



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



REBECA SILVA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CONTROLE DO CÂNCER DE
COLO UTERINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
MUNICÍPIOS BAIANOS**

Salvador

2023

REBECA SILVA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CONTROLE DO CÂNCER DE
COLO UTERINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
MUNICÍPIOS BAIANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Planificação e Gestão em Saúde.

Orientadora: Professora Dr^a Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Salvador

2023

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S237a Santos, Rebeca Silva dos.

Avaliação da qualidade do controle do câncer de colo uterino na
Atenção Primária à Saúde em municípios baianos / Rebeca Silva dos
Santos. – Salvador: R.S. Santos, 2023.

114 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal
da Bahia.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Câncer de Colo Uterino. 3. PMAQ-AB.
4. Avaliação em Saúde. 5. Políticas de Saúde. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

REBECA SILVA DOS SANTOS

**CAPACIDADE DE GOVERNO E QUALIDADE DO CONTROLE DO
CÂNCER DE COLO UTERINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
MUNICÍPIOS BAIANOS**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 08 de fevereiro de 2023.

Banca Examinadora:

Ana Luiza Vilasbôas

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (orientadora) – ISC/UFBA

Elvira Caires de Lima
Elvira Caires de Lima – IMS/UFBA

Nília Maria de Brito Lima Prado
Nília Maria de Brito Lima Prado – IMS/UFBA

In memoriam

à minha mãe, pois seu amor e virtude
sustentam ainda hoje a minha vida.

à Tia Ilza, segunda mãe que se dedicou a me tornar uma
mulher e enfermeira melhor do que tenho sido.

à Enfermeira Camila, pois sua voz pela defesa do SUS
público e de qualidade ecoa por essas páginas.

AGRADECIMENTOS

A crença de que Deus existe e que seu amor e providência guiam todas as coisas é o lastro que sustenta minha existência e me possibilita ser grata por tudo que vivi até aqui. Sejam a calma dos dias bons ou a inquietude dos dias tempestuosos, tudo contribuiu para meu bem, afinal, “eu sou eu e minha circunstância”... e Deus sempre esteve nela!

Tenho uma dívida impagável de gratidão com a minha orientadora, Prof^ª Ana, pelo modo como me conduziu nesse processo do Mestrado, e principalmente na escrita da dissertação, de maneira leve e sempre compassiva com minhas limitações. Não poderei retribuir todo cuidado que recebi e o conhecimento que adquiri, mas espero futuramente honrar seu exemplo e ser uma docente tão excelente quanto aprendi contigo a ser.

Agradeço a prof^ª Elvira que desde a graduação tem sido uma inspiração como enfermeira e professora, e num momento em que eu me via frente as incertezas do trabalho, me aproximou do ISC e de Ana. Sou imensamente grata por isso!

Sou grata a minha família pelo apoio incondicional e pela compreensão amorosa para com as minhas ausências e distância desde que iniciei meu percurso formativo. Meu pai, Arnaldo, é um exemplo de dignidade e sempre me encorajou a ir além, pelo que sou grata. Tia Linda, Naty, Diel, Piu, Juju, Maricota, Belinha e Helô amo vocês e lhes dedico essa conquista.

Sou grata a equipe da Unidade de Saúde da Família Sibéria Maciel/Itinerante em Itambé, que foi uma bela surpresa em minha trajetória profissional e contribuiu imensamente para me tornar mais comprometida com a defesa da saúde pública e da APS de qualidade como um direito de todas as pessoas.

Agradeço a equipe do nosso grupo de pesquisa, GRAB, em especial a Val, as meninas do Projeto de Pesquisa do PMAQ e os colegas Kleber e Daiane, Mari, que foram parte essencial da minha história em Salvador e no ISC.

As amigas e amigos eu agradeço por serem ao mesmo tempo as mãos que me ajudam a navegar e âncora que me ajuda a aportar nesse mar bravio que é a vida. Agradeço imensamente Ju, Dani, Dai e Lilly por estarem mais perto me apoiando nos momentos em que achei que não seria capaz de concluir o mestrado. Também Lara e João, Sara e Breno, Manu, Lara Castro, Meire, Binha, Dindi, Anginha, Gabs, Elias e Ana, Téo e Bruna, Dayse e família, Alana, tia Nina e família, tia Shirlei e tio Dilson, tio Evandro e Cleidinha, Pr. Vitor e Andréia, a vida é muito boa com vocês!

“Eu queria que tudo isso não tivesse acontecido no meu tempo aqui”, disse Frodo.
“É eu também”, respondeu Gandalf. “Assim como todos aqueles que vivem em
tempos como esse. Mas não cabe a eles decidir isso.
Tudo o que temos que decidir é o que fazer com o tempo que nos é dado”.
(Tolkien em O Senhor dos Anéis, A sociedade do anel)

RESUMO

SANTOS, Rebeca Silva dos. **Avaliação da qualidade do controle do câncer de colo uterino na Atenção Primária à Saúde em municípios baianos**. 2023. Orientadora: Ana Luiza Queiroz Vilasbôas. 114 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, com o objetivo de avaliar a qualidade das ações de controle do câncer de colo de útero realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde em municípios baianos. Este estudo é um recorte do Projeto de Pesquisa “Análise de implantação do PMAQ-AB no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017”, desenvolvido pelo ISC/UBFA com financiamento do Ministério da Saúde. Foram selecionados dois municípios de pequeno porte populacional com elevada cobertura da Estratégia Saúde da Família e adesão da totalidade de suas equipes ao terceiro ciclo do PMAQ e que obtiveram respectivamente o maior e o menor grau de implantação do PMAQ. Foi realizada uma apreciação normativa da qualidade por meio da matriz de indicadores, utilizando os dados estruturados da avaliação externa do 1º e 3º Ciclo do PMAQ-AB. Num segundo momento foi analisada a organização e execução das ações de CCU em âmbito municipal segundo a percepção de gestores e profissionais de saúde e análise documental, cotejada com a apreciação normativa referida. E por fim, foi investigada a capacidade de governo dos profissionais responsáveis pela organização e a oferta das ações de controle do CCU nos dois municípios estudados segundo dados da apreciação normativa, entrevistas e análise documental. Os principais achados apontam que: os municípios estudados apresentaram, melhoria na qualidade do controle de câncer de colo uterino na APS no período compreendido entre o 1º e o 3º ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB, resultado mais evidente no município A, enquanto no município B apenas 20% das equipes avaliadas no 3º ciclo realizavam adequadamente ações e estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce. O município A, que apresentou os melhores indicadores de qualidade, demonstrou uma capacidade de governo mais robusta quanto ao perfil dos profissionais, evidenciada pela estabilidade funcional, experiência anterior em APS e formação complementar em saúde coletiva dos entrevistados, ao lado do desenvolvimento regular de ações de apoio institucional às equipes de Saúde da Família. Os resultados apresentaram ainda algumas fragilidades organização da linha de cuidado do câncer de colo do útero na rede regional de saúde, convergindo com outras produções científicas acerca do tema.

Descritores: Atenção Primária a Saúde; Câncer de Colo Uterino; PMAQ-AB; Avaliação em saúde; políticas de saúde;

ABSTRACT

This is a multiple case study, with the objective of evaluating the quality of primary health care through cervical cancer control actions in two municipalities in the state of Bahia. This study is part of the Research Project “Analysis of the implementation of the Program to Improve Access and Quality of Primary Health Care (PMAQ-AB) in the State of Bahia from 2012 to 2017”, developed by the ISC/UBFA with funding from the Ministry of Health. Two municipalities with small populations with high coverage of the Family Health Strategy and adherence of all their teams to the third cycle of the PMAQ were selected and which obtained, respectively, the highest and lowest degree of implementation of the PMAQ. A normative assessment of quality was carried out through the matrix of indicators, using structured data from the external evaluation of the 1st and 3rd Cycles of the PMAQ-AB. In a second moment, the organization and execution of uterine cancer control actions at the municipal level were analyzed according to the perception of managers and health professionals and document analysis, compared with the aforementioned normative assessment. And finally, the government capacity of the professionals responsible for organizing and offering uterine cancer control actions in the two municipalities studied was investigated according to normative assessment data, interviews and document analysis. The main findings indicate that: the municipalities studied showed an improvement in the quality of cervical cancer control in the PHC in the period between the 1st and 3rd cycles of the external evaluation of the PMAQ-AB, a more evident result in municipality A, while in municipality B, only 20% of the teams evaluated in the 3rd cycle adequately carried out actions and strategies for screening and early diagnosis. Municipality A, which presented the best quality indicators, demonstrated a more robust government capacity regarding the profile of professionals, evidenced by the functional stability, previous experience in PHC and complementary training in collective health of the interviewees, alongside the regular development of actions of institutional support to the Family Health teams. The results also showed some weaknesses in the organization of the cervical cancer care line in the regional health network, converging with other scientific productions on the subject.

Key words: Primary Health Care; Uterine cervical neoplasms; Health care quality assessment; Health Policy;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- EVOLUÇÃO DO EPITÉLIO NORMAL ATÉ O CÂNCER INVASIVO	22
FIGURA 2 - LINHA DE CUIDADO NO CÂNCER, INCA. 2012	23
QUADRO 1- TEMAS A SEREM ABORDADOS NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	26
QUADRO 2 - SÍNTESE DAS ATRIBUIÇÕES DA APS PARA CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	28
FIGURA 3- MODELO LÓGICO DA QUALIDADE DO CUIDADO AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	28
QUADRO 3 - INDICADORES DE ESTRUTURA DA DIMENSÃO GERENCIAL	33
QUADRO 4 – INDICADORES DE PROCESSO DA DIMENSÃO GERENCIAL	34
QUADRO 5 - INDICADORES DE ESTRUTURA DA DIMENSÃO ASSISTENCIAL.....	37
QUADRO 6 - INDICADORES DE PROCESSO DA DIMENSÃO ASSISTENCIAL.	38
QUADRO 7 - PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	41
FIGURA 4 - ESTRUTURA OPERACIONAL DA PESQUISA.....	43
FIGURA 5 – MODELO LÓGICO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.	45
QUADRO 8 - CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE INFORMANTES-CHAVE.	49
QUADRO 9 - DOCUMENTOS SOLICITADOS AOS MUNICÍPIOS.	50
QUADRO 10 - DOCUMENTOS DISPONIBILIZADOS PELOS MUNICÍPIOS.	51
QUADRO 11 - PROFISSIONAIS ENTREVISTADO. MUNICÍPIO A. 2019	54
FIGURA 6 - FLUXOGRAMA DE AÇÕES DE CONTROLE DO CCU. MUNICÍPIO A. 2019.....	60
QUADRO 12 - PERFIL DE PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS. MUNICÍPIO B. 2019.....	69
FIGURA 7 - PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014/2017. MUNICÍPIO B. 2022.	78
FIGURA 8 - PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014/2017, SMS-MUNICÍPIO B. 2022.....	78

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, COBERTURA DA ESF E PERCENTUAL DE ADESÃO AO 3º CICLO DO PMAQ-AB. MUNICÍPIO A E MUNICÍPIO B. 2022.....	48
TABELA 2 - PROPORÇÃO DE ADEQUAÇÃO DOS INDICADORES DE ESTRUTURA, DA DIMENSÃO GERENCIAL --NO MUNICÍPIO A NO 1º E 3º CICLOS DO PMAQ-AB. 2012 E 2017.	57
TABELA 3 - PROPORÇÃO DE ADEQUAÇÃO DOS INDICADORES DE PROCESSO, DIMENSÃO GERENCIAL DE NO MUNICÍPIO A, NO 1º E 3º CICLOS DO PMAQ-AB. 2012 E 2017.....	57
TABELA 4 - PROPORÇÃO DE ADEQUAÇÃO DOS INDICADORES DE ESTRUTURA, DIMENSÃO ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO A, NO 1º E 3º CICLOS DO PMAQ-AB. 2012 E 2017.....	58
TABELA 5 - PROPORÇÃO DE ADEQUAÇÃO DOS INDICADORES DE PROCESSO, DIMENSÃO ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO A, NO 1º E 3º CICLOS DO PMAQ-AB. 2012 E 2017.....	58
TABELA 6 - PROPORÇÃO DE ADEQUAÇÃO DOS INDICADORES DE ESTRUTURA, DA DIMENSÃO GERENCIAL NO MUNICÍPIO B, NO 1º E 3º CICLOS DO PMAQ-AB. 2012 E 2017.	73
TABELA 7 - PROPORÇÃO DE ADEQUAÇÃO DOS INDICADORES DE PROCESSO, DIMENSÃO GERENCIAL NO MUNICÍPIO B, NO 1º E 3º CICLOS DO PMAQ-AB. 2012 E 2017.	73
TABELA 8 - PROPORÇÃO DE ADEQUAÇÃO DOS INDICADORES DE ESTRUTURA, DIMENSÃO ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO B, NO 1º E 3º CICLOS DO PMAQ-AB. 2012 E 2017.	75
TABELA 9 - PROPORÇÃO DE ADEQUAÇÃO DOS INDICADORES DE PROCESSO, DIMENSÃO ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO B, NO 1º E 3º CICLOS DO PMAQ-AB. 2012 E 2017.	75

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AE – Avaliação Externa
APS – Atenção primária à saúde
CCU – Câncer de colo do útero
CMS – Conferência Municipal de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis
EqSB – equipe de saúde bucal
EqSF – Equipe de saúde da família
ESF – Estratégia de saúde da família
HPV – Papilomavírus humano
INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
JEC – Junção escamocolunar
LC – Linha de Cuidado
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PNI – Programa Nacional de Imunização
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SISAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCAN – Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO – Sistema de informação do controle do câncer do colo do útero
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	19
Objetivo Geral.....	19
Objetivos específicos	19
3. ELEMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	20
3.1 Avaliação da qualidade da atenção em saúde.....	20
3.2 Condições traçadoras na avaliação da qualidade em saúde.....	21
3.3 Aspectos clínicos e patológicos do câncer de colo de útero	22
3.4 Linha de cuidado do CCU	23
3.5 Ações para controle do CCU na Atenção Primária à Saúde.....	25
3.6 Organização das ações de controle do CCU na Atenção Primária à Saúde.....	28
3.6.1 Modelo lógico da qualidade das ações de controle do CCU na Atenção Primária à Saúde	28
3.6.2 Matriz de indicadores da qualidade.....	29
Dimensão gerencial	30
Subdimensão estrutura.....	30
Subdimensão processo.....	31
Dimensão assistencial.....	35
Subdimensão estrutura.....	35
Subdimensão processo.....	35
3.7 Aspectos políticos institucionais e dos atores na produção da qualidade do CCU na APS	39
3.8 Plano de análise	40
4. DESENHO DO ESTUDO	42
4.1 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB.....	43
4.2 Seleção e caracterização dos municípios	46
4.2.1 Caracterização geral do sistema de saúde.....	46
4.2.2 Caracterização geral do sistema de saúde.....	47
4.3 Coleta, processamento e análise dos dados.....	49
4.3.1 Dados não estruturados (análise documental e entrevistas)	49
4.3.1.1 Entrevistas com informantes chave	49
4.3.1.2 Análise documental	50
4.3.2 Dados quantitativos dos 1º e 3º ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB	51
4.4. Aspectos éticos	52
5. RESULTADOS	53
5.1 ESTUDO DE CASO I: Município A.....	53

5.1.2	Capacidade de governo dos responsáveis pela linha de cuidado CCU	53
5.1.3	Educação permanente e apoio institucional municipal.....	55
5.1.4	Qualidade das ações de controle do CCU	56
5.1.4.1	Dimensão gerencial	56
5.1.4.2	Dimensão assistencial do controle de CCU.....	57
5.2	ESTUDO DE CASO II: Município B.....	68
5.2.2	Capacidade de governo dos responsáveis pela linha de cuidado CCU	68
5.2.3	Educação permanente e apoio institucional municipal.....	71
5.2.4	Qualidade das ações de controle do CCU	72
5.2.4.1	Dimensão gerencial	72
5.2.4.2	Dimensão assistencial.....	74
6.	DISCUSSÃO.....	79
7.	CONCLUSÃO.....	88
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICES	93
	Apêndice A – Matriz de Indicadores da Qualidade	94
	Apêndice B – Matriz de Indicadores da Qualidade	96
	Apêndice C – Matriz de Indicadores da Qualidade	97
	Apêndice D – Matriz de Indicadores da Qualidade	99
	Apêndice E – Roteiros de Entrevista com informantes-chave	101
	ANEXO	107
	Anexo 1 – Parecer consubstanciado do CEP	108

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU), apesar de apresentar queda de incidência no mundo, ainda demonstra alta relevância epidemiológica e social principalmente em países em desenvolvimento (BRASIL, 2013; RIBEIRO, SILVA, 2018). Estudos analisados em duas revisões de literatura internacional produzidas por Small e colaboradores (2017) e Cohen e colaboradores (2019) apontam que o CCU é o quarto tumor maligno mais frequente entre mulheres no mundo, com estimativas de 530.000 novos casos e 270.000 mortes anualmente. A maior incidência se concentra em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, onde ocorre aproximadamente 85% das mortes por câncer do colo do útero. A taxa de mortalidade pode ser 18 vezes maior em países de baixa e média renda em comparação com os países mais ricos (SMALL *et al.*, 2017).

No Brasil, o CCU é o terceiro mais frequente entre as mulheres, e na região Nordeste é o segundo mais incidente (17,62/100 mil) sem considerar os tumores de pele não melanoma. Para cada ano do triênio 2020-2022, o número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil, será de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Para o ano de 2020 na região Nordeste são estimados 5.250 novos casos de CCU (16,1/100 mil habitantes) representando 10,9%, segundo entre os dez tipos mais frequentes entre as mulheres. Na Bahia, são estimados 24.640 casos novos de câncer, exceto os tumores de pele não melanoma, dos quais, 1.090 de CCU para o ano de 2020 (INCA, 2019a).

Estudos apontam que a maioria dos casos de CCU resultam da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) – condição necessária, porém não suficiente para o desenvolvimento do carcinoma – com maior prevalência dos subtipos 16 e 18, encontrados em aproximadamente 70% das lesões (BRASIL, 2013; SMALL *et al.*, 2017; COHEN *et al.*, 2019). Essa infecção geralmente tende à cura espontânea, no entanto, em alguns casos a persistência da infecção do colo do útero pelo HPV resultará no desenvolvimento de lesões precursoras ou no crescimento desordenado de células do epitélio de revestimento do colo do útero, condição que caracteriza o câncer de colo do útero, lesão intra-epitelial cervical neoplásica ou adenocarcinoma in situ (BRASIL, 2013; INCA, 2002; OPAS, 2016).

Na história natural do câncer do colo do útero, as lesões precursoras – alteração específica nas células epiteliais da zona de transformação do colo do útero – geralmente demoram anos para se tornarem invasivas (BRASIL, 2013; INCA, 2002; OPAS, 2016). Costumam ser assintomáticas, curáveis na quase totalidade dos casos quando tratadas adequadamente, e

podem ser detectadas por meio da realização periódica do exame citopatológico e confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico (BRASIL, 2013; INCA, 2016). Isso possibilita ampla oportunidade para a detecção e o tratamento pois é possível pelo uso da citologia cervical, identificar lesões neoplásicas tratáveis e prevenir o desenvolvimento do câncer cervical (SMALL *et al.*, 2017; OPAS, 2016).

Para o controle desse agravo e consequente redução da incidência e mortalidade devem-se organizar programas de controle centrados no rastreamento em população alvo para detecção precoce de lesões precursoras do CCU. A assistência às mulheres deve ser ofertada por serviços de diferentes densidades tecnológicas da rede de atenção à saúde para oferta de cuidado integral e em tempo oportuno (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; INCA, 2016)

Na organização das ações de controle do CCU há importante protagonismo da Atenção Primária a Saúde (APS) pois, além da realização de ações de prevenção e promoção – a exemplo de vacinação contra HPV, identificação e cadastro de usuárias, educação em saúde com grupos prioritários e oferta de preservativos – é responsável também pelas ações de detecção precoce e coordenação do cuidado à mulher que necessitar acessar a outros níveis de atenção na linha de cuidado do CCU (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; OPAS, 2016).

Nos países onde os programas de vacinação contra o HPV foram introduzidos, são previstas reduções substanciais na incidência de câncer do colo do útero, mas não serão aparentes por vários anos devido ao período de latência entre a infecção crônica pelo HPV e o início da malignidade. Nos países onde pelo menos 50% das mulheres elegíveis foram vacinadas, as infecções por HPV dos subtipos mais comumente associados ao CCU diminuíram quase 70% (COHEN *et al.*, 2019; EUN; PERKINS, 2020; MARLOW; WALLER, 2017).

No Programa Nacional de Imunização (PNI) brasileiro, a vacina HPV quadrivalente está disponível para meninas de 9 a 14 anos de idade, desde 2014, e para meninos de 11 a 14 anos de idade, desde 2017, como principal estratégia de prevenção primária do CCU. Trata-se de um imunobiológico inativado, que protege da infecção pelos subtipos virais 16 e 18, principais causadores do CCU, e 6 e 11, causadores de 90% das verrugas anogenitais ou condilomas (OPAS, 2016; BRASIL, 2013). O esquema vacinal adotado atualmente é de duas doses, com intervalo de 6 meses a 12 meses entre a primeira e a segunda dose (BRASIL, 2016; SMALL *et al.*, 2017).

No Brasil, a detecção precoce de lesões precursoras é a principal estratégia de controle do CCU. Por meio do rastreamento prioritário na população alvo de mulheres entre 25 e 64 anos de idade preconiza-se a realização do exame citopatológico a cada três anos, após dois

resultados anuais consecutivos sem alterações (INCA, 2018). A implementação do rastreamento organizado do câncer do colo do útero requer o envolvimento dos três entes federativos e de todos os níveis assistenciais. Todavia, a APS desempenha importante protagonismo no programa de controle do CCU ao atuar na busca ativa das mulheres e ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita em seu território, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por essa doença (BRASIL, 2016; INCA, 2019).

