões em que houver a opção de resposta “Outros”, este campo servirá para o registro da resposta referida pelo entrevistado.
- Orientações gerais:

Na opção de resposta “Outro(s)” poderá descrever a resposta;  
Quando a questão possibilitar mais de uma opção de resposta deverá marcar para cada uma “Sim” ou “Não”.

continuação...

II.16.4/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.16.5	A agenda da equipe está organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.16.5/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.16.6	A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.16.8.)		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.16.6/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.16.7	Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Prevenção e acompanhamento de câncer do colo do útero
		Sim	Não	Prevenção e acompanhamento de câncer de mama
		Sim	Não	Prevenção e acompanhamento de câncer de boca
		Sim	Não	Planejamento familiar
		Sim	Não	Pré-natal
		Sim	Não	Crescimento e desenvolvimento da criança
		Sim	Não	Usuários com hipertensão arterial sistêmica
		Sim	Não	Usuários com Diabetes mellitus
		Sim	Não	Problemas relacionados à saúde mental
		Sim	Não	Problemas respiratórios crônicos
		Sim	Não	Obesidade
		Sim	Não	Violência familiar
				Outros(s)

continua...

continuação...

II.20.6	Com que frequência? (O entrevistador deverá ler as opções.)		Diariamente (manhã/tarde)	
			Diariamente (somente um turno)	
			Uma vez por semana	
			Duas vezes por semana	
			Três vezes por semana	
			Quatro vezes por semana	
			Outros	
			Não sabe/não respondeu	
<b>Realização de procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde</b>				
II.20.7	A equipe de atenção básica realiza procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde? (Se NÃO, passar para o bloco II.21.)		Sim	
			Não	
II.20.8	A equipe de atenção básica realiza os seguintes procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta. )	Sim	Não	Drenagem de abscesso
		Sim	Não	Sutura de ferimentos
		Sim	Não	Retirada de pontos
		Sim	Não	Lavagem de ouvido
		Sim	Não	Extração de unha
		Sim	Não	Nebulização/inalação
		Sim	Não	Curativos
		Sim	Não	Medicações injetáveis intramusculares
		Sim	Não	Medicações injetáveis endovenosas
				Outro(s)
		Nenhuma das anteriores		
II.20.8/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	

<b>II.21 Atenção ao câncer do colo do útero e de mama</b>			
II.21.1	A equipe de atenção básica realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.21.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

continua...

continuação...

II.21.2	A equipe de atenção básica possui registro com o número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.21.2/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.21.3	A equipe de atenção básica possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.21.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.21.4	A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.21.5	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.21.5/1	A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame citopatológico?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.21.5/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.21.6	A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame das mamas com um profissional de saúde?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

II.22		Planejamento familiar		
II.22.1	A equipe de atenção básica desenvolve ações de planejamento familiar? (Se NÃO, passar para o bloco II.23.)		Sim	
			Não	
II.22.2	A equipe de atenção básica disponibiliza: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Preservativos masculinos (camisinha)
		Sim	Não	Preservativos femininos
		Sim	Não	Medicações contraceptivas (anticoncepcionais)

continua...

## Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

continuação...

### Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

- Este módulo busca verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- O questionário do Módulo III será aplicado para quatro usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa.
- Para entrevista com os usuários, o avaliador deverá selecionar aqueles que não passaram por consulta com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista.
- Os blocos específicos (mulher, pré-natal, criança, hipertensão, diabetes) serão aplicados de acordo com o perfil do usuário.
- Os blocos de saúde bucal e práticas interativas serão aplicados conforme o escopo de serviços ofertados da UBS.
- Aplicar os critérios de exclusão:
  - Não continuar a entrevista se for a PRIMEIRA vez que o usuário vem até a unidade de saúde.
  - Não continuar a entrevista se fizer mais de 12 MESES que o usuário vem até a unidade de saúde.
  - Se não elegível, entrevistar a próxima pessoa (recusas não serão registradas no tablet).

#### Criação do questionário

Número do CNES:  
(7 dígitos)

Nome da unidade de saúde:

CPF do avaliador:

#### III.1 Identificação geral

III.1.1	Instituição principal:
III.1.2	Instituição colaboradora:
III.1.3	Número do supervisor:
III.1.4	Número avaliador da qualidade:

continua...

continuação...

III.2 Identificação da equipe		
III.2.1	Nome da equipe:	
III.2.4	Coordenadas GPS:	Latitude:
		Longitude:
III.2.5	Estado:	
III.2.6	Município:	
III.2.7	Endereço:	
III.2.8	Telefone (DDD) + 8 dígitos:	( ) ____ - ____
		Não se aplica

III.4 Identificação do usuário		
III.4.1	Nome	
III.4.2	Endereço:	
III.4.3	Município:	
III.4.4	Estado:	
III.4.5	Telefone (DDD) + 8 dígitos:	( ) ____ - ____
III.4.5	Telefone (DDD) + 8 dígitos:	Não se aplica
III.4.6	Sexo:	Masculino
		Feminino
III.4.7	Qual é a idade do(a) senhor(a)?	Anos
III.4.8	Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?	Branca
		Preta
		Amarela
		Parda/mestiça
		Indígena
		Ignorada
III.4.9	O(a) senhor(a) vive/mora com algum companheiro(a)?	Sim
		Não
III.4.10	Quantas pessoas vivem na sua casa incluindo o(a) senhor(a)?	Pessoas
		Não respondeu
III.4.11	O(a) senhor(a) sabe ler e escrever?	Sim
		Não
		Só assina o nome
III.4.12	Quantos anos o(a) senhor(a) estudou?	Anos completos
		Não sabe/não respondeu

continua...

continuação...