No entanto, no Brasil o padrão de rastreamento é ainda oportunístico e a maioria das mulheres realizam o citopatológico quando procuram o serviço para outros atendimentos, situação que pode ocasionar excesso de procedimentos de rastreio em um grupo de mulheres que mais acessam aos serviços de saúde, em detrimento de outras, sem qualquer registro de rastreamento ou em atraso, principalmente em regiões com maiores vulnerabilidades socioeconômicas (DAMACENA *et al.*, 2017; BARCELOS *et al.*, 2017; INCA, 2018; NAVARRO *et al.*, 2015).

Como consequência desse cenário pode se encontrar até mesmo em algumas regiões de alta incidência do CCU um elevado percentual de repetição do exame, baixa captação de mulheres que nunca realizaram o exame e até mesmo redução na realização de exames ao longo dos anos (DAMACENA *et al.*, 2017; NAVARRO *et al.*, 2015).

O documento normativo sobre os critérios para rastreamento do câncer do colo do útero (INCA, 2019b) estima a necessidade de procedimentos para a população alvo a ser rastreada no Brasil em 39,8% de exame citopatológico de rastreamento; 1,9% de colposcopia; 0,28% de biópsia do colo do útero; 0,28% exame anatomopatológico do colo uterino/biópsia; 0,51% exame anatomopatológico do colo uterino/peça cirúrgica; e transferência para centro especializado 0,04%, para a população alvo.

Apesar dos resultados de inquéritos nacionais como Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e Vigitel apresentarem altos percentuais de cobertura de realização do exame citopatológico (82% em 2007 e 82,3% em 2012) (OLIVEIRA *et al.*, 2018), outros estudos que avaliaram a produção de procedimentos da linha de cuidado do CCU, com base nos parâmetros de rastreio anteriormente citados, identificaram *déficit* na produção de exames citopatológicos para todas as regiões (-46,9%) chegando a -59,5% para a região Nordeste, além do *déficit* na realização de tratamento de lesões precursoras em nível ambulatorial e hospitalar também para esta região (RIBEIRO *et al.*, 2019; RIBEIRO; SILVA, 2018).

Estudos qualitativos que avaliaram o percurso assistencial de mulheres com diagnóstico do CCU pela rede de atenção à saúde do SUS corroboram com esses resultados ao demonstrar que essas usuárias utilizam a APS para cuidado a sua saúde, no entanto, ainda encontram dificuldades para acesso a consultas médicas e exames da atenção especializada ou encaminhamento indevido a outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Há ainda outras barreiras geográficas e econômicas de acesso, principalmente entre mulheres de regiões rurais e municípios de pequeno porte que precisam se deslocar para atendimento em outros municípios (GALVÃO *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2016). Como consequência algumas mulheres recorrem a serviços da rede particular ou ainda, buscam intermediação de conhecidos e familiares que trabalham nos serviços da rede SUS para agilizar o acesso aos serviços de referência, ocorrendo relatos inclusive de cobrança de valores por parte de médicos que atendem também na rede SUS, para que as mulheres fossem atendidas em seus consultórios particulares e posteriormente facilitassem o acesso dessas usuárias aos serviços de referência do SUS (SILVA *et al.*, 2016).

A coordenação do cuidado pela APS se mostra frágil e informal, ocorre por meio de ligações telefônicas e contato via redes sociais pessoais dos trabalhadores, conforme disponibilidade pessoal e, apesar do protagonismo dos ACS na busca ativa de mulheres para realização do rastreamento, quando encaminhadas para atendimento na atenção especializada as mulheres deixam de ser acompanhadas pelas equipes de saúde de APS (GALVÃO *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2016).

Dentre as principais barreiras para realização do exame citopatológico algumas estão relacionadas a I – atitudes e práticas das usuárias e outras relacionadas a II – organização e gestão dos serviços de atenção à saúde tais como: I – falta de informação, conhecimento equivocados sobre o CCU e o citopatológico, constrangimento e medo; II – dificuldades no agendamento de exames e consultas, racismo institucional com usuárias, falta de credibilidade na coleta realizada pelo enfermeiro e inadequação da prática profissional aos protocolos vigentes no país (BARBOSA; LIMA, 2016; GALVÃO *et al.*, 2019; LOPES; RIBEIRO, 2019; MASCARENHAS *et al.*, 2020; AGUILAR; SOARES, 2015).

As ações desempenhadas pela APS são fundamentais para ampliar a participação das mulheres na realização do exame citopatológico bem como na diminuição das taxas de mortalidade e incidência de CCU (BORJA-ABURTO *et al.*, 2015; LOPES-TORRES *et al.*, 2015). Uma série histórica que avaliou se a infraestrutura disponível e os processos de trabalho das equipes de atenção primária influenciam na mortalidade por câncer de colo uterino,

observou que as taxas de mortalidade por CCU foram significativamente maiores em estados com menor investimento na APS ($\beta = -.0002$; $P = 0,027$), e com menor proporção de equipes de saúde da família que realizam colposcopia ($\beta = -.14$; $P = 0,036$) (ROCHA *et al.*, 2017).

Mesmo em cenários em que outras estratégias de rastreamento começam a ser ofertadas às mulheres, permanece a relevância da atuação das equipes de APS que atua como porta de entrada dessas mulheres no sistema de saúde, na oferta de ações de prevenção primária, no monitoramento e na garantia de que as mulheres tenham acesso a informações seguras e consistentes sobre o CCU (MARLOW; WALLER, 2017).

Para que isso ocorra, espera-se que as unidades e equipes de APS disponham de condições adequadas de estrutura e processo de trabalho para a realização do rastreamento do CCU, o que se traduz na existência “dos recursos humanos e materiais, disponibilização de exames de qualidade, até o seguimento das mulheres assegurando tratamento e cuidados para aquelas com exames alterados” (INCA, 2019b; OPAS, 2016). Tais condições são necessárias para assegurar a qualidade do controle do CCU no âmbito da APS.

Estudos produzidos a partir da análise do banco de dados do primeiro e segundo ciclos da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) avaliaram a adequação da estrutura dos serviços e dos processos de trabalho das equipes de AB na garantia da qualidade das ações de controle do CCU. Os achados demonstram que no Brasil há uma importante melhoria de acesso ao rastreamento do câncer de colo uterino, no entanto, ainda há inadequação na estrutura (indisponibilidade de insumos e equipamentos para realização do citopatológico) e no processo de trabalho de equipes avaliadas, como: indisponibilidade de protocolos e fluxos definidos que orientem a priorização de encaminhamentos; falta de registro de coletas e exames; e pouca comunicação entre os profissionais da APS e aqueles dos serviços de outros níveis assistenciais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com maior frequência de problema de qualidade do rastreamento em municípios mais pobres (BARCELOS *et al.*, 2017; FAUSTO *et al.*, 2014; TOMASI *et al.*, 2015)

Estes estudos compartilham alguns critérios e parâmetros considerados relevantes para garantir a qualidade das ações de controle do CCU no SUS, com ênfase nas ações desenvolvidas no âmbito da APS, quais sejam: vacinação contra HPV; prevenção de fatores de risco; acesso oportuno ao exame citopatológico para todas as mulheres; busca ativa de mulheres faltosas e/ou com rastreio em atraso; ampliação da cobertura de exames citopatológico; monitoramento das mulheres encaminhadas pela APS a outros níveis de atenção; disponibilidade de informações

qualificadas acerca do CCU e sua prevenção; disponibilidade adequada de serviços de apoio diagnóstico e tratamento especializado.

Apesar desses estudos concordarem que houve ampliação do acesso e da utilização de serviços e ações de saúde da ESF, e das ações de controle do CCU, ainda são observadas fragilidades na qualidade das ações desenvolvidas, corroborando com a persistência de desigualdades de acesso de mulheres em condições de maior vulnerabilidade social, de ordem econômica, política ou geográfica. Assim, um conceito abrangente de qualidade das ações de saúde precisa considerar além da conformidade das ações e práticas a critérios e padrões clínicos pré-estabelecidos, a compreensão da saúde como um direito que se efetiva para o cidadão também pelo acesso e uso dos serviços de saúde. Estes últimos, ordenados pela Lei Orgânica da Saúde sobre os princípios da universalidade do acesso, equidade e integralidade na assistência com a finalidade de garantir melhoria nas condições de vida das pessoas pela intervenção em suas necessidades de saúde.

A partir desses pressupostos, assumimos um conceito de qualidade em saúde que considera tanto uma avaliação normativa do programa de controle do CCU quanto uma análise dos aspectos políticos institucionais e das ações dos atores que operam o programa. Entende-se que a condução de um programa é uma ação política e, portanto, sofre influências do contexto institucional na qual é desenvolvida. Contexto esse que, por sua vez, pode ser apreendido através das variáveis do Triângulo de Governo propostas por Matus (1993).

Assim, considerando a relevância clínico epidemiológica do CCU no perfil de doenças crônicas na população feminina, principalmente na região nordeste do Brasil, e as contribuições da APS para a ampliação da cobertura do exame citopatológico enquanto indicador de qualidade e meta nos principais acordos de redução de morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), esta pesquisa pretende avaliar a qualidade das ações de controle do câncer de colo de útero realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde em municípios baianos, buscando responder às seguintes perguntas de investigação: *qual é a qualidade das ações de CCU desenvolvidas em município com diferentes graus de implantação do PMAQ-AB? Em que medida a capacidade de governo das equipes de APS influencia a qualidade das ações necessárias para um programa integral de prevenção/controlado do CCU ?*

Propor avaliar a qualidade de tais ações nos municípios que obtiveram o melhor e o pior resultados na implantação do PMAQ-AB parte do pressuposto de que certa integridade constatada no sistema local de saúde deve garantir ao longo do tempo a qualidade dos cuidados ofertados, desde que mantidas condições mínimas adequadas de estrutura e processo de

trabalho. Assim, a realização do campo deste estudo após um ano da presença de avaliadores externos do PMAQ-AB nos municípios investigados possibilita também lidar com uma questão importante na avaliação do Programa que é a sustentabilidade das possíveis mudanças induzidas pelo PMAQ-AB.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade das ações de controle do câncer de colo de útero realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde em municípios baianos.

Objetivos específicos

- Caracterizar atributos de estrutura e processo do controle do câncer de colo de útero realizado por equipes de APS dos municípios selecionados.
- Caracterizar a capacidade de governo das equipes de APS que interfere na qualidade do controle do CCU nos municípios selecionados.

3. ELEMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

3.1 Avaliação da qualidade da atenção em saúde

A avaliação em saúde pode ser compreendida como um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária ou algum dos seus componentes visando a aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou do seu produto para seu aperfeiçoamento ou modificação (CONTANDRIPOULOS *et al*, 1997; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Dentre os métodos avaliativos, a apreciação normativa busca verificar se uma intervenção corresponde às expectativas quando comparada as normas que a regulamentam, partindo do pressuposto que, o respeito aos critérios e as normas escolhidas podem reverberar nos efeitos da intervenção (CHAMPAGNE *et al*, 2011; CONTANDRIPOULOS *et al*, 1997).

Para avaliar a qualidade de uma intervenção, Donabedian (1988) expõe a necessidade inicial de definir o que é qualidade. Ele considera inicialmente dois elementos constitutivos das práticas dos profissionais de saúde relevantes para construção do conceito de qualidade: o desempenho técnico e o gerenciamento do relacionamento interpessoal. Assim, o bom desempenho técnico de um profissional de saúde estaria condicionado ao conhecimento que dispõe e a sua habilidade de usá-los adequadamente, para implementar estratégias de cuidado que estejam em conformidade com a prática que se poderia esperar para alcançar os melhores resultados (DONABEDIAN, 1988). Todavia, enfatiza o gerenciamento do relacionamento interpessoal como um elemento de vital importância para a implementação e sucesso dos cuidados técnicos (DONABEDIAN, 1988).

Posteriormente, Donabedian propõe outros componentes da qualidade dos cuidados em saúde (cobertura, eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, acessibilidade e legitimidade social), e três categorias (estrutura, processo e resultado) que permitiriam operacionalizar o conceito de qualidade e assim, possibilitar que seja mensurada. A *estrutura* descreve os atributos dos ambientes, dentre eles recursos materiais (como instalações, equipamentos e dinheiro), de recursos humanos (como o número e as qualificações do pessoal) e de estrutura organizacional (como a organização da equipe médica, métodos de revisão por pares e métodos de reembolso). O *processo*, corresponde as ações efetivamente empreendidas por paciente e profissionais de saúde ao dar e receber cuidados. E quanto aos *resultados*, são os efeitos do cuidado sobre o estado de saúde dos pacientes e da população, como por exemplo: melhorias no conhecimento do paciente e as mudanças saltares em seu comportamento ou até mesmo o grau de satisfação do paciente com o cuidado (DONABEDIAN, 1988).

A utilização da tríade donabediana para avaliação da qualidade em saúde não é recente e ampliou-se após a Conferência de Alma Ata (FACHINI, *et al*, 2018). No Brasil, principalmente a partir de 2011 com a realização do primeiro ciclo do PMAQ-AB e a institucionalização de incentivo financeiro para avaliação e melhoria da APS amplia-se o interesse do campo da saúde na avaliação da qualidade, tendo a disposição um retrato em construção da estrutura das unidades e do processo de trabalho das equipes que, pode ser acompanhado ao longo do tempo por meio do acesso público aos bancos de dados da avaliação externa do Programa (FACHINI, 2018).

3.2 Condições traçadoras na avaliação da qualidade em saúde

O uso de condições traçadoras ou traçadores na avaliação em saúde permite “abordar problemas complexos do sistema, como a avaliação da qualidade da assistência, podendo gerar dados de fácil compreensão, capazes de retroalimentar o sistema de prestação de serviços de saúde” (VIEIRA-DA-SILVA, 1995). Consiste na escolha de condições ou agravos que, atendendo a certos critérios, possam informar sobre o cuidado ofertado a outros agravos (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Ao mesmo tempo que facilita a definição de foco nas avaliações das ações programáticas de saúde pois possibilita a investigação em um ponto de atenção da rede de saúde envolvida na realização de um projeto clínico/assistencial (HARZT; CONTRANDRIOPOULOS, 2004).

O uso da condição traçadora como um método de avaliação, implica na identificação de um problema de saúde distinto que permita conhecer o funcionamento do sistema de saúde (KESSNER, 1973). Assim, ao auferir processo e resultado do cuidado ofertado a esse agravo pode ser considerado um bom indicador da qualidade geral do atendimento e da eficácia do sistema que presta esse atendimento (KESSNER, 1973).

No entanto, é preciso que sejam considerados alguns critérios na definição de um traçador, quais sejam: uma condição bem definida e sobre a qual os profissionais de saúde exerçam suas práticas; de fácil diagnóstico; que possua taxas de prevalência representativas; a história natural da doença deve ser acompanhada pela utilização e eficácia dos cuidados de saúde; na assistência ao agravo deve-se ter bem definidas as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação; e por fim, deve-se compreender as repercussões dos fatores sociais, culturais, econômicos, comportamentais e ambientais na prevalência e distribuição no adoecimento (KESSNER, 1973).

Considerando esses critérios propostos por Kessner (1973) e os resultados de Botarri (2008) o câncer de colo do útero pode ser considerado uma boa condição traçadora, adequada

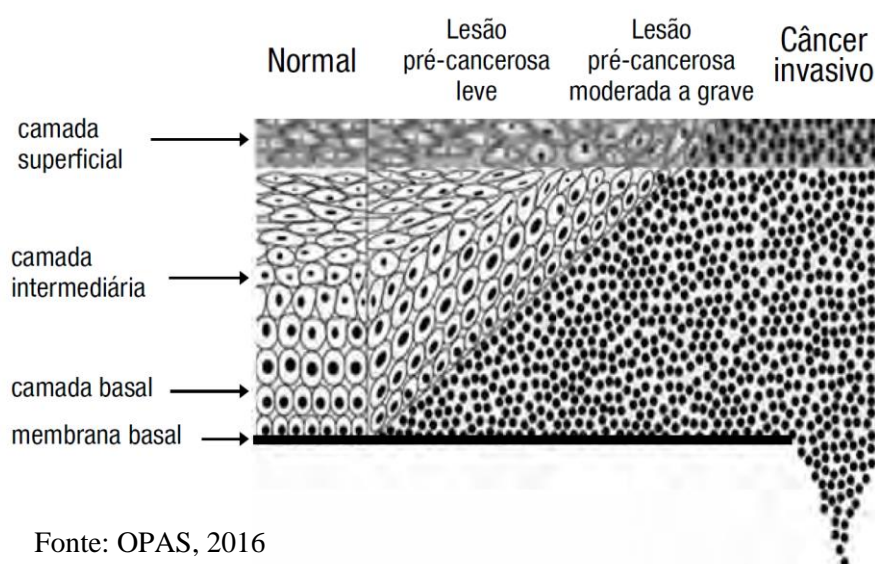
para avaliação da qualidade das ações da APS, uma vez que, é um agravo com fisiopatologia bem elucidada, epidemiologicamente relevante, figurando entre as principais causas de morbimortalidade na população feminina, dispõe de um robusto Programa de controle a nível nacional, envolvendo diferentes níveis de atenção, que ofertam desde cuidados primários e detecção precoce com método de baixo custo até atenção oncológica especializada em centros de referência.

No Brasil, principalmente após o 1º ciclo do PMAQ-AB há estudos que avaliam a qualidade da APS utilizando como condição traçadora o câncer de colo do útero uma vez que, os indicadores de assistência à saúde da mulher avaliados pelo PMAQ representam um esforço de alinhamento dos serviços e equipes às recomendações internacionais para organização de programas de controle do CCU (ROCHA *et al.*, 2017; FACHINI *et al.*, 2018).

3.3 Aspectos clínicos e patológicos do câncer de colo de útero

A região interna do colo do útero, chamada de endocérvice ou canal cervical, é revestida por epitélio colunar simples. A ectocérvice, região externa em contato com a vagina, é revestida por epitélio escamoso e estratificado. A região em que há transição do epitélio escamoso estratificado de revestimento, a ectocérvice, e o epitélio colunar produtor de muco, a endocérvice é chamada de junção escamocolunar (JEC) (Figura 1) (BRASIL, 2013; OPAS, 2016; SMALL *et al.*, 2017).

Figura 1- Evolução do epitélio normal até o câncer invasivo



Fonte: OPAS, 2016

Durante a fase reprodutiva da mulher a JEC geralmente está localizada na ectocérvice, ficando em contato com o ambiente vaginal ácido, hostil às suas células. Assim, células

subcilíndricas (de reserva) bipotenciais, através de metaplasia, se transformam em células mais adaptadas (escamosas), o epitélio colunar mais frágil que se prolonga para fora do canal cervical até a superfície do colo é substituído por epitélio escamoso mais resistente e origina uma área de tamanho variável entre a JEC original e a nova JEC chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. As células da zona de transformação são mais vulneráveis à infecção pelo HPV e é nesse local que surge 90% dos carcinomas de células escamosas e os outros 10% serão adenocarcinomas, que surgem na camada colunar glandular da endocérvice (BRASIL, 2013; INCA, 2002; OPAS, 2016).

No estágio invasor do CCU os principais sintomas são sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorreia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados. Ao exame especular podem ser evidenciados sangramento, tumoração, ulceração e necrose no colo do útero. O toque vaginal pode mostrar alterações na forma, tamanho, consistência e mobilidade do colo do útero e estruturas subjacentes (BRASIL, 2013).

Dentre os fatores de risco para CCU sugeridos pela literatura estão: início precoce de atividade sexual; múltiplos parceiros sexuais; imunossupressão; histórico de infecção sexualmente transmissível; histórico de displasia vulvar ou vaginal relacionada ao HPV; não realização de rastreamento e o tabagismo (COHEN *et al.*, 2019).

3.4 Linha de cuidado do CCU

A Linha de Cuidado do Câncer (Figura 2) é a estratégia de organização de serviços e procedimentos de diferentes densidades tecnológicas em um percurso assistencial a ser acessado pelo usuário conforme suas necessidades (BRASIL, 2013).

Figura 2 - Linha de Cuidado no Câncer, INCA. 2012



Fonte: BRASIL, 2013

No programa de controle do CCU essa organização busca garantir o acesso oportuno aos serviços e a integralidade do cuidado pela oferta ações de promoção de saúde, prevenção do câncer do colo do útero, diagnóstico precoce, tratamento adequado, reabilitação e cuidados paliativos (INCA, 2016; BRASIL, 2013).

Ainda que a usuária possa adentrar a linha de cuidado (LC) por qualquer ponto de atenção, ampliar a cobertura de rastreamento na população alvo é a principal estratégia de controle do CCU, portanto a APS, especialmente a ESF, desempenha papel fundamental de porta de entrada preferencial das usuárias no sistema de saúde (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a APS enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, é responsável pelo encaminhamento dos usuários para os pontos de atenção de diferentes níveis e densidade tecnológica (BRASIL, 2017). No território sob sua responsabilidade deve desenvolver ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, para indivíduos, famílias e coletividades, por meio de ações gerenciais e sanitárias participativas e democráticas e do trabalho em equipe multiprofissional (INCA,2016; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Diferentemente dos serviços de APS que devem estar territorialmente mais próximos do lugar onde as pessoas vivem e abarcar a família e a comunidade como elementos de cuidado, os serviços especializados, níveis de atenção secundária e terciária, devem servir de referência para um conjunto de unidades de APS e disponibilizar atendimento mediante encaminhamento por meio de sistemas logísticos conforme princípios de constituição da RAS seguindo cuidadosamente os fundamentos de economia de escala e escopo, acesso, eficiência assistencial e sanitária e níveis de atenção (INCA, 2016)

Os serviços de atenção secundária, compostos por unidades ambulatoriais, que podem ou não estar localizadas na estrutura de um hospital; e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e exames especializados, são responsáveis por confirmar o diagnóstico e tratar ambulatoriamente as lesões precursoras de CCU, pela realização de colposcopias, biópsias e excisão tipo 1 e algumas excisões do tipo 2b. Considerando a APS coordenadora da RAS e ordenadora do cuidado, é importante que ela disponha de informações referente aos cuidados ambulatoriais ofertados as suas usuárias, quanto aos procedimentos realizados, o diagnóstico, bem como orientações com relação ao seguimento e ao acompanhamento dessa usuária na RAS (INCA, 2016; BRASIL, 2013).

A atenção terciária, composta por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico hospitalares, é o nível assistencial no qual são realizados os procedimentos cirúrgicos e de alta

complexidade em oncologia – cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia – e que é responsável pela oferta ou coordenação dos cuidados paliativos dos pacientes com câncer (INCA, 2016; BRASIL, 2013).

Para estruturação da Linha de Cuidado do CCU é fundamental que os serviços disponham também de um Sistema de Apoio e Diagnóstico composto por laboratórios de referência para citopatologia e histopatologia. Sob orientação técnica do Instituto Nacional do Câncer José de Alencar (INCA), esses laboratórios são responsáveis por seguir parâmetros de qualidade, liberar com agilidade os laudos e estar integrados com o sistema de informação, para que os resultados sejam vinculados aos cadastros das usuárias (BRASIL, 2013).

Quanto ao Sistema de Regulação, na lógica de organização regional dos serviços de saúde “a regulação deve ser compreendida como instrumento para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta e auxiliar no monitoramento e na avaliação dos pactos intergestores, promovendo equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde” (BRASIL, 2013). Para isso, fluxos assistenciais adequados a realidade local, devem ser estabelecidos, com classificação de risco e priorização dos casos.

3.5 Ações para controle do CCU na Atenção Primária à Saúde

A definição de atribuições da APS nas ações de controle do CCU foi elaborada com base nas recomendações dos três principais instrumentos que orientam a organização da assistência a esse agravo: as Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer do colo do útero (INCA, 2016); o Caderno de Atenção Básica nº 13 - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2013); e os Protocolos de Atenção Básica - Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016).

As atribuições da APS para controle do CCU, em acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tem como objetivo ofertar cuidado integral à população de mulheres adscritas a seu território e conduzir ações de promoção à saúde, rastreamento e detecção precoce, bem como acompanhar o seguimento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de resultado de citopatológico de colo do útero alterado (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Compete à equipe multiprofissional realizar o acolhimento com escuta qualificada da mulher que procura o serviço de saúde, oportunizando em qualquer contato da mulher com o sistema de saúde a oferta do citopatológico. Quanto àquelas já vinculadas as equipes de Saúde da Família a busca ativa é a estratégia a ser desenvolvida para monitoramento do seguimento do rastreio ou de resultados alterados. Assim também, é responsabilidade da equipe o

acompanhamento de usuárias após a realização do exame citopatológico (contato contínuo com mulheres com resultado alterado para estimular adesão ao tratamento e detectar faltosas); o estímulo às ações de prevenção primária (vacinação, uso do preservativo e combate ao tabagismo); ações de vigilância em saúde (busca ativa de mulheres dentro da população-alvo e com exame em atraso, seguimento de casos alterados); e realização de ações de educação em saúde. (BRASIL, 2016).

As ações de educação em saúde (Quadro 1) que podem ocorrer individual e coletivamente, durante as consultas ou em grupos educativos, devem abarcar os temas propostos pelos protocolos dispostos no Quadro 1 e outros adequados a realidade local e às especificidades do adoecimento naquele território (BRASIL, 2016).

Quadro 1- Temas a serem abordados nas ações de educação em saúde

<i>Educação em Saúde para controle do Câncer do colo do útero</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação individual e coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame e sua importância. ▪ Orientação individual e coletiva de mulheres sobre aos fatores de risco para o câncer de colo do útero: tabagismo, idade, infecção por HPV. ▪ Orientação individual e coletiva sobre sexo seguro e prevenção do câncer de colo do útero. ▪ Orientação individual e coletiva quanto à periodicidade, recomendações do exame e cuidados a serem tomados antes da coleta, evitando a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, ou manutenção de relações sexuais com preservativos nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico.

Fonte: Protocolos de Atenção Básica: Saúde da Mulher. INCA (2016).

As ações de prevenção primária envolvem a vacinação contra HPV, a oferta e orientação para uso do preservativo enquanto estratégias de proteção do contágio com o HPV e o combate ao tabagismo, uma vez que o tabagismo que é associado ao desenvolvimento do câncer cervical e ao retorno de lesão pré-maligna em mulheres tratadas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Em qualquer contato da mulher com o serviço a equipe de saúde deve estar atenta à oportunidade de ofertar o exame citopatológico às mulheres, principalmente aquelas não rastreadas. É oportuno também que as equipes desenvolvam estratégias de ampliação da cobertura do rastreamento e de facilitação do acesso ao exame citopatológico, como por exemplo mutirões ou outros (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

O monitoramento da população adscrita possibilita identificar mulheres da faixa etária prioritária, aquelas com risco aumentado para desenvolvimento do CCU e outras que não foram rastreadas ou que estão em atraso no seguimento trienal. A partir dessas informações é possível

realizar a busca ativa dessas mulheres, sendo esta uma atribuição de toda a equipe, mas que pode contar com contribuição significativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

A coleta do exame citopatológico pode ser realizada por enfermeiros e médicos conforme técnica descrita no Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2013). É preciso que o profissional esteja qualificado e busque realizar adequadamente a coleta para obtenção de uma amostra satisfatória e com representatividade dos epitélios escamoso, glandular e metaplásico. Na presença de sinais e sintomas característicos esses profissionais podem proceder abordagem sindrômica para tratamento de infecções sexualmente transmissíveis no momento da coleta, sem prejudicar o seguimento do rastreamento. A mulher deve ser orientada quanto a importância de buscar o resultado do exame e o retorno para avaliação do resultado deve ser agendado (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

De posse do resultado do exame citopatológico o enfermeiro ou médico deve realizar o seguimento conforme orientado pelas *Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer do colo do útero* (INCA, 2016) ou outros critérios estabelecidos pela gestão municipal e/ou estadual, encaminhando os casos que necessitem de avaliação nos serviços de referência, mas sem perder o contato com a mulher para estimular a adesão ao tratamento e detectar as faltosas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

É atribuição da equipe manter o acompanhamento da mulher na Atenção Básica, ainda que referenciada para a atenção especializada, e quando contrarreferenciada pelo serviço de referência após diagnóstico ou tratamento exercendo assim os atributos de coordenação do cuidado, continuidade assistencial e integralidade da atenção (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Em todas as ações o profissional deve registrar adequadamente os procedimentos realizados, intercorrências ocorridas e tratamentos instituídos. Além dos registros individuais no prontuário da paciente e nos sistemas de informações do SUS – neste caso, SISAB, SISCAN e/ou SISCOLO – é preciso que a equipe mantenha registros adequados e atualizados das amostras enviadas para o laboratório e dos resultados.

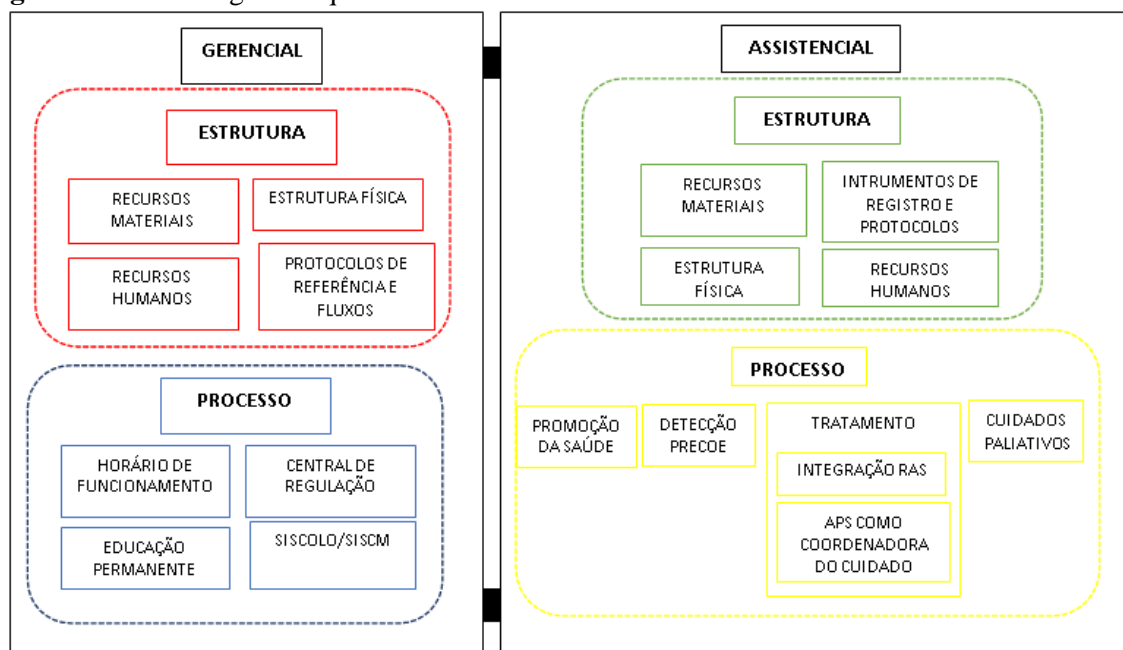
Quadro 2 - Síntese das atribuições da APS para controle do Câncer do colo do útero

PREVENÇÃO PRIMÁRIA	Ofertar vacinação contra HPV para meninos e meninas;
	Orientar sobre o uso de preservativo;
	Orientar cessação do tabagismo;
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	Realizar rastreamento em população alvo para detecção precoce do câncer e de lesões precursoras;
BUSCA ATIVA	Definir a cobertura de citopatológico na área de abrangência da EqSF, identificando todas as mulheres da faixa etária prioritária e aquelas que tem risco aumentado para CCU;
	Convocar usuárias que não comparecem espontaneamente para realização do exame;
DIAGNÓSTICO PRECOCE	Realizar coleta de exame citopatológico;
	Encaminhar o material para análise, e aguardar o recebimento dos laudos;
	Realizar a conduta de acordo com o resultado;
	Em unidades não informatizadas, realizar um cadastro manual dos exames encaminhados para acompanhar o retorno dos laudos;
MONITORAMENTO	Realizar monitoramento de mulheres com resultado de citopatológico alterado que não necessite de encaminhamento a outro nível de atenção;
	Caso o resultado determine encaminhamento a outro serviço, realizar uma solicitação de encaminhamento qualificada;
	Monitorar a mulher encaminhada, verificando a adesão ao tratamento;
CUIDADOS PALIATIVOS	Caso necessite de cuidado paliativo, a equipe deve acolher essa usuária e propiciar o seu tratamento.

Fonte: elaboração própria do pesquisador com base em Brasil (2013), Brasil (2016) e INCA (2016).

3.6 Organização das ações de controle do CCU na Atenção Primária à Saúde

3.6.1 Modelo lógico da qualidade das ações de controle do CCU na Atenção Primária à Saúde

Figura 3- Modelo lógico da qualidade do cuidado ao câncer do colo do útero

Fonte: adaptado de Luz (2018).

Para que se consiga avaliar a qualidade em saúde de um determinado serviço é preciso estabelecer previamente padrões de qualidade construídos a partir de normas, diretrizes e protocolos que organizam as ações e serviços de saúde, abarcando o conhecimento técnico e científico atuais (BRASIL, 2012). Nesse sentido, o conceito e atributos da qualidade são convertidos em medidas reais que permitem a comparação dos resultados encontrados com o padrão que se pretende alcançar.

Assim, para aferição da qualidade do cuidado das ações de controle do CCU foi elaborado o modelo lógico da qualidade (Figura 4) adaptado de Luz *et al.*, (2018) que investigou características gerenciais e assistenciais da atenção pré-natal a partir dos elementos estrutura e processo da tríade de Donabedian (1988).

No que se refere à dimensão gerencial, foram feitas alterações do modelo lógico original, adequando as subdimensões para se ajustar aos padrões de qualidade do cuidado do câncer de colo do útero. Na dimensão assistencial foram mantidos os elementos da estrutura e se adequou os elementos referentes ao processo. Entendeu-se que o processo se referia aos componentes da Linha de Cuidado do Câncer, os quais foram ajustados para incorporar o componente de promoção da saúde, um dos atributos fundamentais da APS.

3.6.2 Matriz de indicadores da qualidade

A partir do modelo lógico da qualidade e das diretrizes e protocolos que regulamentam o programa de controle do CCU no Brasil (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; INCA, 2016) foi elaborada a matriz de indicadores da qualidade.

A Matriz apresenta critérios e padrões de qualidade das ações de controle do câncer de colo do útero que correspondem a questões dos instrumentos de avaliação externa do 1º e 3º ciclo do PMAQ-AB – Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde: questões voltadas para condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS; e Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde: informações relativas ao processo de trabalho da equipe e organização do serviço.

Esses critérios foram desagregados em dimensões de análise gerencial e assistencial, segundo modelo elaborado por Luz *et al.*, (2018), cada uma delas composta de subdimensões estrutura e processo de acordo com a abordagem proposta por Donabedian (1990) para a avaliação da qualidade do cuidado. Abaixo estão descritas as dimensões e sub-dimensões, critérios, padrões de qualidade e julgamento dos critérios.

Dimensão gerencial

A dimensão gerencial foi dividida em duas subdimensões: estrutura geral e processo geral. Cada componente foi desagregado em um ou mais critérios cuja situação desejada foi operacionalizada em um padrão de qualidade. Ao final, para cada padrão de qualidade foi definido o julgamento do critério analisado, se adequado ou inadequado, conforme descrição a seguir:

Subdimensão estrutura

A subdimensão estrutura geral é composta por cinco componentes: recursos humanos, recursos materiais, estrutura física das unidades, protocolos de referência e fluxos e ambientes clínico assistenciais gerais da unidade.

1) Componente: recursos humanos

Gerente da unidade/equipe - para este critério foi adotado como padrão de qualidade que cada UBS possuísse profissional que exercesse a função de gerente de unidade/equipe, classificado como: a) adequada - com coordenador; b) inadequada - sem coordenador.

2) Componente: recursos materiais

Equipamento de informática – para este critério, o padrão de qualidade foi a UBS dispor de equipamentos de informática, em condições de uso, com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades, classificada como a) adequada: com pelo menos um de cada equipamento em condição de uso e acesso à internet; b) inadequada: toda as demais situações.

3) Componente: estrutura física

- a) Ambientes administrativos e de apoio - para este critério, o padrão de qualidade foi dispor de pelo menos um banheiro para funcionários, recepção, sala de espera, sanitário para deficiente e sala de reuniões, classificada como a) adequada: com todos os itens; b) inadequado: todas as demais situações.
- b) Biossegurança – para este critério, o padrão de qualidade foi dispor de central de esterilização, abrigo de resíduos sólidos e depósito de lixo, classificada como a) adequada: com todos os itens; b) inadequado: todas as demais situações.
- c) Ambiência - para este critério, o padrão de qualidade foi dispor de acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos de acordo com a regulamentação preconizada, e que garantam a privacidade do usuário, sendo classificada como: a) adequada: com todos os itens; b) inadequado: todas as demais situações.
- d) Acesso e acessibilidade - o padrão de qualidade foi dispor na UBS espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, banheiros especiais, barras de apoio, corrimão, rampas,

larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante, sendo classificada como: a) adequada: com todos os itens; b) inadequado: todas as demais situações.

- e) Sinalização externa - o padrão de qualidade foi a UBS apresentar algum tipo de identificação visual externa, sendo classificada como a) adequada: com pelo menos uma forma de identificação externa; b) inadequada: sem nenhuma forma de identificação externa.

4) Componente: protocolos de referência e fluxos

Fluxos de comunicação - o padrão de qualidade foi dispor de algum fluxo de comunicação entre os diversos pontos de atenção da RAS e a existência de canais de comunicação entre os profissionais da rede para a garantia de referência e a contrarreferência em tempo oportuno. Foi classificado como a) adequada: dispor de fluxo de comunicação com a rede; b) inadequado: não possuir fluxo de comunicação com a rede.

5) Componente: ambientes clínico-assistenciais

Ambientes clínico-assistenciais gerais da unidade - o padrão de qualidade foi dispor de pelo menos uma sala de curativo, uma sala de reuniões/ atividades educativas, uma sala de vacina e uma sala de observação, sendo classificada como: a) adequada: possuir todos os ambientes; b) inadequado: todas as demais situações.

Subdimensão processo

A subdimensão processo geral foi desagregada em três componentes: funcionamento da unidade, central de regulação e educação permanente.

1) Componente: funcionamento da unidade

Horário de funcionamento da unidade - o padrão de qualidade adotado foi que a UBS deve funcionar com carga horária mínima de 40 horas/semanais, inclusive no horário de almoço, sendo classificada como: a) adequada - funcionar em dois turnos e no horário de almoço; b) inadequada: todas as demais situações.

2) Componente: central de regulação

Integração com outros serviços - o padrão de qualidade definido foi a existência nas equipes de instrumentos de integração dos serviços de saúde como central de regulação, sendo classificada como a) adequada: central de regulação disponível com encaminhamento para marcação aos demais pontos de atenção; b) inadequado: não existir central de regulação.

3) Componente: educação permanente

Participação em ações de educação permanente - o padrão de qualidade estabelecido foi a equipe ter participado no último ano, de ações de educação permanente (cursos de Educação a

Distância (EAD) (cursos de atualização e/ou especialização, atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na AB como as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa, participação nos fóruns de discussão em Comunidade de Práticas, entre outras, estruturadas a partir das suas necessidades de aprendizado. Foi considerado como adequada: a) participação em algum tipo de ação de educação permanente no último ano e que contemplam de alguma forma as necessidades da equipe e b) inadequado: demais situações.

Quadro 3 - Indicadores de estrutura da dimensão gerencial

DIMENSÃO GERENCIAL			
Subdimensão: estrutura			
Componente	Critério	Padrão de qualidade	Julgamento
Recursos Humanos	Gerente da unidade/equipe	Cada UBS deve possuir profissional que exerça a função de Gerente de unidade/equipe.	Adequada: com coordenador. Inadequada: sem coordenador
	Equipamentos de Informática	A UBS dispõe de equipamentos de informática, em condições de uso, com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades	Adequada: com pelo menos um de cada equipamento em condição de uso e acesso à internet. Inadequada: toda as demais situações
Recursos Materiais	Ambientes administrativos e de apoio	Existência de pelo menos 01 banheiro para funcionários	Adequada: Com todos os itens. Inadequado: Todas as demais situações
Estrutura Física	Ambientes administrativos e de apoio Biossegurança	Existência de pelo menos 01 área de recepção por UBS	Adequada: Com todos os itens. Inadequado: Todas as demais situações
		Existência de no mínimo 01 área/sala de espera	
		Existência de no mínimo 01 sanitário para deficientes por UBS	
		Existência de 1 pelo menos sanitário para usuários	
		Existência de 01 sala de reuniões e 1 sala de educação em saúde por UBS	
	Biossegurança Ambiência	Existência de 01 abrigo de resíduos sólidos (expurgo) por UBS	Adequada: Com todos os itens Inadequada: Todas as demais situações
		Existência de 01 depósito de lixo por UBS	
	Acesso e Acessibilidade	A UBS possui características de ambiência adequadas (acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos)	Adequada: Com todos os itens Inadequada: Todas as demais situações
		A UBS deve possuir espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante.	
		A UBS apresenta algum tipo de identificação visual externa.	
A UBS disponibiliza aos usuários horário de funcionamento, escala dos profissionais, listagem das ações e ofertas de serviços da equipe e número da Ouvidoria.			
Acesso e Acessibilidade	A gestão municipal dispõe de fluxos para os usuários entre os diversos pontos de atenção da RAS, e constitui canais de comunicação entre os profissionais da rede para a garantia de referência e a contrarreferência em tempo oportuno.	Adequada: dispor de fluxo de comunicação com a rede; Inadequado: não possuir fluxo de comunicação com a rede.	
Protocolos de referência e fluxos		Existência de 01 sala de curativo/ procedimentos por UBS	Adequada: dispor de todos os ambientes. Inadequada: demais situações
Ambientes clínico assistências gerais da USF.		Existência de 01 sala de reuniões e educação em saúde por UBS.	Adequada: dispor de todos os ambientes. Inadequada: demais situações
		Existência de 01 sala de vacina por UBS	
		Existência de 01 sala de observação por UBS	

Fonte: elaboração própria da pesquisadora.

Quadro 4 – Indicadores de processo da dimensão gerencial.

DIMENSÃO GERENCIAL			
Subdimensão: processo			
Componente	Critério	Padrão de qualidade	Julgamento
Funcionamento da Unidade	Horário de funcionamento da UBS	As UBS devem funcionar com carga horária mínima de 40 horas semanais	Adequada: funcionar em dois turnos e no horário de almoço; Inadequada: todas as demais situações
Central de Regulação	Integração com outros serviços	As equipes dispõem de instrumentos de integração dos serviços de saúde como central de regulação.	Adequado: Central de Regulação (CR) disponível com encaminhamento para marcação aos demais pontos de atenção. Inadequado: Não existir central de regulação.
Educação Permanente	Participação em ações de educação permanente	As equipes participaram no último ano de ações de educação permanente (cursos de Educação a Distância (EAD) (cursos de atualização e/ou especialização, atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na AB como as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa, participação nos fóruns de discussão em Comunidade de Práticas, entre outras) estruturadas a partir das suas necessidades de aprendizado.	Adequado: Central de Regulação (CR) disponível com encaminhamento para marcação aos demais pontos de atenção. Inadequado: Não existir central de regulação.
	Protocolo de acolhimento a demanda espontânea	As equipes possuem protocolos de acolhimento.	