III.4.13	O(a) senhor(a) é aposentado(a)?	Sim
		Não
III.4.14	O(a) senhor(a) tem trabalho remunerado atualmente?	Sim
		Não
III.4.15	A sua família possui renda mensal?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.4.15/1	Qual o valor?	Reais
III.4.16	A sua família é cadastrada no Programa Bolsa-Família? (Se SIM, passar para a questão III.4.18.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.4.17	O agente comunitário de saúde já falou com o(a) senhor(a) sobre o Programa Bolsa Família?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.4.18	A sua família recebe o dinheiro do Programa Bolsa-Família atualmente? (Se SIM, passar para o bloco III.5.1.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.4.19	Por qual(ais) motivo(s) não recebe?	Porque o cadastro está desatualizado e consta que a família não recebe o auxílio
		Porque a família saiu do critério do programa
		Não comprovou as condicionalidades
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores

III.5 Acesso aos serviços de saúde		
III.5.1	Qual a distância da sua casa até esta unidade de saúde?	Metros
		Não sabe/não respondeu
III.5.2	O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?	Perto
		Razoável
		Longe
		Não sabe/não respondeu

continua...

continuação...

III.5.3	O(a) senhor(a) acha que as placas de identificação dos lugares dentro da unidade facilitam encontrá-los? (exs.: consultórios, banheiros, salas de vacina etc.).	Sim
		Não
		Sim, algumas placas
		Não percebi ou não há placas na unidade
		Não sabe/não respondeu
III.5.4	A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.5.5	Entre as opções que vou ler, responda em quais os períodos e dias esta unidade de saúde funciona:	Manhã
		Tarde
		Noite
		Sábados
		Não sabe/não respondeu
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores
III.5.6	Até que horas a unidade de saúde funciona todos os dias?	Horas
		Não há horário fixo todos os dias
		Não sabe/não respondeu
III.5.7	O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
III.5.8	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que a unidade de saúde atendesse:	Mais cedo pela manhã
		A tarde até às 18 horas
		A noite
		Aos sábados
		No horário de almoço
		Outro(s)
		Não respondeu
III.5.9	O médico está presente na unidade de saúde ou em atividades no bairro durante todos os horários de funcionamento da unidade de saúde?	Sim
		Não
		Não sabe/não informou
III.5.10	Se o(a) senhor(a) quiser, pode escolher a equipe que lhe atenderá? (médico, enfermeiro, ACS ou outros)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

continua...

continuação...

III.6		Marcação de consulta(s) na unidade de saúde		
III.6.1	Na maioria das vezes, como o(a) senhor(a) faz para marcar consulta na unidade de saúde?  (Se NÃO FAZ MARCAÇÃO NESTA UNIDADE, pular para a questão III.6.3.)		Marca por telefone	
			Vai à unidade e marca o atendimento a qualquer hora	
			Vai à unidade, mas tem que pegar ficha	
			Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da unidade de saúde	
			O agente comunitário de saúde marca a consulta	
			Não faz marcação nesta unidade	
			Outro(s)	
III.6.2	Em geral, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita:	Sim	Não	Todos os dias da semana
		Sim	Não	Em apenas alguns dias da semana
		Sim	Não	A qualquer hora do dia
		Sim	Não	Somente em alguns horários
		Sim	Não	Não sabe/não respondeu
				Outro(s)
III.6.3	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
III.6.4	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta, sua consulta é:		Com hora marcada	
			Em horários ou turnos definidos do dia	
			Por ordem de chegada	
			Encaixe	
			Outro(s)	
		Nenhuma das anteriores		

III.7		Acolhimento à demanda espontânea	
III.7.1	Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)? (Se NÃO ou NUNCA PRECISOU IR À UNIDADE SEM HORA MARCADA, passar para a questão III.7.6.)		Sim
			Não
			Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada
			Não sabe/não respondeu

continua...

continuação...