Fonte: elaboração própria da pesquisadora.

Dimensão assistencial

A dimensão assistencial analisa a adequação de características de estrutura e processo para atenção ao câncer do colo de útero. A partir da construção da matriz de qualidade, detalhadas no quadro a seguir, foram adotados padrões de qualidade, classificados como adequados ou inadequados.

Subdimensão estrutura

1) Recursos materiais

- a) Equipamentos para realização do citopatológico: o padrão de qualidade considerado foi que as unidades de saúde dispunham de materiais/equipamentos para a realização do exame citopatológico, com no mínimo de uma mesa para exame ginecológico com perneira e um foco de luz, classificado como: a) adequado: dispor de pelo menos uma mesa para exame ginecológico com perneira e pelo menos um foco de luz na Unidade de Saúde; b) Inadequado: não dispor de pelo menos uma mesa com perneira e foco de luz.
- b) Insumos: dispor de todos os insumos básicos para realização de exame citopatológico, (espéculo descartável, Espátula de Ayres, Lâmina de vidro com lado fosco, porta lâmina, frasco plástico com tampa, escovinha endocervical): a) adequado: dispor de todos os insumos; a) inadequado: não dispor de pelo menos um dos insumos.

2) Instrumentos de protocolos e registros

Protocolos: as equipes devem dispor de protocolos com definição das diretrizes terapêuticas para o CCU para o padrão de qualidade: a) adequado: dispor de Protocolo; b) Inadequado: não dispor de Protocolo;

Subdimensão processo

1) Detecção precoce

realização de coleta de citopatológico na Unidade de Saúde - adequado: realizar citopatológico na USF e comprovar; inadequado: realizar citopatológico e não comprovar ou não realizar citopatológico na USF

Registro de mulheres com coleta de citopatológico atrasado: adequado: possuir registro e comprovar; intermediário: declarar possuir registro e não comprovar; inadequado: não possuir registro.

Registro de mulheres com citopatológico alterado: adequado: possuir registro e comprovar; intermediário: declarar possuir registro e não comprovar; inadequado: não possuir registro.

Realizar busca ativa de mulheres no território: adequado: realizar busca ativa; inadequado: não realizar busca ativa.

Realizar estratégias de sensibilização para realização do citopatológico: Adequado: realizar estratégias de divulgação/sensibilização; Inadequado: não realizar estratégias de divulgação/sensibilização.

2) Tratamento

Seguimento do tratamento: Realização do seguimento das mulheres encaminhadas para outros pontos da rede de atenção. a) adequado: realizar seguimento; b) inadequado: não realizar seguimento

Quadro 5 - Indicadores de estrutura da dimensão assistencial.

DIMENSÃO ASSISTENCIAL			
Subdimensão: estrutura			
Componente	Critério	Padrão de qualidade	Julgamento
Recursos materiais	Equipamentos para realização do Citopatológico	As unidades de saúde devem materiais/equipamentos para a realização do exame citopatológico e possuir no mínimo Dispor de pelo menos uma mesa para exame ginecológico com perneira e um foco de luz na Unidade de Saúde.	<p>Adequado: dispor de pelo menos uma mesa para exame ginecológico com perneira na Unidade de Saúde.</p> <p>Inadequado: não dispor de mesa para exame ginecológico com perneira na Unidade de Saúde.</p> <p>Adequado: dispor de pelo menos um foco de luz na Unidade de Saúde.</p> <p>Inadequado: não dispor de foco de luz na Unidade de Saúde.</p>
	Insumos para realização de Citopatológico		<p>Adequado: dispor de todos os insumos;</p> <p>Inadequado: não dispor de pelo menos um dos insumos.</p>
Instrumentos de registro e protocolos	Protocolo com definição das diretrizes terapêuticas para o CCU		<p>Adequado: dispor de Protocolo;</p> <p>Inadequado: não dispor de Protocolo;</p>

Fonte: elaboração própria da pesquisadora.

Quadro 6 - Indicadores de processo da dimensão assistencial.

DIMENSÃO ASSISTENCIAL		
Subdimensão: processo		
Componente	Critério	Padrão de qualidade
Detecção precoce	Oferta o exame citológico a todas as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que já iniciaram a vida sexual.	Adequado: realizar citopatológico na USF e comprovar. Inadequado: realizar citopatológico e não comprovar ou não realizar citopatológico na USF.
	Realização de busca ativa no território das mulheres elegíveis para realização do exame citopatológico.	Adequado: possuir registro e comprovar. Intermediário: declarar possuir registro e não comprovar Inadequado: não possuir registro.
	Índices de 80 % de cobertura do exame citopatológico na população feminina (WHO, 2008).	Adequado: possuir registro e comprovar. Intermediário: declarar possuir registro e não comprovar Inadequado: não possuir registro.
	Garantia de acesso à repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano.	Adequado: realizar busca ativa; Inadequado: não realizar busca ativa.
	Registro das mulheres com coleta atrasada do exame citopatológico.	
	Realização de busca ativa no território das mulheres com exame citopatológico atrasado.	Adequado: realizar estratégias de divulgação/sensibilização; Inadequado: não realizar estratégias de divulgação/sensibilização.
	Realização de busca ativa dos casos de citologia alterada e encaminhamento ou realização da intervenção indicada para o caso.	
	Reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que a mulher possa mostrar o resultado do exame citopatológico.	
Tratamento	Realização do seguimento de mulheres em tratamento. telefones e/ou e-mails.	Adequado: realizar seguimento Inadequado: não realizar seguimento

Fonte: elaboração própria da pesquisadora.

3.7 Aspectos políticos institucionais e dos atores na produção da qualidade do CCU na APS

A tríade donabediana utilizada para avaliação da qualidade do cuidado apresenta fragilidades a exemplo da aparente homogeneização de fenômenos de naturezas distintas – como a consideração de recursos humanos e materiais como estrutura – ou mesmo com a proposição de certa linearidade ou causalidade dos processos. Novas formulações teórico-metodológicas podem contribuir para contornar tais impasses. Neste estudo, para além da análise dos indicadores quantitativos da qualidade será incorporada a análise do contexto político institucional em que a intervenção ocorre, com o auxílio de pressupostos teóricos do Triângulo de Governo de Carlos Matus (1993).

Diversos estudos tem utilizado o Triângulo de Governo como referencial teórico para a análise de redes de serviços, implantação de programas e políticas ou mesmo ações como o planejamento em âmbito municipal e estadual (VILASBOAS, 2008.; SANTANA; QUEIROZ, 2018.; VENÂNCIO *et al*, 2013.; ROSSI; CHAVES, 2015.; SAMPAIO *et al*, 2011.; SOARES; PAIM, 2011.). Estes estudos utilizaram distintas abordagens para produção de dados tais como observação participante, análise documental e realização de entrevistas com informantes chave inseridos no contexto institucional em que os programas e políticas em análise são operacionalizados. Assim, este estudo utiliza-se de uma proposta teórico-metodológica validada por outras produções científicas, ao mesmo tempo em que busca preencher lacuna de conhecimento na área da avaliação da qualidade em saúde à medida em que propõe a incorporação da capacidade de governo na avaliação de qualidade das ações da APS.

Carlos Matus desenvolveu o Triângulo de Governo (1993) como um esquema por meio do qual se pode analisar as principais variáveis envolvidas no processo de governar, que, por sua complexidade, exige também certo domínio teórico quanto aos sistemas sociais. Aquele que governa conduz um processo dirigido aos objetivos que ele escolheu e que transforma a situação, lidando com os obstáculos impostos por um cenário que é ativamente resistente. Para que obtenha bom êxito no alcance de seus objetivos, aquele que governa precisará lançar mão de habilidades de condução, considerando as forças limitadas de que dispõe para lidar com essa resistência (MATUS, 1993).

O Triângulo de Governo é então um sistema formado pela articulação de três variáveis (sistemas) de distintas naturezas mas que são ao mesmo tempo mutuamente condicionadas e interdependentes por algo comum entre eles, a ação humana, sendo eles, o projeto de governo, a governabilidade do sistema e a capacidade de governo (MATUS, 1993 VILASBÔAS, 2006).

O projeto de governo, que se refere ao “conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator se propõe a realizar para alcançar seus objetivos” (MATUS, 1993). O conteúdo propositivo das ações a serem desenvolvidas, as estratégias econômicas e políticas escolhidas pelo governante são elementos que compõem o projeto de governo, que expressa não somente os interesses de quem governa, mas também sofre influência da sua capacidade de governo, bem como da equipe dirigente. (MATUS, 1993).

A Governabilidade do sistema "é uma relação entre as variáveis que controla ou não controla um ator no processo de governo, ponderadas por seu valor ou peso em relação à ação do referido ator” (MATUS, 1993). Sua governabilidade será maior ou menor conforme a importância das variáveis de decisão que controla. Assim a governabilidade é relativa ao ator e ao contexto específico (MATUS, 1993).

A capacidade de governo diz respeito à

capacidade de liderança ou gestão e refere-se ao conjunto de técnicas, métodos, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social em direção aos objetivos declarados, dada a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do Projeto de governo. [...] A capacidade do governo se expressa na capacidade de direção, gestão e administração e controle (MATUS, 1993).

Matus dá ênfase especial à capacidade de governo, e se dedica a investigar a fundo a capacidade de governo (neste caso, especificamente o que concerne às técnicas de planificação) e afirma que:

Essa capacidade de governo depende do capital intelectual acumulado pelas equipes de liderança. Esse capital intelectual cresceu muito mais lentamente do que a complexidade do sistema social que tentamos governar. [...] O capital intelectual é, por sua vez, capital teórico, capital instrumental e capital-experiência. (MATUS, 1993).

3.8 Plano de análise

Nesse estudo, será utilizado o conceito de “capacidade de governo” das secretarias municipais de saúde para caracterizar aspectos político-institucionais que modulam a organização das ações de controle de câncer de colo uterino na APS. Para apreciar a qualidade das ações de CCU na APS, serão consideradas variáveis da estrutura e do processo de unidades de saúde e de equipes de Saúde da Família.

Quadro 7 - Plano de Análise dos dados.

Unidade de Análise	Definição	Categoria Operacional	Variáveis	Fonte de Verificação
Qualidade das ações de controle de CCU na APS	Adequação da estrutura e processo das equipes de APS, para execução das ações de controle do CCU.	Processo da dimensão assistencial.	Ações de detecção precoce; Tratamento;	Dados do 1º e 3º ciclo do PMAQ Entrevistas profissionais das equipes de Saúde da Família
		Estrutura da dimensão gerencial.	Recursos materiais; Estrutura física; Recursos humanos; Protocolo de referência e fluxos;	
		Processo da dimensão gerencial.	Horário de funcionamento da USF; Existência de central de regulação; Ações de educação permanente;	
		Estrutura da dimensão assistencial.	Recursos materiais para realização do citopatológico; Instrumentos de registros e protocolos.	
Capacidade de governo	Capacidade de condução ou direção e refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destreza, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados.	Experiência e habilidades da equipe de gestão municipal para suporte das ações de CCU na APS. Experiência e formação dos profissionais de gestão da APS e da área técnica de saúde da mulher, responsáveis pela condução das ações de CCU.	Trajetória profissional e formação dos profissionais de gestão da AB e área técnica de saúde da mulher envolvidos na condução das ações de CCU;	Análise Documental Entrevistas profissionais da equipe de gestão.
		Métodos e técnicas de gestão municipal para suporte às ações de CCU na APS	Apoio institucional, educação permanente e outras abordagens realizadas pelos profissionais da gestão da APS e da área técnica de saúde da mulher para organizar as ações de CCU Apoio institucional e educação permanente em saúde as equipes de saúde da família.	

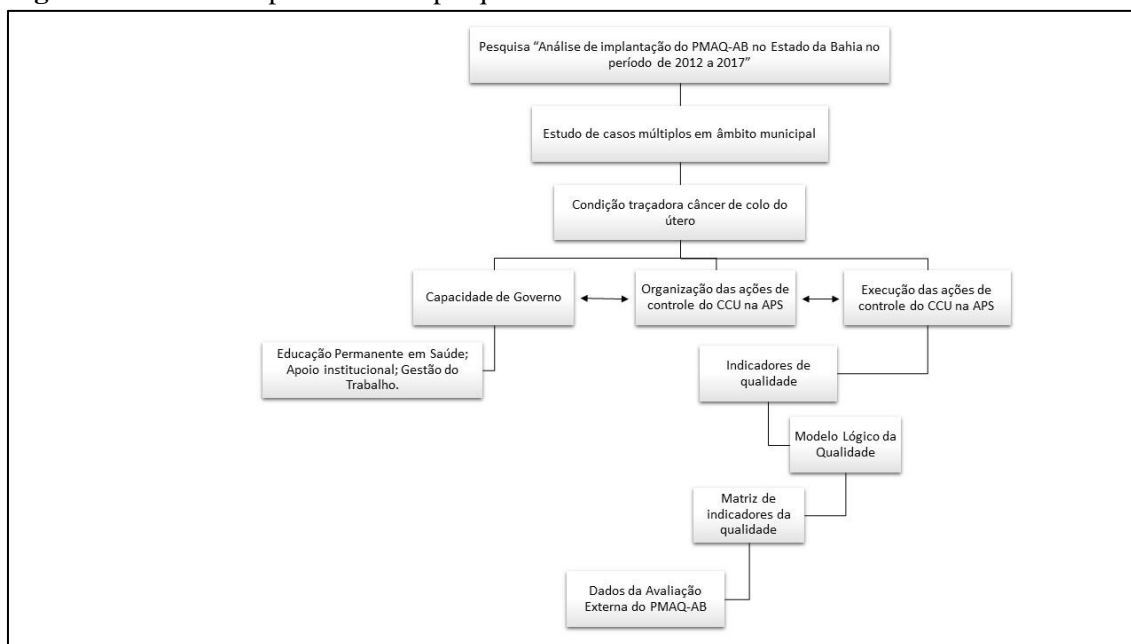
4. DESENHO DO ESTUDO

Foi conduzido um estudo de casos múltiplos, com o objetivo de avaliar a qualidade das ações de controle do câncer de colo de útero realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde dois municípios do estado da Bahia.

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que pode ser utilizada na investigação de acontecimentos contemporâneos, os quais o pesquisador observa diretamente, mas não controla comportamentos relevantes, e objetiva compreender “como” e “porque” “um determinado fenômeno ocorre no contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2003). A complexidade da intervenção sob avaliação demandou a utilização de diversas fontes de evidências produzidas a partir do Modelo lógico da qualidade e do aporte teórico do Triângulo de Governo, o que ratifica a utilidade do estudo de caso como opção metodológica.

Este estudo é um recorte do Projeto de Pesquisa “*Análise de implantação do PMAQ-AB no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017*”, desenvolvido pelo ISC/UBFA em financiamento do Ministério da Saúde. Dentre os municípios participantes da referida pesquisa, foram selecionados dois casos que possuíam como condição traçadora o câncer de colo do útero para avaliação da qualidade do cuidado na APS. Utilizou-se os dados produzidos pela pesquisa maior, relacionados aos objetivos pretendidos por esse estudo, e dados do 1º e 3º ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB de domínio público, mediante consulta ao site do Ministério da Saúde.

Inicialmente, foi realizada uma apreciação normativa da qualidade por meio da matriz de indicadores, utilizando os dados estruturados da avaliação externa do 1º e 3º Ciclo do PMAQ-AB. Num segundo momento foi analisada a organização e execução das ações de CCU em âmbito municipal segundo a percepção de gestores e profissionais de saúde e análise documental, cotejada com a apreciação normativa referida. E por fim, foi investigada a capacidade de governo dos profissionais responsáveis pela organização e a oferta das ações de controle do CCU nos dois municípios estudados.

Figura 4 - Estrutura operacional da pesquisa.

Fonte: elaboração própria da pesquisadora.

4.1 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB

O PMAQ-AB, criado em 2011 pelo Ministério da Saúde de modo pactuado com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), conforme Portaria GM/MS nº 1654/2011, tinha como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012).

Em novembro de 2019, por iniciativa do Ministério da Saúde, o PMAQ foi descontinuado mediante a criação do Previne Brasil (Portaria GM/MS 2.979/2019) que alterou o financiamento federal da APS no país. O PMAQ foi substituído pelo pagamento de um “incentivo por desempenho” mediante o monitoramento de um conjunto mínimo de indicadores e houve o término da avaliação externa das equipes por instituições de ensino e pesquisa.

O modelo teórico lógico proposto pelo Projeto “Análise de implantação do PMAQ-AB 2007 a 2017”, validado por especialistas, indicou que o PMAQ-AB era desenvolvido por meio de oito componentes operacionalizados em aproximadamente quinze atividades sob responsabilidade das equipes de saúde da família e equipes gestoras. Apresentava cinco dimensões (autoavaliação; monitoramento; educação permanente; apoio institucional; e

cooperação horizontal), operacionalizadas em três fases (adesão e contratualização, certificação e recontratualização) e um eixo estratégico transversal (BRASIL, 2015).

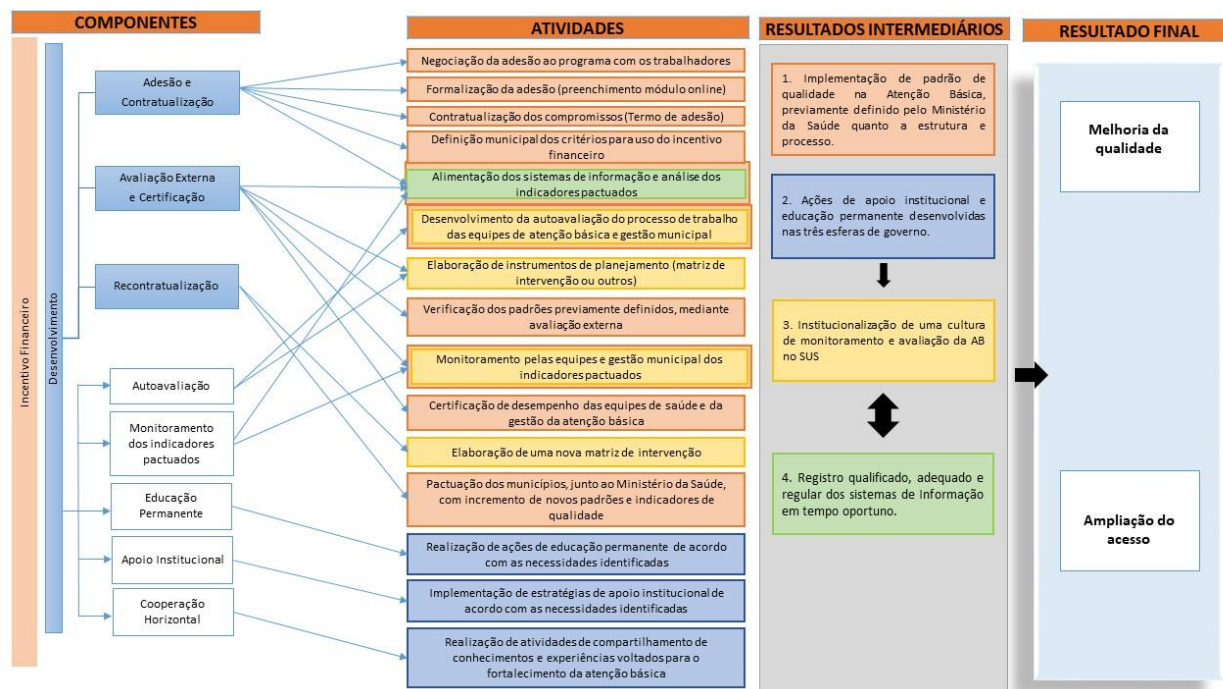
A fase de adesão e contratualização compreendia o processo formal de anuência voluntária ao programa e contratualização de compromissos com os profissionais das equipes, gestores municipais, gestores estadual e federal (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Na segunda fase era proposto um conjunto de ações que tem como finalidade promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, sendo elas: autoavaliação das equipes; elaboração de matriz de intervenção dos problemas prioritários; monitoramento de indicadores pactuados; ações de educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

No eixo estratégico de desenvolvimento a dimensão cooperação horizontal abrangia atividades de troca, produção e disseminação de diferentes saberes, conhecimentos técnicos, experiências vividas e práticas de gestão e de cuidado ao usuário, visando o fortalecimento da AB a partir da interação entre seus profissionais (BRASIL, 2017).

Na fase de avaliação externa, avaliadores realizavam visitas *in loco* nas Unidades de Saúde, sob orientação de instituições de ensino superior, e aplicavam instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Nessa etapa, eram realizadas observações de infraestrutura e funcionamento, entrevista com profissionais de AB, saúde bucal e NASF, verificação de documentos e entrevista com usuários na UBS (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Figura 5 – Modelo lógico do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.



Fonte: Projeto “Análise de implantação do PMAQ-AB no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017”.

As variáveis investigadas na avaliação externa levavam em consideração as áreas programáticas sob responsabilidade da APS e ações estratégicas para cuidado integral a criança, Atenção ao pré-natal, Hipertensão Arterial, Diabetes *mellitus*, e prevenção do câncer de mama e do câncer de colo do útero. No 1º Ciclo o questionário da AE possuía três módulos: I – Infraestrutura das UBS; II – Organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes; e III – Acesso, a utilização e a qualidade da atenção segundo a percepção dos usuários. No 2º e 3º ciclos foram incluídos três novos módulos: IV – Entrevista com profissional do NASF; V – Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal; VI – Entrevista com profissional da Equipe de Saúde Bucal. Nesses últimos ciclos foram incluídos ainda um módulo eletrônico com questões a serem respondidas pelo gestor municipal.