III.10 Saúde da mulher		
III.10.1	Quando a senhora tem um problema ginecológico, consegue ser atendida na hora mesmo sem estar com a consulta marcada? (Se SIM, passar para a questão III.10.5. Se NUNCA PRECISOU, passar para a questão III.10.6.)	Sim
		Não
		Nunca precisou
		Não sabe/não respondeu
III.10.2	Se NÃO é atendida na hora, indique para quando a marcação da consulta é feita:	Mesmo dia
		Outro dia
III.10.3	Se for para o mesmo dia, indique quanto tempo demora normalmente:	Minutos
		Não sabe/não respondeu
III.10.4	Se for para outro dia, indique quantos dias demora normalmente:	Dias
		Não sabe/não respondeu
III.10.5	Após ser atendida, a senhora sai com a próxima consulta já marcada?	Sim
		Não
III.10.6	A senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) nesta unidade de saúde? (Se SIM, passar para a questão III.10.9. Se NUNCA FEZ O EXAME, passar para a questão III.10.14.)	Sim
		Não
		Nunca fez o exame
		Não sabe/não respondeu
III.10.7	Porque a senhora não faz o exame preventivo nesta unidade de saúde?	A unidade fica longe de casa
		A unidade não faz o exame
		O atendimento é ruim na unidade
		Outro(s)
III.10.8	Em qual outro local a senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau)?	Em outra unidade de saúde
		Hospital
		Consultório particular
		Não faz o exame em nenhum local
		Outro(s)
III.10.9	Quando foi a última vez que a senhora fez o exame preventivo de câncer do colo de útero (exame Papanicolau)?	Meses
		Não sabe/não respondeu

continua...

continuação...

III.10.10	Na(s) consulta(s) que a senhora já fez nesta unidade de saúde, foi orientada quanto à importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer outro?	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.11	Normalmente, quanto tempo depois a senhora recebe o resultado do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau)?	Dias
		Não sabe/não respondeu
III.10.12	Já foi indicado para a senhora fazer uma colposcopia (exame feito depois de algum resultado alterado no exame Papanicolau)?	Sim
		Não
		Nunca precisou
III.10.12/1	Quanto tempo a senhora esperou para fazer?	Dias
III.10.13	Na(s) consulta(s), o(s) profissional(is) realiza(m) exames nas mamas da senhora?	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.14	A senhora precisou fazer o exame de mamografia? (Se NÃO, passar para a questão III.10.17.)	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.15	Quando precisou, a senhora conseguiu fazer o exame de mamografia? (Se NÃO, NÃO PROCUROU FAZER O EXAME ou NÃO CONSEGUIU passar para a questão III.10.17.)	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não procurou fazer o exame
		Não conseguiu
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.16	Quanto tempo a senhora esperou para fazer um exame de mamografia (indicada pelo(a) médico(a) por alterações do exame das mamas)?	Dias
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.17	A senhora já foi encaminhada para fazer uma consulta com o(a) médico(a) ginecologista, em outra unidade de saúde?	Dias
		Nunca foi encaminhada
		Não sabe/não respondeu/não lembra

continua...

continuação...

III.10.18	Os profissionais de saúde que atendem a senhora nesta unidade informam sobre métodos de proteção/prevenção para a senhora não engravidar? (ex.: camisinha, anticoncepcional)	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra

III.11 Gravidez e pré-natal		
III.11.1	A senhora já ficou grávida alguma vez?	Sim Não
III.11.2	A criança tem até dois anos?	Sim Não
Este bloco de questões deverá ser perguntado se a usuária já ficou grávida alguma vez e se a criança tem até dois anos.		
III.11.3	Em relação a sua última gravidez, a senhora fez pré-natal? (Se SIM, passar para a questão III.11.5. Se NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco III.12.)	Sim Não
		Não sabe/não respondeu
III.11.4	Por que a senhora não fez pré-natal? (Passar para o bloco III.12.)	A equipe não faz pré-natal
		A unidade de saúde fica longe de casa
		O atendimento é ruim na unidade de saúde
		Outro(s)
III.11.5	Em relação à sua última gravidez, a senhora fez quantas consultas de pré-natal?	Consultas Não sabe/não respondeu/não lembra
III.11.6	Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal? (Se NESTA UNIDADE DE SAÚDE, passar para a questão III.11.8.)	Nesta unidade de saúde
		Em outra unidade de saúde
		Hospital
		Consultório particular
		Outro(s)

continua...

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

Silva , Wycilene Bernardes da  
Atenção ao câncer do colo de útero e de mama no estado de Goiás  
[manuscrito] / Wycilene Bernardes da Silva . - 2015.  
124 f.

Orientador: Profa. Dra. Marta Rovey de Souza; co-orientadora  
Dra. Nilza Alves Marques Almeida.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, ,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia,  
2015.

Anexos.  
Inclui siglas, mapas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de  
figuras, lista de tabelas.

1. Neoplasia da mama. 2. Neoplasia do colo do útero. 3. Serviços  
de saúde da mulher. 4. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à  
saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Souza, Marta Rovey de,  
orient. II. Título.

CDU 618.1

# **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**WYCILENE BERNARDES DA SILVA**

## **ATENÇÃO AO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO E DE MAMA NO ESTADO DE GOIÁS**

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.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Rovey de Souza - Orientadora e Presidente  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás (UFG)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claci Fátima Weirich Rosso – Membro Efetivo  
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás (UFG)

Prof. Dr. Ruffo de Freitas Júnior – Membro Externo  
Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Goiás (UFG)