As equipes participantes eram certificadas considerando três dimensões: implementação de processos auto avaliativos; verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados; e resultados da avaliação externa (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

A fase quatro, recontractualização, caracterizava-se pela pactuação dos municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (BRASIL, 2017).

Foram realizados três ciclos do PMAQ (nos anos de 2013, 2015 e 2019). No contexto histórico que precede a criação do PMAQ, confluíam o interesse pelo fortalecimento da institucionalização da avaliação da APS e o protagonismo de instituições de ensino e pesquisa, bem como órgãos e entidades de classes profissionais e científicas que atuavam no SUS ou estavam envolvidos na produção de conhecimento teórico de estudos avaliativos da qualidade e acesso aos serviços de saúde (TOMASI *et al*, 2021). Assim, “o PMAQ-AB ampliou o escopo da avaliação em saúde no SUS, vinculando-a ao pagamento de incentivos financeiros por desempenho” (GIOVANELLA *et al.*, 2018) e naquele momento, ainda em outro modelo de repasse dos recursos, já havia a compreensão da insuficiência do financiamento da APS.

Dentre as contribuições do PMAQ para qualificação da APS destaca-se a sua capacidade de induzir a gestão municipal a realizar ações de educação permanente e apoio institucional que pudessem contribuir na organização do processo de trabalho das equipes, para além dos ganhas na reestruturação as instalações das Unidades de Saúde.

4.2 Seleção e caracterização dos municípios

Foram selecionados dois municípios de pequeno porte populacional com elevada cobertura da Estratégia Saúde da Família e adesão da totalidade de suas equipes ao terceiro ciclo do PMAQ e que obtiveram respectivamente o maior e o menor grau de implantação do PMAQ segundo os achados do estudo maior. A escolha por municípios de pequeno porte populacional considerou o fato de que correspondem a 76,9% dos municípios brasileiros (tabela 1).

4.2.1 Caracterização geral do sistema de saúde

O município A possui 18.798 habitantes (IBGE, 2018) com mais de 40% da população residindo em regiões rurais (9.091), está situado na macrorregião de Irecê, pertencente ao núcleo de saúde centro norte. A cobertura de atenção básica em 2007 foi de 99,73% e em 2017, essa cobertura atingiu 100%.

A rede de serviços de saúde do município é composta por sete Unidades de Saúde da Família – quatro na zona rural e três na sede do município – seis delas com equipe de saúde bucal, das quais. Uma equipe de NASF composta por: dois fisioterapeutas, um farmacêutico, um nutricionista, um psicólogo, um educador físico e um assistente social. Há ainda: um Centro de Abastecimento Farmacêutico; o Centro de Especialidade – ginecologia com pré-natal de alto risco, psiquiatria, cardiologia, psicologia, nutrição – ; e o Hospital Municipal – capacidade para 34 leitos, com atendimento de urgência/emergência nas 24 horas e cirurgias de pequeno porte,

e alguns serviços de apoio diagnóstico como: radiologia, laboratório de análises clínicas e ultrassonografia.

A Vigilância em Saúde é composta pela Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, e algumas ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador e Vigilância Ambiental.

A Casa de Apoio é um estabelecimento alugado em Salvador com serviço de hotelaria e alimentação para os pacientes que precisam de atendimento de média e alta complexidade, acompanhados pelo TFD – tratamento fora do domicílio.

4.2.2 Caracterização geral do sistema de saúde

O município B está localizado no extremo-oeste Baiano, fica cerca de 732 Km de distância da Capital Salvador, estando inserida na vigésima quinta região administrativa de saúde - 25ª DIRES, Macrorregião Oeste, Microrregião Barreiras, com população estimada pelo IBGE de 13.796 habitantes. Apresenta uma área de unidade territorial de 4.195827 Km² com densidade demográfica (hab/km²) de 5.04. A cobertura de atenção básica no ano de 2007 foi de 45,97% e em 2017 esse percentual atingiu 100%.

A rede de serviços de saúde do município foi ampliada entre os anos de abrangência dos planos, sendo composta por: seis unidades de saúde da família, três localizadas na zona urbana e três na zona rural; quatro equipes de saúde bucal (duas em processo de implantação); Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF); um Centro Médico; e uma equipe NASF tipo II. Há também alguns serviços de saúde da rede privada: dois Laboratórios de Análises Clínicas; um consultório médico clínico geral; um consultório ginecológico; quatro consultórios odontológicos e dois consultórios de oftalmologia.

Há um ambulatório que realiza atendimentos de média complexidade para as especialidades de ginecologia, cirurgia geral e psiquiatria, com atendimentos mensais para cada especialidade.

O Centro Médico possui quatro leitos de observação e também realiza atendimentos especializados. É um serviço de saúde que funciona como suporte das Estratégias de Saúde da Família, em regime de plantão 24 horas por dia, 07 dias por semana e resolve grande parte das urgências e emergências, como hipertensão, febre alta, fraturas, cortes, infarto, AVC e demais intercorrências. A equipe é composta por profissionais da equipe de saúde (um médico plantonista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem) e outros trabalhadores nos setores administrativos e de serviços gerais (repcionista, vigilante, auxiliares de serviços gerais, cozinheira, motoristas, office-boy, auxiliar administrativo, coordenador).

O município dispõe de uma Unidade de Suporte Básico do serviço móvel de urgência (SAMU 192), localizado na sede do município e possui pactuação com os municípios de Barreiras e Salvador para os casos da alta complexidade, uma vez que o município não dispõe de serviço hospitalar (PMS 2014/2017). As vagas hospitalares são reguladas através do sistema SUREN sendo a referência o Hospital do Oeste (HO) acerca de 102 km.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, cobertura da ESF e percentual de adesão ao 3º ciclo do PMAQ-AB. Município A e Município B. 2022.

	Município B	Município A
População Estimada (IBGE 2018)	13.796	18.798
IDHM	0,590 (2010)	0,592 (2010)
PIB per capita	9.966,97 (2019)	6.718,22 (2019)
Densidade demográfica (hab/km²)	3,25 (2010)	15,36 (2010)
Macrorregião de Saúde	Oeste	Centro-Norte
Região de Saúde	Barreiras	Irecê
Cobertura de ESF		
2012 (%)	75,97	100,0
2013 (%)	76,02	100,0
2014 (%)	95,90	100,0
2015 (%)	100,0	100,0
2016 (%)	100,0	100,0
2017 (%)	100,0	100,0
Grau implantação PMAQ-AB*	32,5	83,75
Adesão ao PMAQ-AB 3º Ciclo		
Equipes AB	3 (100%)	1 (100%)
Equipes AB/SB	2 (100%)	6 (100%)
NASF	1 (100%)	1 (100%)

* o Grau de Implantação do PMAQ-AB foi considerado implantado, pontuação igual ou superior a 75 pontos; parcialmente implantado, pontuação maior do que 50 e menor do que 75 pontos; não implantado, pontuação abaixo de 50 pontos.

Fonte: elaboração própria

4.3 Coleta, processamento e análise dos dados

4.3.1 Dados não estruturados (análise documental e entrevistas)

Foram utilizados dados da Pesquisa “Análise de implantação do PMAQ-AB no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017” mencionada anteriormente.

4.3.1.1 Entrevistas com informantes chave

Considerando que são os atores envolvidos numa intervenção que “dão sua forma particular em um dado momento em um dado contexto” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997), nesta pesquisa avaliativa foram entrevistados os profissionais envolvidos na coordenação e execução do programa de controle do câncer de colo do útero no âmbito municipal. O Quadro 4 apresenta os critérios de seleção dos informantes chave e o quadro 5, o perfil dos entrevistados.

Quadro 8 - Critérios de seleção de informantes-chave.

<i>Gestor municipal da Atenção Básica</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser o profissional que agrega maior conhecimento sobre o processo de trabalho das equipes de atenção básica; ▪ Ser o profissional com maior envolvimento nas atividades de coordenação da equipe; ▪ Caso o Coordenador de AB tenha assumido a função há menos de 3 meses, se ele considerar necessário, poderá indicar outro técnico que tenha se envolvido com o PMAQ no município há mais tempo, para ser entrevistado.
<i>Responsável pela área Técnica de Saúde da Mulher</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser o profissional responsável pelas ações de controle do câncer de colo útero no município; ▪ Caso o técnico tenha assumido a função há menos de 3 meses, se ele considerar necessário, poderá indicar outro técnico que possa responder pela área. ▪ Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
<i>Profissional da Estratégia de Saúde da Família</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profissional de nível superior, que pertença à Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal; ▪ Tenha participado de pelo menos um dos ciclos do PMAQ, preferencialmente dos três ciclos no município investigado; ▪ Ser membro de uma equipe bem avaliada pela coordenação quanto a qualidade do cuidado ofertado à população. ▪ Ser o profissional com maior envolvimento nas atividades de coordenação da equipe; ▪ Ser o profissional que agrega maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe/serviço; ▪ Atuar na equipe há, pelo menos, um ano. ▪ Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
<i>Responsável pela área técnica de Gestão do Trabalho e Educação Permanente</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser o profissional que agrega maior conhecimento sobre Gestão do Trabalho e Educação Permanente; ▪ Ser o profissional com maior envolvimento nas atividades da coordenação/setor; ▪ Caso o técnico tenha assumido a função há menos de 3 meses, se ele considerar necessário, poderá indicar outro técnico que possa responder pela área. ▪ Caso as áreas de Gestão do Trabalho e Educação Permanente sejam separadas, deverão ser entrevistados um técnico de cada área, seguindo os critérios acima discriminados.

Fonte: elaboração própria da pesquisadora.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com uso de roteiro específico (Anexo B) para cada perfil de informante chave, elaborados a partir do modelo lógico da qualidade e do referencial teórico da pesquisa. Os profissionais entrevistados foram indicados pela gestão municipal. As entrevistas foram realizadas em local que resguardou a privacidade dos profissionais e registradas com gravador digital de voz. Posteriormente essas entrevistas foram transcritas por um profissional habilitado em arquivo de texto do *Microsoft Word*[®] e revisada pela pesquisadora.

Para análise das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática (BARDIN, 1977). A capacidade de governo, variável do triângulo de governo proposto por Matus (1993) foi utilizada como ferramenta teórico-metodológica de aproximação aos dados empíricos. Após leitura exhaustiva do conteúdo das entrevistas foram extraídos núcleos de sentido e categorias de análise considerando o Modelo Lógico da Qualidade e o Triângulo de Governo.

4.3.1.2 Análise documental

Após assinatura do termo de adesão à pesquisa foi solicitado ao município a disponibilização em formato físico ou digital dos documentos (Quadro 9). Aqueles de acesso público, disponíveis em sítios do Ministério da Saúde foram previamente acessados e arquivados.

Quadro 9 - Documentos solicitados aos municípios.

Documentos	Objetivo
Plano Municipal de Saúde (2014-2017; 2018-2021)	Verificar a existência de conteúdo relativo às ações de controle do CCU
Protocolos ou diretrizes clínicas para o cuidado a pacientes portadoras de câncer de colo uterino	Verificar a existência do documento e conteúdo relativo às ações da APS para controle do CCU
Protocolos de regulação de procedimentos para o cuidado a pacientes portadoras de câncer de colo uterino	Verificar a existência do documento e conteúdo relativo às ações da APS para controle do CCU
Fichas de referência e contrarreferência (gerais e/ou específicas para câncer de colo uterino)	Verificar a existência de formulários de registro das condições clínicas e condutas diagnósticas e terapêuticas de um modo geral e/ou específicas para câncer de colo de útero)
Lista de serviços de referência com nome, telefone dos profissionais e endereço da unidade (gerais e/ou específicas para câncer de colo uterino)	Verificar a existência da lista de serviços

Fonte: elaboração própria da pesquisadora.

A Análise documental teve como objetivo compreender possíveis arranjos normativos, formalizados, das ações de controle do CCU desenvolvidas pelo município cotejando as

informações com as entrevistas e indicadores de qualidade. O Quadro 10 apresenta os documentos disponibilizados pelos municípios.

Quadro 10 - Documentos disponibilizados pelos municípios.

Documentos	Município A	Município B
Plano Municipal de Saúde (2014-2017; 2018-2021)	sim	sim
Protocolos ou diretrizes clínicas para o cuidado a pacientes portadoras de câncer de colo uterino	sim*	sim*
Protocolos de regulação de procedimentos para o cuidado a pacientes portadoras de câncer de colo uterino	sim	não
Fichas de referência e contrarreferência (gerais e/ou específicas para câncer de colo uterino)	sim	não
Lista de serviços de referência com nome, telefone dos profissionais e endereço da unidade (gerais e/ou específicas para câncer de colo uterino)	sim	não

Fonte: elaboração própria da pesquisadora.

* ambos os municípios relataram utilizar os Cadernos de Atenção Básica nº 13 e o Protocolo de Saúde da Mulher como diretrizes clínicas que regulamentam as ações de cuidado à saúde da mulher e do programa de controle de CCU nas equipes de saúde da família.

4.3.2 Dados quantitativos dos 1º e 3º ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB

Na etapa de verificação da matriz de indicadores da qualidade após processamento inicial do banco de dados da avaliação externa do 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB, gerado originalmente em um arquivo do tipo .xls do *Microsoft Excel*[®], os dados foram transportados para o pacote estatístico *Stata*[®] 12.0 onde foi realizada análise descritiva e categorização das variáveis conforme padrões definidos para cada indicador.

No município B, no 1º ciclo do PMAQ-AB cinco unidades foram respondentes do módulo I e apenas uma equipe respondeu ao módulo II. No 3º ciclo, cinco unidades foram respondentes do módulo I e cinco equipes responderam ao módulo II. No município A, no 1º ciclo dez unidades foram respondentes do módulo I e seis equipes responderam ao módulo II. No terceiro ciclo, um total de sete unidades responderam ao módulo I e sete equipes foram respondentes do módulo II. As recusas foram excluídas na análise dos dados.

Cabe aqui algumas considerações acerca na análise desses dados. A primeira diz respeito à diferença do número absoluto de equipes e unidades entre os ciclos, uma vez que, na Bahia ocorreu um aumento na proporção de equipes que aderiram ao programa no 3º ciclo. A matriz de indicadores da qualidade pretende apresentar um “retrato”, pela ótica do PMAQ, da APS e das EqSF que atuavam nos municípios em dois momentos distintos. A ausência de um número de Identificador Nacional de Equipe (INE), bem como a constante rotatividade de profissionais nas EqSF impossibilita comparar o desenvolvimento de uma mesma equipe ao longo do tempo.

Assim, estamos avaliando estrutura e processo das equipes que aderiam ao programa em 2012 e em 2017. No entanto, ao analisarmos como caso o município A, é importante considerarmos também que foi inserida apenas mais uma equipe entre o 1º e o 3º ciclo e que 90% dos profissionais entrevistados estavam atuando no município há 3 anos ou mais.

Por fim, cabe considerar que ao selecionar as variáveis dos módulos I e II que comporiam os indicadores de qualidade foi observado que embora houvesse similaridade na maior parte dos itens, nem todas as questões ou alternativas de respostas eram idênticas ou se mantinham presentes entre os ciclos. Além disso, com as mudanças do módulo externo (gestor), algumas perguntas, anteriormente respondidas pelas equipes, passaram a ser respondidas pelo gestor. Diante disso, questões selecionadas que foram consideradas não equivalentes, não passíveis de comparações ou de respondentes diferentes entre os ciclos, não foram consideradas para a classificação do padrão e qualidade.

4.4. Aspectos éticos

O banco de dados do 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ dos municípios selecionados, está disponível para acesso público no endereço eletrônico: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>. Os dados do 1º ciclo estão disponíveis no endereço: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1/>.

Os dados das entrevistas e análise documental sobre aspectos político-institucionais da gestão municipal da atenção básica foram produzidos no âmbito da pesquisa “*Análise de implantação do PMAQ no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017*” conduzido pelo Programa Integrado de Ensino, Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (GRAB/ISC), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) dessa unidade acadêmica sob o parecer 3.032.773 (Anexo 1). Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e após anuência institucional de cada uma das secretarias municipais de saúde participaram da pesquisa para a coleta dos documentos dessas instituições. Essas autorizações estão sob a guarda da professora Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, coordenadora da pesquisa e orientadora deste projeto de dissertação de mestrado.

5. RESULTADOS

5.1 ESTUDO DE CASO I: Município A

Nos dois Planos Municipais de Saúde (PMS) avaliados há uma seção em que são apresentadas as propostas priorizadas na Conferência Municipal de Saúde. Dentre os problemas descritos destacam-se para fins deste estudo: “alta incidência de pessoas com problemas ginecológicos”, e a causa “não realização de exames preventivos de colo uterino”, e a sugestão de “implementar ações voltadas a prevenção de DST e aumentar a oferta de atendimento ginecológico no município” (PMS 2014/2018; PMS 2018/2021).

As propostas apresentadas no PMS estavam orientadas pelos Indicadores de desempenho do Relatório Anual de Gestão do município. Quanto à identificação de ações concernentes ao Programa de controle do CCU, a realização do exame citopatológico para a população alvo é um dos objetivos propostos, para a atenção à saúde da mulher, por meio das ações de: Realizar o levantamento de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos; Realizar o exame citopatológico e complementares Encaminhar os casos diagnosticados para o seguimento de média e alta complexidade e garantir o tratamento das lesões de baixo grau Realizar atividades educativas; Realizar busca ativa dos casos notificados (PMS 2018/2021).

5.1.2 Capacidade de governo dos responsáveis pela linha de cuidado CCU

Neste município foram realizadas quatro entrevistas com profissionais de saúde, dos quais três eram enfermeiras atuando na assistência, coordenação da APS e apoio.

Quanto à formação dos profissionais entrevistados, apenas um dos profissionais da ESF não possuía alguma formação complementar na área de saúde coletiva. No entanto, todos possuíam consistente trajetória de atuação na ESF com experiências anteriores tanto na gestão quanto na assistência, e atuando há três anos ou mais na função atual.

O município não dispunha em seu organograma de uma estrutura específica para a área técnica de saúde da mulher.

Por ser um município de pequeno porte não tá previsto essa função exatamente de uma área técnica de saúde da mulher. A gente só tem no organograma previsto, coordenação de atenção básica, diretoria de hospital e uma assessoria técnica para assuntos gerais. Então, quem responde pelas ações da atenção básica, seria a coordenadora de atenção básica e na área hospitalar, o diretor do hospital (TEC_AI).

Quadro 11 - Profissionais entrevistados. Município A. 2019

CÓDIGO DA ENTREVISTA	FUNÇÃO E VÍNCULO	FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO	EXCERTOS DA ENTREVISTA
GM_APS	Coordenadora de Atenção Básica, comissionada/concursada, atuando na função atual há 3 anos, tendo atuado anteriormente.	Enfermeira com especializações em urgência, emergência e saúde coletiva	Eu sou concursada mas eu estou como cargo comissionado. Eu trabalhava na assistência em unidade hospitalar em Salvador, em duas instituições lá. [...]vim trabalhar na vigilância epidemiológica e trabalhei em PSF Em outro município aqui na região, João Dourado e Ubaí. em 2009, fiz o concurso aqui, processo seletivo e passei. [...] Aí já tem 10 anos que eu estou aqui trabalhando na área. [...] já tem 4 anos que eu não estou na assistência mais, só em gestão. E aí, eu tô só trabalhando na parte de gestão. Em São Gabriel, estou como coordenadora da Atenção Básica, e em Jussara, estou como apoiadora institucional. Minha primeira especialização foi em urgência e emergência [...]Aí entrei em, em Saúde Coletiva, e agora estou em gestão em saúde.
PESF_1	Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, concursada, atuando na função há 6 anos.	Enfermeira, com especialização em obstetrícia	Eu sou efetiva. Concursada. eu sou enfermeira, terminei a especialização agora em obstetrícia. Estou iniciando outra especialização em urgência e emergência e UTI. eu trabalhei... é... no Centro de Saúde, né, que era ainda Centro de Saúde no município de Central. Trabalhei também um período na Coordenação do Programa de Saúde da Mulher em Irecê, mas foi junto, no mesmo período aqui em São Gabriel e atualmente também tô trabalhando com plantão na UPA e aqui em São Gabriel no PSF.
PESF_2	Dentista da Estratégia de Saúde da Família, concursada, atuando na função há 8 anos.	Cirurgião-dentista, com especialização em Gestão da Atenção Básica com ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado e Cirurgia Bucomaxilofacial.	efetivo, através de concurso público. Tenho 13 anos de formado. Desde quando iniciei, trabalho em equipe de saúde da família. Aqui nesse município, tá com 8 anos, nessa equipe de saúde da família. Eu sou especialista em gestão da atenção básica com ênfase na implantação das linhas de cuidado, e especialista também em cirurgia bucomaxilofacial. Além do trabalho nessa unidade de PSF, a gente já desenvolveu trabalho de coordenação em outros municípios também.
TEC_AI	*Responsável técnica da Secretaria de Saúde, com foco na avaliação, monitoramento e educação permanente,	Enfermeira com mestrado em Gestão Organizacional e pós-graduação em Saúde Coletiva.	Eu sou enfermeira. Tenho mestrado em gestão organizacional e tenho pós-graduação em saúde coletiva. Então, essa é a minha formação. atualmente eu sou responsável técnica da secretaria de saúde, principalmente, com foco na

	efetiva, atuando na função há dois meses.		avaliação, monitoramento e educação permanente no município. Atuei dois anos com o secretário desse mesmo município, mas fui enfermeira efetiva daqui. Trabalhava no PSF e também trabalhei no hospital.
--	---	--	--

Fonte: elaboração própria do autor.

* a entrevistada respondeu os roteiros direcionados à área técnica de saúde da mulher e gestão do trabalho e educação permanente.

5.1.3 Educação permanente e apoio institucional municipal

O município apresentou elevado grau de adequação na realização de ações de educação permanente no 1º ciclo (83,3%) e 3º ciclo (100%) segundo os dados da avaliação externa do PMAQ. No entanto, os entrevistados identificaram, como ação de educação permanente, reuniões com os profissionais de nível superior das EqSF e que tinham como tema os indicadores de monitoramento e avaliação das áreas programáticas da AB,

[...] basicamente nessas três linhas do cuidado da criança, da mulher e das doenças crônicas. Então, até quem faz a oferta não é tão regular, pode ser melhor, mas nós fazemos. Normalmente a gente convida um profissional, até um da própria equipe que tem uma desenvoltura melhor sobre aquela pauta. Então, ele é convidado também a, a tratar daquela pauta com os demais. Então, a gente oferta. A cada 15 dias a gente junta os trabalhadores da Atenção Básica e a gente faz esse ciclo da educação permanente, que a gente fala. O público são as três categorias de nível superior, médico, enfermeiro e odontólogo. Quando há uma necessidade de uma temática que foge das três categorias de nível superior, tipo uma campanha de vacina, um surto epidemiológico que teve, precisa dos vacinadores, aí a gente já troca a categoria (GM_APS).

de mais sólido são ciclos de oficina pra avaliação e monitoramento. É... a cada três meses, as equipes são convocadas pra discutir a sua avaliação. Então, a gente mostra os gráficos dele, de todos os indicadores (TEC_AI).

Destaca-se a compreensão da apoiadora da SMS quanto à necessidade de formalizar as práticas dos profissionais a partir de evidências científicas. Em ambos os ciclos do PMAQ-AB avaliados neste estudo, o município apresentou elevado grau de adequação quanto ao uso de protocolos assistenciais na APS para controle do CCU sendo que no 3º ciclo, 100% das unidades avaliadas foram classificadas como adequadas.

[...] necessidade de estudar os manuais e singularizar as práticas. Todo mundo vai atender mais ou menos, seguindo o mínimo de evidência científica ao invés de estar cada um no seu canto fazendo do jeito que supõe que é o correto, vamos estudar os assuntos e vamos todo mundo tentar fazer. Então, foi isso que deu o estalo pra gente começar a fazer essa proposta aí de educação permanente (TEC_AI).

Não havia formalmente uma estrutura de apoio institucional, no entanto, havia uma profissional enfermeira que desempenhava atribuições do apoio à gestão da AB e EqSF. Essa mesma profissional era responsável por organizar as ações de educação permanente e em uma das suas falas destacou dentre algumas dificuldades, a ausência da articulação ensino-serviço como um elemento que contribui para a qualificação do cuidado.

Não tem uma equipe. Tem uma pessoa que sou eu (risos) (TEC_AI).

[Consegue visualizar dificuldades pra implementação/desenvolvimento dessas ações de EPS?]

Dificuldade porque está centrado em uma pessoa só. Então, você nem sempre tá seguro do que vai estar levando pra eles, ou às vezes também, você não tem aquela segurança se está sendo atrativo, se não está. Você está lidando com seus colegas, com pessoas que você trabalha há muito tempo, você estar a frente desse processo de educação permanente, às vezes você fica assim, meio sem saber se existe legitimidade nisso. Então, se tivesse uma articulação com A Universidade... se a gente pudesse convidar pessoas pra revezar mais essas práticas... Pra não ficar centrado só em um profissional que está normalmente lá a frente dando aula. Ninguém quer dar aula, a gente quer estudar junto e tentar melhorar nossas práticas. Então, eu tento passar dessa maneira, que a gente não está pra ensinar. Mas só que eu quero propor um momento que a gente estude junto e faça o que contribui para a melhorar a qualidade das práticas. Mas a dificuldade seria essa, estar centrada em uma pessoa e que tem o mesmo nível dos colegas que tá atuando, fez parte do mesmo concurso. Então, não sei até que ponto interessa a quem está participando (TEC_AI).

5.1.4 Qualidade das ações de controle do CCU

5.1.4.1 Dimensão gerencial

Na tabela 1 e 2 são apresentados os resultados dos indicadores de estrutura e processo da dimensão gerencial das ações de controle do CCU no município A no 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB.

Na tabela 1 é possível observar que para a maioria das variáveis o percentual de equipes adequadas é maior no 3º ciclo. Ainda assim, chama a atenção as variáveis de ambiente clínico assistencial que estava adequada apenas para 28,6% das equipes. Vale ressaltar que, a baixa adequação de equipamentos de informática, é ainda uma fragilidade principalmente em municípios de pequeno porte que por vezes, sequer dispõem de rede elétrica adequada para suporte aos equipamentos necessários.

Tabela 2 - Proporção de adequação dos indicadores de estrutura, da dimensão gerencial no município A no 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB. 2012 e 2017.

Indicadores	1º Ciclo (%)	3º Ciclo (%)
Coordenador	100	100
Equipamentos de informática	0	28,6
Ambientes administrativos e de apoio	10	0
Biossegurança	0	42,9
Ambiência da unidade	10	71,4
Acesso e acessibilidade para deficientes	0	28,6
Sinalização externa	100	100
Sinalização das ações e serviços ofertados	0	85,7
Ambiente clínico e assistencial	0	28,6
Protocolos de referência e fluxos	50	100

Fonte: Projeto de Pesquisa “Análise de implantação do PMAQ no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017”. 2022.

Dentre os indicadores de processo da dimensão gerencial há também melhores resultados no 3º Ciclo, com destaque para a disponibilidade de protocolo de acolhimento a demanda espontânea, ferramenta que, se adequadamente utilizada por facilitar o acesso e fortalecer a resolutividade da APS.

Tabela 3 - Proporção de adequação dos indicadores de processo, dimensão gerencial de no município A, no 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB. 2012 e 2017.

Variáveis	1º Ciclo (%)	3º Ciclo (%)
Horário de funcionamento da unidade de saúde *	0,0	100,0
Central de regulação para encaminhamento de usuários **	50,0	71,4
Ações de educação permanente **	83,3	100,0
Existência de protocolos para acolhimento à demanda espontânea/urgência **	33,3	100,0

Fonte: Projeto de Pesquisa “Análise de implantação do PMAQ no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017”. 2022.

5.1.4.2 Dimensão assistencial do controle de CCU

As Tabelas 3 e 4 apresentam os indicadores assistenciais de estrutura e processo da condição traçadora câncer de colo do útero. Com vistas a avaliar a adequação da estrutura necessária para a realização da coleta de citopatológico, esses indicadores apresentaram

melhoria nos resultados no 3º ciclo com destaque para a disponibilidade de todos os insumos necessários para a realização do exame preventivo, condição imprescindível para realização das ações de detecção precoce do CCU.

Tabela 4 - Proporção de adequação dos indicadores de estrutura, dimensão assistencial no município A, no 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB. 2012 e 2017.

VARIÁVEIS	1º Ciclo (%)	3º Ciclo (%)
Recursos materiais *	50,0	100,0
Insumos *	0,0	85,7
Uso de protocolos **	83,3	100,0

Fonte: Projeto de Pesquisa “Análise de implantação do PMAQ no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017”. 2022.

As variáveis da tabela 4 agregam as principais atividades a serem desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família para controle do CCU. No 3º ciclo ambos os indicadores apresentam melhores resultados e a variável seguimento do tratamento – que diz respeito às ações das equipes para encaminhamento e monitoramento de mulheres que necessitam de cuidados em outros níveis de atenção – apresenta considerável melhoria, estando adequada em todas as equipes avaliadas.

Tabela 5 - Proporção de adequação dos indicadores de processo, dimensão assistencial no município A, no 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB. 2012 e 2017.

VARIÁVEIS	1º Ciclo (%)	3º Ciclo (%)
Ações e estratégias para rastreamento e detecção precoce **	66,7	71,4
Seguimento do tratamento **	16,7	100,0

Fonte: Projeto de Pesquisa “Análise de implantação do PMAQ no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017”. 2022.

Neste município, de maneira geral, os achados das entrevistas convergem com os resultados do PMAQ e, considerando que as entrevistas deste estudo foram realizadas um ano após a presença dos avaliadores nos municípios é possível considerar essas informações como um retrato cotidiano das equipes e unidades de saúde e a sustentabilidade das ações avaliadas pelo programa.

As ações de controle do CCU da APS identificadas pelos informantes foram: monitoramento pelo ACS, atividades educativas e realização da coleta de citopatológico pelas

enfermeiras na USF. A realização da coleta de citopatológico ocorre em todas as USF, mediante agendamento. A enfermeira relata alguma flexibilização da agenda para atendimento de alguns casos.

As atividades são basicamente essas: atividade educativa pra sensibilizar as mulheres pra realização do exame preventivo, a oferta do exame, [...] a cada consulta, a cada coleta, a gente faz a sala de espera. [...] todas as unidades aqui de São Gabriel realizam o citopatológico (PESF_1)

A gente tem o agendamento. Quando tem vaga sobrando a gente vê as faltosas através dessa planilha, e a gente pede que busque essa mulher pra está fazendo o exame. Sempre que chega uma paciente com exame atrasado, a gente atende no dia, se for possível e se estiver dentro dos critérios da coleta. Se ela estiver com exames em dias e tiver agenda, aí a gente faz o agendamento (PESF_2).

Na percepção da apoiadora técnica, no entanto, o modelo de rastreamento é ainda oportunístico, e as equipes têm dificuldade de captar mulheres para a primeira consulta.

Fica sempre as mesmas mulheres repetindo a periodicidade desnecessária, sem alcançar outras que passam a vida inteira e não realiza nenhuma. Então, eu acho que, que essa captação dessa mulher ainda é muito frágil. É por causa do agente comunitário mesmo, por causa da equipe... não na quantidade que se realiza, mas fica repetindo nas mesmas mulheres e não alcança aquelas que estão lá, que não usam o serviço, nunca foram convocadas [...]. mas ainda é uma fragilidade sim, captar para uma primeira consulta digamos assim. Essa seria a dificuldade (TEC_AI).

Foi relatada a participação dos serviços da rede particular por demanda das mulheres que desejam pagar pela coleta do citopatológico. Nestes casos, a equipe relata fazer a busca ativa e registrar o resultado em prontuário eletrônico.

Ainda não tem uma procura assim das mulheres tão... às vezes o exame demora, é um exame que na rede particular ele não é tão caro. [...] Então, a mulher pra ter um resultado mais rápido ela vai procurar a rede privada pra fazer uso dessa demanda. Então, eu acho que precisava assim, uma sensibilização maior e ter o resultado também mais, mais rápido. Isso poderia captar mais mulheres (TEC_AI).

A gente pede ao agente comunitário de saúde pra ir fazer essa busca. Quando faz essa busca se tiver um resultado de particular, a gente pesca pra constar na unidade, pra ter o registro (PESF_1).

Aproximadamente 45 dias após a realização do exame as equipes recebem o resultado que ficará disponível na USF a qual a usuária está vinculada para que ela possa ter acesso, mediante consulta com enfermeira ou médico.

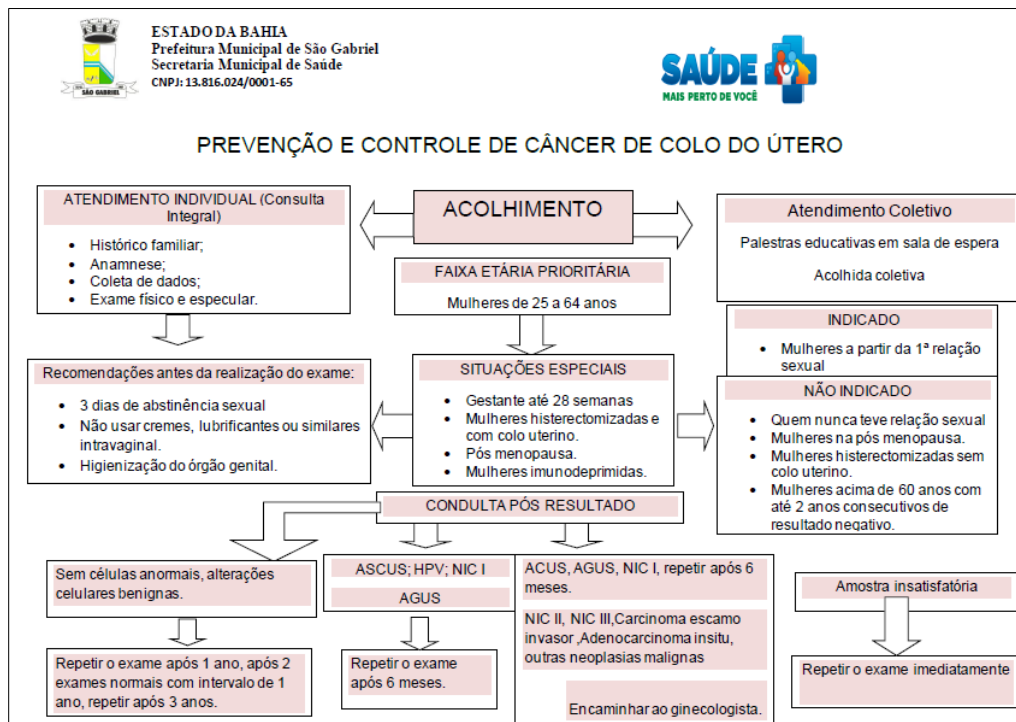
o tempo pro laboratório estar entregando geralmente é até 45 dias. Quando esses preventivos chegam, os laudos, as mulheres elas podem ir já marcando eu peço aos agentes comunitários de saúde, a gente faz uma lista, divulga que o resultado já está na recepção, na caixinha separado. E de lá, antes a gente colocava no prontuário, como agora é eletrônico, a gente deixa arquivado na recepção e essa mulher procura e sempre tem vaga para mostrar o exame. Até porque não é algo demorado então, não precisa estar marcando, porque você pode estar perdendo aquela mulher (PESF_1)

[E qual o tempo estimado de recebimento do resultado do exame preventivo pela equipe?]

Entre 45 dias a 60. Porque a gente recebe do laboratório. A gente ainda vai olhar, a gente vai separar por equipe. Isso leva então, em torno de 45 dias normalmente (TEC_AI).

As equipes dispõem de um fluxograma (Figura 6) que orienta a conduta dos profissionais.

Figura 6 - Fluxograma de ações de controle do CCU. Município A. 2019.



Fonte: Documentos disponibilizados pelo Município A.

Quanto aos serviços da atenção secundária, o município dispõe de um ginecologista com agenda semanal de consultas, o que amplia a oferta, uma vez que o município dispõe de 12

vagas mensais para consulta na policlínica de Irecê, que é também a principal referência para realização de colposcopia.

Quando tem a necessidade de fazer um exame complementar, aí a gente tem consulta com ginecologista no hospital e tem também a policlínica hoje com ginecologista, onde faz colposcopia, onde faz a biópsia, se necessário [...] tem também transporte pra que chegue até essa consulta, a gente também tem o transporte TFD, quando essa mulher precisa ir pra Salvador se for algo mais agressivo (PESF_1).

A gestão municipal, através do apoio institucional também desempenha ações na LC uma vez que, em algumas situações, atua diretamente no manejo de casos que demandem encaminhamento a outros níveis de atenção, seja ambulatorial (dentro do próprio município) ou hospitalar (em outros municípios).

[...] a secretaria acompanha aqueles casos onde dá alguma alteração. A gente tenta acompanhar qual foi o seguimento da paciente na rede... quando a gente pega algum resultado, porque a gente abre [o resultado do preventivo] aqui na secretaria de saúde e já acompanha. Vê os casos onde há uma indicação de colposcopia ou encaminhamento pra ginecologia, a gente já facilita esse acesso com o ginecologista que atende no município. Então já tenta assegurar esse encaminhamento pra o ginecologista. E daí, se o ginecologista do município não resolve, se já é uma lesão maior, a gente já acompanha pra Salvador (TEC_AI).

É relatada ainda a participação da gestão no gerenciamento de fila de espera para consulta com ginecologista, considerando dentre outras coisas que há certo anseio das mulheres pela realização do preventivo com o ginecologista.

A regulação é do município... o profissional vai encaminhar a paciente pra rede de atenção e quando é o caso, vão ter que ficar esperando essa fila de espera, que agenda aqui na secretaria. [...] além dessa, dessa opção, tem também quando a gente identifica pelo resultado. A gente aciona a equipe lá e já faz a reserva de vaga pra essa, pra essa paciente. Mas fora dessa lista, dessa relação do preventivo alterado, que pode ser outro problema. O preventivo está normal, mas a paciente tem uma outra queixa uma história de mioma ou outra indicação. Então, ela vem pra fila normal aqui da secretaria. Então, pega o nominho e aí dá uma previsão de quanto tempo mais ou menos, aí marca para um mês depois, ou dois meses depois. E aí a gente tem o contato também com o enfermeiro no hospital, que também absorve essa demanda e agenda lá no hospital no ginecologista. Então, quando ele vai e identifica a mulher, ele já vê se está com preventivo em mão, se está com ultrassom, se realmente tem indicação pra estar no ginecologista. A gente tenta fazer essa racionalização de qual é a mulher que realmente tem que estar, pra gente oferecer só as vagas mesmo pra quem realmente precisa. Porque se ficar à

vontade, a mulher vai querer ir pra fazer. Ah, eu quero fazer preventivo com ginecologista. Então, porque eu quero consultar com ele. Não! A gente tenta encaminhar só quem há indicação. Então, hoje no município a gente consegue fazer um pouquinho dessa classificação de risco, digamos assim, e encaminhar aquelas que realmente precisam mais. Porque antes era uma fila, abriu a marcação pro ginecologista. Aí às mulheres iam de noite pra fila e disputavam a mesma vaga tanto a que estava com NIC III, quanto aquela que estava com prurido. E hoje não, hoje elas não disputam a mesma fila, quem realmente precisa a gente garante o acesso mais fácil. Mas a quantidade de vagas ainda é muito pequena (TEC_AI)

O monitoramento de mulheres com atraso na coleta de citopatológico ou com resultado de exames alterados é realizado pela enfermeira, com participação do ACS na busca ativa de mulheres faltosas ou informando-as quanto a disponibilidade do resultado para entrega. Nas USF que dispõem de prontuário eletrônico esse acompanhamento é feito também por meio de planilhas eletrônicas.

O enfermeiro que faz essa parte de levantamento de quem está com exame atrasado ou alterado e a gente faz esse encaminhamento através da regulação, com a busca ativa do agente comunitário de saúde ou do próprio enfermeiro (PESF_1).

É destacado o protagonismo do ACS no acompanhamento das mulheres, atuando como fonte de informações entre a EqSF e a paciente, principalmente nos casos em que a usuária foi encaminhada a serviços de alta complexidade, em outros municípios.

[quando uma mulher é encaminhada para outro nível de atenção, Atenção Ambulatorial ou Hospitalar/ Cuidados paliativos, é feito algum tipo de acompanhamento por sua equipe? Se sim, como é realizado?]

É feito pelo agente comunitário de saúde pra saber se essa mulher ela já foi pra viagem, se já retornou. A gente pede que visite a unidade. Se não tiver condições, a depender do estado da mulher, o enfermeiro e o médico que faz essa visita em domicílio, atendimento a domicílio também. Se precisar de exames, a gente providencia também a coleta então, a gente consegue dar esse suporte (PESF_1).

Toda vez que ela vai pra uma consulta com especialista ou que vai pro CICAN ou pro Aristides Maltez em Salvador, a gente depois pede que essa mulher dê o retorno pra gente. Graças a Deus, sempre elas estão indo na unidade pra dizer: Aqui tá o relatório, o que foi feito, eu preciso voltar tal data, aí a gente já entra em contato com a regulação pra saber se está disponível a data e a viagem pra aquela mulher, para o retorno dela no CICAN, geralmente é no CICAN ou pra policlínica, se for o caso da policlínica, mas a gente sempre tem esse contato, geralmente feito pelo agente comunitário de saúde na busca (PESF_1).

Normalmente os agentes de saúde, ele tem uma aproximação muito grande de todos os pacientes e eles sempre vão atrás de notícias desses pacientes, para trazer mesmo que informalmente, ao conhecimento da unidade (PESF_2)

Quando questionadas acerca das ações de controle do CCU sob responsabilidade da atenção especializada, foram relatadas algumas fragilidades dos mecanismos de regulação e os mecanismos de “escape” do município para lidar com a dificuldade de acesso e demora na marcação de consultas e procedimentos de alta complexidade. Conforme PPI, o hospital de referência é o Aristides Maltez em Salvador, há quase 480km de distância do município.

tipo assim não tem um fluxo definido, porque seria tudo via sistema de regulação, mas se a gente for esperar pelo sistema pra encaminhar pro Hospital da Mulher, essa consulta ela... Então o que é que a gente faz: tem uma pessoa que marca em Salvador, que trabalha em Salvador, que cuida das nossas pacientes que fazem tratamento fora do domicílio lá na pousada. E ela que corre de hospital pra hospital tentando agendar uma consulta pra paciente. Aí então normalmente vai pro Aristides (GM_APS).

Todo tipo de paciente que faz um tratamento fora do domicílio ele tem acesso a essa pousada. Então, a gente tem uma pessoa que dá comida, dá casa, tem quarenta leitos, capacidade para quarenta pessoas ficarem nessa casa. Mas é pra todo tipo de patologia, não é específico de saúde da mulher. Como o município é pequeno, então a gente aloja todo mundo lá nessa casa. Então, quem faz esse fluxo é essa nossa marcadora de Salvador, que a gente encaminha a documentação da paciente, ela tenta lá, consegue a consulta, e a paciente já vai com a consulta agendada (TEC_AI).

[E vocês observam dificuldades pra realização desses atendimentos?]

Muita dificuldade, e demora muito. E a gente só consegue porque ela tem relações pessoais com quem agenda lá dentro das instituições. Então...Muita dificuldade. O acesso é difícil, as pacientes demoram muito. E hoje eu digo que a gente consegue é porque tem alguém lá marcando, tentando pegar essa fila para as mulheres. Mas se fosse por conta da própria paciente, o município tentar criar esse acesso... o que a gente tem hoje é o Hospital da Mulher, que passa três meses, imagina, uma consulta! (TEC_AI)

Dentre resultados, destaca-se os relatos da contribuição do PMAQ para a qualificação do processo de trabalho a partir de uma certa modelização de um acompanhamento que se torna parâmetro, principalmente para a gestão “cobrar”, “forçar” ou induzir, os profissionais a desempenharem algumas atribuições. Ainda que o uso da expressão pareça controversa, ou de interpretação questionável à primeira vista é uma expressão que aparece de maneira recorrente na fala dos profissionais e da gestão.

eu acho que o PMAQ ajuda nisso de você cobrar dos agentes comunitários uma relação de todas as mulheres que são elegíveis para o preventivo e com data do comparecimento, porque você vai monitorando (TEC_AI)

o Programa Saúde nas Escolas, que também antes do PMAQ a gente não tinha essa periodicidade de ir nas escolas, porque hoje é cobrado então a gente tem critérios, o que é que tem que ser discutido (PESF_1).

Esse último ciclo, por exemplo, eu acho que teve mais cobrança e por ter mais cobrança a gente consegue perceber onde realmente precisa ser melhorado, tanto a parte de programas quanto a parte também que cabe a gestão, de estrutura da unidade, algumas coisas que precisam ser acrescentadas (PESF_1).

[...]A partir do momento que você tem a visita, que eles te cobram, eles te cobram e pontuam, mas depois você precisa refletir onde que precisa melhorar naquilo ali. Então, eu acho que assim, sempre há um ponto positivo nisso (PESF_1).

Em outros momentos aparece a mesma fala quanto a essa “cobrança” mesmo fora do contexto do PMAQ, para que os profissionais participem das ações de educação permanente que são desenvolvidas

Quando você tem o apoio da gestão nesse sentido, o profissional fica muito mais tranquilo. E nessa gestão, especificamente, a gente não está tendo só o apoio, mas principalmente, uma cobrança de participação e de desenvolvimento dessas atividades (PESF_2).

Conforme se observa, o programa induziria mudanças principalmente no monitoramento do território e no registro das ações.

foi através do PMAQ, né, que a gente começou a fazer essas planilhazinhas, a gente consegue descrever o número de mulheres eletiva pro exame e qual foi o último exame (PESF_1).

o PMAQ cobra muito isso, que você trabalhe entre os grupos, mas que você se organize e que você registre, pra depois você comprovar (PESF_1).

Antes do PMAQ a gente não sabia parâmetro de nada! Quantas consultas as gestantes? Quantas consultas ao hipertenso? Quantas consultas ao diabético? O quê que tem que ter em cada consulta dessa? Então, eu acho que o PMAQ é um norte mesmo, assim de você ter uma ideia pelo menos, qual é meu papel aqui no mundo enquanto equipe de saúde. Então, o PMAQ teve muita responsabilidade, induzido práticas... Infelizmente, ainda é incipiente por iniciativa mesmo da administração, da gestão, mas do programa em si é perfeito (risos) (TEC_AI)

o PMAQ veio pra dar um norte a gente. A gente já executava todo o trabalho porém a gente, ou não contabilizava, ou não tinha uma forma alinhada, ordenada, de encarar a forma do nosso processo de trabalho (GM_APS).

[...] Então, quando eu vejo que as equipes começaram a compreender outra forma do processo de trabalho, eu vejo que o PMAQ ele veio realmente pra realinhar, reordenar, estruturar melhor, né, essa parte de melhoria pro usuário (GM_APS).

Conforme se observa nas falas abaixo, essas mudanças induzidas pelo programa repercutem também nas ações de controle do CCU.

a gente sempre teve a coleta. Só que a coleta ficava meio que aleatório ou a procura da mulher, então a mulher ela tinha o desejo de fazer o exame, ou achava que estava atrasado, ou estava sentindo alguma coisa, procurava a unidade pra estar fazendo o exame. Hoje a gente deve estar monitorando e rastreando essas mulheres em atraso. Então, são mulheres dentro da idade, que que o Ministério pede pra fazer essa cobertura, que estão com exame atrasado, então a gente pede que o agente comunitário de saúde vá até essa mulher, peça pra marcar o exame. Se fez particular, a gente pede pra ver o resultado. Se é uma mulher que foi pra Salvador, a gente também pede que dê o retorno pra unidade, pra saber como tá sendo o tratamento. Quando deve voltar? Tudo isso é cobrado no PMAQ, por exemplo, é cobrado essa parte de investigação de mulheres com citopatológico alterado, então, a partir daí, a gente já ficou mais atenta coisa que já deveria ter antes, mas a gente nunca teve que registrar e nunca foi cobrado para as unidades. Mas hoje é cobrado e a gente sempre faz a busca dessas mulheres, ou em atraso ou citopatológico alterados ou que já estão em tratamento, que a gente precisa monitorar pra saber como tá sendo o tratamento, a evolução do tratamento. Então, eu acho que melhorou muito (PESF_1).

[...] o PMAQ força, por exemplo, a que você tenha uma relação que todas as mulheres dentro daquela faixa etária, que você conheça, que você sabe a última vez... isso força a que a equipe olhe pra aquela mulher que não está vindo pra unidade. Porque uma coisa é ofertar o preventivo pra quem vai. Então, não é o que eu estou querendo saber. As mulheres que vem não é com isso que eu estou preocupada. Eu estou preocupada com aquelas que estão fora do território que eu não sei sobre elas. Então, na medida que existe uma planilha que eu preciso dizer quem são as mulheres, isso já me força a não esperar que ela venha. Isso me força a buscá-la fora da unidade. Então, eu acho que o PMAQ que induziu isso. Antes disso, você só estava preocupado em ofertar para as mulheres que buscavam. Então, o PMAQ, ele dá esse outro olhar. Tá, e as mulheres que não estão vindo? Às mulheres que não vem eu estou buscando? Então, esse olhar de vigilância, com esse olhar de buscar fora da unidade, esse foi o olhar que o PMAQ que induziu isso (TEC_AI).

Ao analisar as entrevistas surge uma categoria de análise que, a princípio não estava circunscrita ao referencial teórico ou mesmo ao modelo lógico de cuidado ao CCU mas que revela um aspecto importante da capacidade de governo, qual seja: o trabalhador e o trabalho em saúde. Há a princípio uma consideração da gestão sobre o modo como o vínculo trabalhista influencia as ações do trabalhador a buscar melhorias para sua prática profissional.

Todos os enfermeiros são concursados, todos os, os odontólogos, os ACDs, técnicos de enfermagem. Então, na atenção básica, 80% do nosso trabalhador é efetivo, via concurso público (TEC_AI).

a dificuldade por outro lado é que os profissionais da rede, eles são, a maior parte, efetivos. Então, eles já estão no município há quase 10 anos. Já não tem assim aquela vontade assim de estar melhorando as suas práticas. Já está até meio cansado do que tá fazendo, meio, fazendo só pela remuneração. Então, às vezes é difícil você conseguir a adesão deles pra esses momentos que não está havendo mais valor de uso prático pra ele. Então, quando a gente trabalha com outro público que é contratado, que o profissional precarizado, ele infelizmente, ele adere mais às propostas que o município oferece. Então, a dificuldade seria o tipo de vínculo. O profissional efetivo, ele está mais na dele. Não está muito afim de melhorar (risos) [...] (TEC_AI).

No entanto, posteriormente a gestão e o trabalhador concordam que a inexistência de mecanismos incentivo à qualificação profissional desestimulam o trabalhador.

é muito negativo não ter plano porque o próprio trabalhador ele vai perdendo seu poder de compra, o salário vai ficando defasado, você não tem maneira de ajustar, você não tem progressão nenhuma. Então, isso não estimula você a fazer processo de formação, se qualificar, porque financeiramente não é viável. Você vai gastar mais pra se qualificar mais e não vai ter nenhum incentivo. Então, é muito ruim. Precisa, é... se preocupar em estimular. Isso, claro! (TEC_AI).

acho que a dificuldade maior diria que é o incentivo profissional, não o incentivo, mas talvez algum... uma injeção de ânimo profissional. Eu vejo os profissionais meio que desiludidos, vamos dizer assim, meio que escantados do processo. O processo avança, a saúde avança, e os profissionais são pouco reconhecidos ou pouco valorizados, não a nível local, mas a nível nacional. De ter um plano de carreira dentro do SUS que seja criado, via ministerial, para facilitar para município, para facilitar para profissional. E esse profissional possa se dedicar realmente, exclusivamente, aquela equipe e saber que ao longo do tempo ele vai continuar naquela equipe. Acho que essa é a maior dificuldade (PESF2)

Eu como trabalhadora...a gente se sente... como é que eu posso falar? nem ferida, lesada! Saber que é um direito do trabalhador! Eu trabalho aqui há 10 anos sem projeção nenhuma, salário praticamente é o mesmo. Então, não ter uma perspectiva, uma projeção a nível de carreira... Eu estou indo pra quarta especialização e é a mesma coisa que nada. Se tivesse plano de carreira eu poderia dar um *up*, um diferencial (GM_APS).

Eu, hoje, estou na gestão, e tenho essa outra visão. Eu tenho visão como trabalhadora, eu tenho visão como gestora hoje e o que eu mais acredito é que se faça um plano que seja realmente viável [...]. Os municípios são pequenos, o município pequeno, pouco recurso. Por isso que precisa fazer uma coisa que seja com mais garantia (GM_APS).

Emerge a questão do financiamento do SUS municipal e nesse cenário, o PMAQ aparece como uma possibilidade de complementação do orçamento para os municípios de pequeno porte, mas

Por outro lado, como venho da gestão, sei que é um município muito pobre. Mal consegue pagar o que já, o que já existe. Então, ele, não sei se teria capacidade, pobre como é, os repasses cada vez menores, se ele teria condições de aumentar ainda o custo com a força do trabalho (TEC_AI).

Dificuldade, eu acredito que é o principal do SUS, que é a questão do financiamento. Eu acho que os municípios eles não tem, principalmente, quanto menor o município, na nossa realidade de São Gabriel, é um município que quase não tem renda... não dispõe de impostos municipais que possam fazer, provocar uma mudança. Então, dependem muito do incentivo do governo federal e do governo estadual. E esse incentivo, é dado, na minha opinião, um valor muito abaixo ainda do que seria necessário e suficiente para o município conseguir manter as unidades. O PMAQ já deu uma ajuda bastante significativa, não só com a premiação dos profissionais, mas principalmente, com o recurso que o município passa a gerir para melhorar essas unidades, em relação a instrumental, material, mas acho que ainda tem muito a crescer em relação a isso. Acho que o incentivo e o financiamento do governo federal tem que ser mais, mais pesado, vamos dizer assim (PESF_2).

eu acho que hoje enquanto não se tem um plano de cargo, uma carreira realmente no SUS, você não tem a segurança daquele trabalhador permanecer. Então, aquele trabalhador permanece naquela atividade, enquanto não encontra algo mais seguro, mais viável, muitas vezes, financeiramente e, e acaba havendo uma grande rotatividade de profissionais nas equipes, principalmente, profissional médico. Aí já é uma outra discussão pela quantidade de profissionais, pelo atrativo, ou falta de atrativo, no nosso caso, por ser um município pequeno. Então, esses pontos são pontos que merecem ainda aprofundamento e merecem discussão para realmente a gente conseguir consolidar o que o PMAQ prioriza e o PMAQ idealiza, vamos dizer assim (PESF_2).

5.2 ESTUDO DE CASO II: Município B

5.2.2 Capacidade de governo dos responsáveis pela linha de cuidado CCU

Foram entrevistados três profissionais de saúde, duas enfermeiras e um cirurgião dentista, este último ocupava o cargo de secretário municipal de saúde. Chama a atenção a pouca qualificação dos profissionais deste município, que pode ser percebida desde a dificuldade de compreensão do conteúdo das questões da entrevista. Apenas a gestora municipal da APS possuía experiência anterior de atuação como apoiadora institucional sendo possível observar em suas falas maior análise crítica do seu processo de trabalho e das questões investigadas.

Apenas um enfermeiro e um técnico de enfermagem, bem como os ACS são vinculados por meio de concurso público e os demais profissionais são vinculados por contrato. Na época da realização do campo, o município passava por uma transição em que havia encerrado o contrato com a cooperativa e realizado processo seletivo por análise curricular e entrevista e aguardava pra iniciar contrato dos aprovados.

Assim, foi possível observar uma grande fragilidade na capacidade de governo desta equipe. Durante as entrevistas, a maioria das respostas são formuladas de maneira monossilábica – sim ou não –, e em alguns momentos é perceptível a dificuldade de compreensão de conceitos básicos de saúde coletiva o que resultou em um conteúdo de baixa densidade teórica e que por si, demonstra as fragilidades de um sistema municipal de saúde em que a equipe possui baixa capacidade de governo.

Deve-se considerar também que a fragilidade do vínculo trabalhista bem como a politização do trabalho em saúde – que ocorre muito comumente nos municípios pequenos –, por vezes dificulta que o trabalhador tenha liberdade de expressar suas verdadeiras percepções acerca de determinados temas, considerando que o contrato com a SMS é o principal tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores da saúde no município. Na fala de uma profissional é possível perceber as implicações da fragilidade desse tipo de vínculo no modo discreto como o assunto é abordado.

a gente é contrato. Então, evita reclamar muito (PESF)

Os agentes comunitários de saúde são todos concursados, o resto dos profissionais, só temos dois profissionais concursados, que é um enfermeiro e uma técnica de enfermagem. Todos os outros são contratos. antes, foi contrato direto mesmo, cooperativa, [...] E recentemente [...] concluímos, na verdade, [...] 15 de março desculpa, saiu o resultado do processo seletivo. O processo seletivo foi: análise curricular e entrevista (GM_APS).

Eu acredito que seja mais contratado. Tivemos cooperativa no início, mas, hoje, o vínculo é folha mesmo, é prefeitura. [...] tem alguns profissionais que hoje é na área médica, por exemplo, hoje por exemplo os médicos, até hoje continuam ainda por cooperativa (SMS).

Quadro 12 - Perfil de profissionais entrevistados. Município B. 2019.

CÓDIGO DA ENTREVISTA	FUNÇÃO E VÍNCULO	FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO	EXCERTO DA ENTREVISTA
GM_APS	*Coordenadora da Atenção Básica, atua no município desde 2013.	Enfermeira, formada em 2010, com experiência anterior de trabalho em ESF, hospital de pequeno porte e apoiadora institucional e coordenadora de atenção básica em outro município.	Sou nomeada, cargo de confiança. eu me formei em 2010 [...] depois de formada, eu trabalhei um ano na assistência como enfermeira de PSF e enfermeira de hospital no município de pequeno porte. Após um ano, eu fui para o apoio institucional, aí, eu trabalhei como apoiadora da Atenção Básica, seis meses após, eu comecei a trabalhar com a coordenação da Atenção Básica. Então, de 2013 para cá, eu trabalho com coordenação da Atenção Básica. como apoiadora que me deu uma base, mais ou menos assim, me inteirou do trabalho mesmo, do processo de trabalho da coordenação e a coordenação anterior, a coordenação do outro município que eu estava.
SMS	**Secretário Municipal de Saúde, atua no cargo há dois anos, atuando anteriormente como dentista no município.	Cirurgião dentista, formado há aproximadamente 20 anos, com experiência profissional na área clínica.	minha área é clínica integral mesmo. Eu trabalho com a parte de clínica. eu trabalho, é esse mandato, tem dois, anos fez agora, não é? Dois anos agora, fez em Janeiro e antes eu só atuava como dentista mesmo. Atuo já a mais de 20 anos como dentista. Para mim, foi uma coisa nova, foi um desafio, mas é assim, no decorrer do tempo a gente vai aprendendo.
PESF	Enfermeira, atua como profissional da ESF há aproximadamente 4 anos e meio, sendo este seu primeiro trabalho após conclusão do curso de graduação.	Atualmente cursando especialização em enfermagem em ginecologia e obstetrícia. Participa do Conselho Municipal de Saúde no momento da entrevista.	assim que eu terminei o curso foi o meu primeiro emprego, aí estou aqui até hoje. contratação mesmo, é prefeitura municipal, não é concurso. como enfermeira, eu já tenho quase cinco anos na Atenção Básica. Tenho alguns cursos técnicos, mas a pós-graduação, estou cursando ainda. Estou finalizando o curso de pós em ginecologia obstétrica.

Fonte: elaboração própria do autor.

* respondeu pelas questões de saúde da mulher e EPS e apoio institucional. ** Respondeu as questões relacionadas a gestão do trabalho. § Foi entrevistado apenas um profissional da APS, uma vez que o profissional inicialmente selecionado não pode responder por motivos pessoais e, o outro selecionado recusou-se a participar da Pesquisa.

Conforme apresentado no Quadro 12, nenhum dos profissionais entrevistados possuía em sua trajetória profissional e formativa qualificações em saúde coletiva, APS ou saúde da

mulher. Apenas a coordenadora da APS possuía experiência anterior de atuação na APS e apoio institucional.

A coordenadora da AB considera que uma das fragilidades no desempenho das ações da APS no âmbito municipal diz respeito ao sub financiamento do sistema de saúde. Em sua compreensão, municípios de pequeno porte possuem baixa receita de arrecadação, isso, associado ao encerramento de programas federais como o Mais Médico e o corte de recursos, inviabilizariam o adequado financiamento do SUS no âmbito municipal.

não tem recurso para o apoio, para o apoiador, a gente vive um momento de baixa, de baixo financiamento do SUS, a gente vive um momento de corte. Agora mesmo, com o fim do Programa Mais Médicos, muitos municípios foram penalizados com o corte de recurso, então, as prefeituras estão cortando mesmo. [...] É uma gestão que escuta bastante, então assim, se eu levo alguma demanda para o secretário, para a prefeita, eles são abertos para resolver. Não envolvendo dinheiro, porque quando envolve dinheiro eles cortam (GM_APS).

Conforme Lei Municipal 210/2015 que dispõe quanto ao uso do recurso da certificação do PMAQ-AB, 50% do montante recebido ficará com o município para que sejam aplicados com o intuito de melhorar a estruturação da Atenção Básica Municipal, orientado pelas matrizes de intervenção (AMAQ); outros 40% serão pagos aos trabalhadores municipais lotados nas referidas unidades, independente dos vínculos dos mesmos, sob forma de Prêmio de Qualidade e Inovação – PMAQ/AB; e 10% serão pagos aos trabalhadores municipais com função de apoio institucional, que compreendem: o secretário municipal, coordenador da atenção básica e operadores de sistemas da atenção básica. Os valores serão repassados aos trabalhadores semestralmente, e tem direito a receber aqueles trabalhadores que permanecerem atuando na função por doze meses. Não há na lei especificações quanto ao que seria a “estruturação” a que se destina os 50% sob responsabilidade da gestão municipal.

Nesse cenário, há ainda, a incompreensão do gestor municipal quanto a importância dos cuidados primários em saúde, o que implica na ausência de compromissos com a qualidade da APS e consequente alocação de recursos para esses serviços.

Porque, muitas vezes, a gestão ela menospreza a Atenção Básica, ela não investe na Atenção Básica, ela acha que a Atenção Básica, ainda tem aquela ideia de postinho (GM_APS).

5.2.3 Educação permanente e apoio institucional municipal

Todas as equipes avaliadas no 1º e 3º ciclo do PMAQ foram consideradas adequadas quanto à realização das ações de educação permanente. São realizadas mensalmente reuniões entre as EqSF e a gestão e nesses momentos são realizadas ações de EPS desenvolvidas com a participação dos profissionais do município, abordando temáticas prioritizadas no calendário do Ministério da Saúde ou conforme necessidades sentidas pelo gestor da AB.

[...] as reuniões dos agentes comunitários de saúde, todo mês tem essa reunião. Durante essa reunião, eles aproveitam também para fazer uma educação permanente com a gente, aproveitando naquele momento. (PESF).

Geralmente, é um profissional da Atenção Básica que faz, tipo, uma palestra, uma conversa com eles. Então, geralmente eu escolho um enfermeiro de cada unidade, um médico de cada unidade também, que eles podem participar, para abordar com eles, o tema (GM_APS).

Quanto aos temas abordados, estão: as demandas do trabalho em sua maioria associadas ao não desenvolvimento adequado de ações das áreas programáticas da APS ou não alcance de metas e indicadores; indicadores de produção do e-SUS; calendário do Ministério da Saúde.

Eu tenho um, um roteiro do que eu abordo com eles. [...] a gente tem um cronograma de reuniões mensais [...] No início de cada ano, a gente faz tipo uma reunião de acolhimento e a gente aborda, assim, quais são as principais dificuldades, alguns temas são fixos, por exemplo, discussão de indicadores, eu pego os relatórios do e-SUS e vou passando com eles [...] Além do calendário de saúde, porque a gente tem as épocas das campanhas. [...] eu realizo visita na unidade de saúde, vejo que aquela unidade, eu pego a produção e realizo visita e vejo que aquela unidade tem pouca puericultura. Então, eu vou trabalhar puericultura naquela unidade. Se eu visito outra unidade vejo que é a questão da gestante, do pré-natal está desorganizado, a questão do acolhimento, tenho muita reclamação com relação ao acolhimento, com relação ao primeiro atendimento. Então, aquilo eu vou e abordo na unidade. Então, geralmente é, com relação as falhas que eu identifico nas minhas visitas, e também seguindo aquele calendário da saúde, do ministério (GM_APS).

No cronograma de reuniões mensais para o ano de 2019, estavam planejadas três reuniões de avaliação de indicadores (abril, junho e setembro) e, temas mais diretamente relacionados ao programa de controle do CCU estavam planejados para os meses de setembro (“programação do Outubro Rosa”) e para o mês de outubro, com os temas “Prevenção e controle do CA de Colo do útero” e “Menopausa e Climatério e Demandas dos profissionais”.

Quanto as ações de apoio institucional, estas são desenvolvidas pela coordenação que relata sobrecarga de trabalho.

Assim, quando o PMAQ veio, tinha uma apoiadora, só que tiraram. E, eu fico sozinha, são seis Unidades Saúde da Família, fora as demandas da secretaria de saúde, que é muito grande. Tem dia que eu não consigo sequer, entrar no meu trabalho de coordenação, não consigo planejar, não consigo visitar, eu não consigo interpretar relatório. [...] eu sou muito atarefada, muito, muita coisa que não é da minha responsabilidade acaba, eu acabo assumindo responsabilidade. A falta do apoio institucional também é uma dificuldade, porque poderia está me auxiliando, está dividindo comigo algumas das ações junto às equipes. Então, as três principais causas que eu considero: a questão da falta de apoio, a questão da falta de tempo da coordenação, porque acabo desenvolvendo ações que não são da minha competência e isso interfere diretamente nas ações que eu deveria desenvolver junto as equipes e o transporte. [...] Às vezes, eu chego aqui na secretaria, e eu fico absorvendo demanda... Geralmente os casos de oncologia, por exemplo, sempre vem parar na minha mesa. Então, eu que vou ligar, eu é que vou mandar e-mail, eu é que vou ver se está com biópsia... Assim, acaba absorvendo muita coisa, que não é da minha responsabilidade e, o meu trabalho, como apoio mesmo de estar nas unidades, de estar fazendo mesmo a Atenção Básica, eu não consigo fazer. (GM_APS).

5.2.4 Qualidade das ações de controle do CCU

5.2.4.1 Dimensão gerencial

As tabelas 1 e 2 apresentam os resultados dos indicadores de qualidade da dimensão gerencial do controle de câncer do colo do útero no 1º e 3º ciclo do PMAQ-AB. A maioria dos indicadores foram considerados inadequados e ressalta-se que em ambos os ciclos o ambiente clínico assistencial foi considerado inadequado. Há uma convergência dos resultados observados nas entrevistas e a baixa adequação das equipes aos indicadores de qualidade apresentados pelas equipes avaliadas nos 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB.

Merece destaque o dado de que a totalidade das equipes avaliadas em ambos os ciclos foram consideradas inadequadas quanto á disponibilidade ambientes clínico assistenciais (sala de vacinas, sala de reunião e consultório clínico). Os dados apresentados revelam baixa qualidade da estrutura das unidades de saúde o que possivelmente reflete no pequeno percentual de equipes (20%) que foram avaliadas como adequadas na variável de realização das ações e estratégias de detecção precoce observado no 3º ciclo do programa.

Tabela 6 - Proporção de adequação dos indicadores de estrutura, da dimensão gerencial no município B, no 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB. 2012 e 2017.

Indicadores	1º Ciclo (%)	3º Ciclo (%)
Coordenador	100	100
Equipamentos de informática	0	0
Ambientes administrativos e de apoio	40	0
Biossegurança	0	40
Ambiência da unidade	0	40
Acesso e acessibilidade para deficientes	0	0
Sinalização externa	100	100
Sinalização das ações e serviços ofertados	0	40
Ambiente clínico e assistencial	0	0
Protocolos de referência e fluxos	0	60

Fonte: Projeto de Pesquisa “Análise de implantação do PMAQ no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017”. 2022.

Os resultados dos indicadores de processo da dimensão gerencial (Tabela 2) não apresentam melhoria entre os ciclos, porém, a existência de protocolos para acolhimento à demanda obteve pior resultado no 3º ciclo em que apenas 40% das equipes foram avaliadas como adequadas.

Tabela 7 - Proporção de adequação dos indicadores de processo, dimensão gerencial no Município B, no 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB. 2012 e 2017.

Variáveis	1º Ciclo (%)	3º Ciclo (%)
Horário de funcionamento da unidade de saúde *	20,0	20,0
Central de regulação para encaminhamento de usuários **	100,0	100,0
Ações de educação permanente **	100,0	100,0
Existência de protocolos para acolhimento à demanda espontânea/urgência **	100,0	40,0

Fonte: Projeto de Pesquisa “Análise de implantação do PMAQ no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017”. 2022.

5.2.4.2 Dimensão assistencial

As ações de diagnóstico precoce identificadas são desenvolvidas principalmente no âmbito da APS, por enfermeiras que realizam semanalmente coleta de citopatológico e ações de educação em saúde com a população. Apesar de descrever adequadamente as ações preconizadas pelo programa de controle do CCU, na avaliação dos indicadores apenas 20% das equipes estavam adequadas no 3º ciclo quanto a realização das ações e estratégias de detecção precoce e rastreamento.

As limitações de acesso à população de zona rural foi a única dificuldade identificada para a realização das ações de controle. A coordenadora da APS identificou como uma fragilidade das ações, a baixa cobertura de vacinação contra HPV, como componente do programa de controle do CCU.

A gente tem algumas regiões aqui da nossa cidade que são de difícil acesso, então, a gente leva. O médico faz atendimento lá tipo, estilo caravana, aí vai o médico, vai o técnico, leva vacina, médico, teste rápido e a gente geralmente também coleta do preventivo (GM_APS).

nossa cobertura está muito baixa, muito, muito, muito baixa, a cobertura de HPV. Eu diria que, poderia ser a escola, entendeu, tipo assim, a escola assim que eu falo, a questão da malha viária da zona rural, entendeu. Mas aqui na cidade não tem, não tem dificuldade não. Pode ser que a dificuldade esteja na informação a população. Pode ser que necessite que a mãe, que a família tenha maior conhecimento a respeito da importância da vacina, né. Mas assim, tem vacina disponível em todas as salas, e a nossa cobertura está baixa, muito baixa (GM_APS).

Os indicadores de estrutura da dimensão assistencial, disponíveis nas Tabelas 3 e 4, apresentam um cenário que demonstra a fragilidade dos cuidados ofertados, uma vez que, apenas 60% das equipes estavam adequadas quanto à disponibilidade de recursos materiais para realização do citopatológico e 60% adequadas quanto ao uso de protocolos na assistência ao controle do CCU.

realização da coleta de preventivo nas unidades de Saúde da Família, a questão também do processo também de educação da população com relação a importância da prevenção. Mas a principal ação é a coleta de preventivo e também a questão do trabalho também de prevenção de DST. [...] as enfermeiras das unidades de saúde principalmente, desenvolvem no momento de coleta de preventivo também ações educativas, salas de espera com o tema voltado para prevenção do câncer de colo de útero (GM_APS).

orientações, palestras, realização da coleta, [...]às vezes, uma sala de espera, [...] se der alguma alteração acima da minha capacidade de enfermeira,

encaminha para essa médica e ela também faz colposcopia aqui no município também às vezes, tem a campanha nas localidades, mutirões [...] (PESF)

Tabela 8 - Proporção de adequação dos indicadores de estrutura, dimensão assistencial no Município B, no 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB. 2012 e 2017.

VARIÁVEIS	1º Ciclo (%)	3º Ciclo (%)
Recursos materiais *	40,0	60,0
Insumos *	0,0	100,0
Uso de protocolos **	0,0	60,0

Fonte: Projeto de Pesquisa “Análise de implantação do PMAQ no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017”. 2022.

Os indicadores de processo da dimensão assistencial apresentaram os menores percentuais de adequação e expressam baixa qualidade das ações de controle do CCU desenvolvidas pelas equipes de saúde. Principalmente as ações de rastreamento e detecção precoce que são fundamentais para a redução dos índices de morbimortalidade desse agravo estavam adequadas apenas em 20% das equipes.

Tabela 9 - Proporção de adequação dos indicadores de processo, dimensão assistencial no município B, no 1º e 3º ciclos do PMAQ-AB. 2012 e 2017.

VARIÁVEIS	1º Ciclo (%)	3º Ciclo (%)
Ações e estratégias para rastreamento e detecção precoce **	0,0	20,0
Seguimento do tratamento **	0,0	60,0

Fonte: Projeto de Pesquisa “Análise de implantação do PMAQ no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017”. 2022.

O acesso à atenção especializada é descrito como um desafio para o município que, além de dispor de poucas vagas para especialistas das áreas de saúde da mulher, é uma área endêmica de Doença de Chagas, o que demanda ainda maior necessidade de retaguarda da atenção especializada para atender as necessidades de saúde do seu território.

A gente tem o atendimento com a ginecologista. [...] quando a gente identificou alguma lesão, pré [...] algum NIC, lá no preventivo, aí é como eu falei, essas mulheres elas são encaminhadas para Barreiras, que é a nossa referência, CAM, o Centro de Atendimento à Mulher Barreiras. essa mulher, fazendo a biópsia, dando biópsia positiva, ela é referenciada para Salvador, no serviço de oncologia (GM_APS).

[E quais municípios são pactuados, somente barreiras? Os procedimentos?] Os procedimentos ambulatoriais é Barreiras. E cirúrgico, a gente pactuou com Cristópolis e Barreiras e Salvador (GM_APS).

Aqui na secretaria, agendamento (GM_APS).

Tem a dificuldade pelo seguinte: são só duas vagas/mês, para colposcopia. Então, às vezes, eu recebo muito resultado alterado de preventivo e aí, a mulher tem que esperar. Porque não tem vaga, A gente só tem duas vagas por mês para colpo e, às vezes, um ou duas para biopsia. Então, a gente tem dificuldade com relação ao número de vaga, é muito pouco (GM_APS).

Na sua opinião, quantidade de procedimentos pactuadas é suficiente? Você comentou né, para atender a demanda do seu município? Por quê?

R: Não. Geralmente porque pelo valor de incentivo financeiro, que é muito baixo, é preço de tabela SUS e, a população também que eles fizeram cálculo para esse repasse de recurso defasado. Então, a população logo aumenta e não dá, por conta disso e por conta também pelo crescimento populacional, pelo custo financeiro que é destinado ser pouco, por ser preço de tabela SUS pela mudança de perfil da população com relação às comorbidades, com relação às doenças afetadas, entendeu. Então assim, hoje, o meu problema, fora as doenças sazonais que a gente enfrenta, hoje o meu grande problema aqui se chama dengue. Então, existe, cresce em determinados meses do ano, cresce a necessidade de eu fazer exames laboratoriais de rotina, até para descartar também outros agravos e, eu não tenho essa disponibilidade, entendeu. Fora isso, a característica epidemiológica da população, nós somos uma população, que a gente está em zona endêmica para Chagas, nós temos muitos pacientes de Chagas, temos muitos pacientes com mega esôfago, mega cólon, muitos pacientes com doenças chagásica cardíaca, doença cardíaca chagásica, e a gente não tem gastroenterologista, a gente tem um cardiologista/mês, a gente não consegue atender, sabe. A gente não consegue atender essa população, a gente não consegue. Então, a gente não consegue dar continuidade, entendeu. Assim, ao atendimento, então, por “n” motivos, pela falta de recursos, pelo crescimento da população, pelo perfil da população (GM_APS).

Para o acesso à alta complexidade o papel de regulação e contato é desempenhado pela secretaria municipal de saúde e coordenação de AB. Persiste o relato de dificuldade de acesso às vagas apesar da pactuação via PPI apesar da facilidade de comunicação virtual entre os profissionais de saúde envolvidos, facilitando o acesso em alguns momentos.

Geralmente, quando a paciente já chega com biópsia positiva, diagnóstico fechado de CA, a gente não tem dificuldade nenhuma. A gente envia, encaminha, o resultado da biópsia junto com os documentos pessoais da paciente para Comissão de Oncologia do município de Salvador, a gente encaminha por e-mail, e geralmente, um dia, dois dias elas já estão respondendo, com o período de uma semana para consulta, já a primeira consulta, (GM_APS).

A gente tem casa de apoio em Salvador (GM_APS).

geralmente, a gente tem contato com as pessoas responsáveis pelo setor. Então assim, eu já sei se eu precisar falar de uma paciente minha no CAM, eu tenho o contato da enfermeira responsável. [...] a facilidade é isso, porque a gente já conhece os responsáveis pelo setor e a gente tem o telefone pessoal dessas pessoas e a gente consegue conversar (GM_APS).

[Quais os meios ou instrumentos utilizados pelos profissionais para se comunicarem e trocarem informações entre os níveis de atenção? Prontuários ou registro eletrônico, telefone, e-mail...]

R: E-mail, ficha de encaminhamento, telefone, WhatsApp. A gente fala demais pelo Zap. É..., mais, principalmente e-mail, e-mail e telefone (GM_APS).

quem entra mais em contato com a gente é a própria secretaria de saúde. A secretaria de saúde é quem mais acompanha essas pacientes. Porque, o serviço social lá de Salvador, por exemplo, costuma entrar em contato mais é com a secretaria municipal de saúde. E aí, eles entram em contato com a unidade de saúde responsável pela aquela paciente (GM_APS).

Há uma diferença considerável na forma como os indicadores relacionados ao programa de controle do CCU aparecem nos Planos Municipais de Saúde avaliados. O PMS 2017/2021 apresenta os indicadores e metas pactuados no SISPACTO e, dentre eles, o décimo primeiro propõe Razão de exames citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa Etária (meta Estadual 0,40 para 2017). Dentre a metas do PMS aparece o fortalecimento da AB por meio da ampliação da cobertura da ESF, reforma de unidades e melhorias na estrutura física; implantação de um núcleo de EPS e de equipe de apoio institucional (PMS 2014/2017). Esta última demanda aparece também no PMS 2018/2021, dentro das metas propostas para implementação de AB resolutiva.

No entanto, os indicadores relacionados as ações de cuidado à saúde da mulher, estão melhor qualificados no PMS 2018/2021, que incorpora o indicador de cobertura de citopatológico em mulheres da faixa etária preconizada pelo MS como uma das metas a serem alcançadas. Ainda, propõe que o CCU esteja dentre os temas a serem abordados nas ações de educação em saúde a serem realizadas nas Unidades de Saúde. Enquanto no PMS 2014/2017, é citada a elaboração de protocolos do SISCOLO, e é estabelecida como meta a realização de citopatológico em todas as adolescentes atendidas nas Unidades de Saúde do município, sem discriminação de faixa etária, contrariando as normativas adotadas pelo MS.

Uma questão a ser considerada é a diferença da qualidade técnica entre o PMS 2014/2017 para aquele de 2018/2021, mesmo em características de editoração do documento. O PMS 2018/2021, apresenta algumas informações que apenas foram repetidas do documento anterior,

no entanto há maior qualidade da editoração bem como maior qualificação das informações e apresentação de tabelas e gráficos dos resultados dos indicadores de morbimortalidade do município.

Figura 7 - Plano municipal de saúde 2014/2017. Município B. 2022.

Projeto	Objetivos	Diretrizes	Metas	Responsáveis	2014	2015	2016	2017
Implantar política de Atenção à Saúde da Mulher	Promover atenção à saúde da mulher e reduzir a morbimortalidade decorrente de doenças e agravos prevalentes.	Capacitar e atualizar os profissionais de saúde em pré natal e parto, puerpério, aborto. Planejamento familiar e abordagem sindrômica; <u>Aumentar</u> a cobertura de consultas (7 consultas); Ampliar a captação precoce das gestantes e cadastrá-las no SISPRENATAL WEB no primeiro trimestre;	100% de profissionais envolvidos na assistência à mulher; 80% das gestantes com 07 ou mais consultas de pré-natal. Cobertura de 100% de exames de VDRL/HIV nas gestantes.	SMS Coordenação de Atenção Básica	x	x	x	x
		Elaborar protocolos: pré-natal, puerpério, planejamento familiar, SISCOLO e SISMAMA; Diminuir a incidência e prevalência de DST/AIDS na mulher e garantir VDRL/HIV para todas as mulheres no 1º e 3º trimestre.						

Fonte: Documentos disponibilizados pelo município.

Figura 8 - Plano Municipal de Saúde 2014/2017, SMS-Município B. 2022.

Projeto	Objetivos	Diretrizes	Metas	Responsáveis	2014	2015	2016	2017
Implantar política de atenção integral à saúde do Adolescente	Melhorar a assistência de Saúde ao adolescente.	Capacitar os profissionais de saúde para atender com qualidade as necessidades dos adolescentes; garantir a assistência a adolescente no pré-natal de risco; garantir assistência aos adolescentes vítimas de violência sexual; garantir a realização de coletas para citologia as adolescentes que tem vida sexual ativa.	Capacitação 100% dos profissionais; Garantir 100% de atendimento às vítimas de atendimento; <u>realizar exames citopatológicos de 100% das adolescentes captadas.</u>	SMS; Coordenação de Atenção Básica; ESF	x	x	x	x

Fonte: Documentos disponibilizados pelo município.

6. DISCUSSÃO

Os municípios estudados apresentaram melhoria na qualidade do controle de CCU na APS no período compreendido entre o 1º e o 3º ciclos de avaliação externa do PMAQ, mas isso foi mais evidente no município A. Ainda que para ambos os municípios houvesse melhoria nos indicadores assistenciais de processo entre o 1º e 3º ciclo, no município B apenas 20% das equipes avaliadas no 3º ciclo realizavam adequadamente ações e estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce e, 60% das equipes avaliadas realizavam adequadamente o monitoramento de mulheres encaminhadas para atendimento em outros níveis de atenção.

Observou-se que ambos os municípios apresentaram resultados semelhantes com baixo percentual de adequação dos indicadores de estrutura da dimensão gerencial no 1º ciclo. No entanto, no 3º ciclo ao passo que o município A apresentasse melhora considerável da adequação dos indicadores, o município B permaneceu com baixos índices.

Para ambos os municípios houve considerável melhora na adequação do indicador de disponibilidade de insumos para realização da coleta do citopatológico, sendo que no primeiro ciclo todas as equipes avaliadas foram consideradas inadequadas, enquanto no 3º ciclo, estavam adequadas 85,7% do município A e todas as equipes do município B.

Estudos que avaliaram a qualidade do controle do CCU a partir dos resultados do primeiro ciclo do PMAQ demonstraram baixo percentual de adequação de estrutura e processo entre as equipes avaliadas, principalmente nas regiões norte e nordeste (TOMASI *et al*, 2005; BARCELOS *et al*, 2017). Apenas 49% dos serviços de saúde tinham todos os insumos necessários para a realização do citopatológico e somente 30% das equipes realizavam todas as ações previstas para controle do CCU, sendo consideradas adequadas (TOMASI *et al*, 2015).

Apesar de ainda não haver produções científicas que sistematizem os resultados do terceiro ciclo do PMAQ-AB quanto as ações e controle de CCU, sabe-se que neste último ciclo, a quase totalidade das equipes avaliadas (97,7%) possuíam todos os insumos necessários para realização do citopatológico, individualmente (THUMÉ *et al*, 2021). No entanto, considerando as disparidades regionais e outras condições contextuais que podem reverberar nos resultados da avaliação, é necessário aguardar a produção e divulgação de resultados desagregados, uma vez que temos dados como o baixo percentual de realização de citopatológico nos últimos 6 a 24 meses dentre as usuárias entrevistadas nos três ciclos – para o conjunto das equipes avaliadas –, que carecem de melhor investigação (THUMÉ *et al*, 2021).

Em 2019, no mesmo período da coleta de dados deste estudo, Anjos *et al*, (2021) realizaram um estudo de avaliação da adequação do monitoramento das ações de controle do

CCU nos dezenove municípios que compõem a região de saúde de Vitória da Conquista na Bahia, quatorze deles com menos de 20 mil habitantes. Foram entrevistados profissionais de EqSF, independente de adesão da equipe ao PMAQ e foram investigados indicadores de qualidade semelhantes aos utilizados neste estudo. Os achados do estudo de Anjos *et al*, (2021) também observaram um baixo percentual de profissionais que realizavam o monitoramento adequado das ações de controle do CCU (51,9% dos entrevistados) e estatisticamente estavam positivamente associados ao monitoramento adequado, atuar há mais de dois anos na equipe, ser servidor estatutário, possuir pós-graduação e dispor de infraestrutura adequada para realização do citopatológico.

Neste estudo foi observado que enfermeiras e ACS foram identificados como os profissionais da EqSF mais diretamente envolvidos na realização das ações de controle do CCU. Destaca-se a atuação do ACS no monitoramento das usuárias. Uma vez que o encaminhamento da mulher a outros níveis de atenção por vezes é realizado pela secretaria municipal de saúde, a visita domiciliar do ACS tem sido, por vezes, a principal fonte de informações sobre a usuária à equipe.

Os achados de Fernandes *et al*, (2021) e Galvão *et al*, (2019) convergem com esse resultado observando que enfermeiros e ACS são os principais profissionais da equipe de saúde envolvidos na realização das ações de controle do CCU. Em particular, o ACS era o responsável pela busca ativa das usuárias.

Neste estudo, em ambos os municípios as coordenadoras da APS eram enfermeiras. No município A, a apoiadora institucional, também enfermeira, envolvia-se diretamente na condução de casos de CCU principalmente aqueles em que a paciente necessitava de encaminhamento a outros níveis de atenção. Percebe-se que a atuação da enfermagem na condução das ações e serviços de APS em âmbito municipal não se restringe a assistência direta, mas se estende também à gestão e coordenação das EqSF.

Segundo Tomasi *et al*, (2021) os enfermeiros são os principais respondentes do módulo de AE nos três ciclos sendo delegada a ele a autoridade para informar sobre o processo de trabalho da equipe (GALAVOTE *et al*, 2016).

Deve se considerar que nos currículos de graduação desses profissionais a ênfase em disciplinas do campo gerencial podem qualificar de maneira generalista o exercício de atribuições de coordenação/gestão, e, mesmo que a formação ainda esteja fortemente ancorada no modelo flexneriano de fragmentação de disciplinas básicas e profissionalizantes há uma ênfase do currículo na Atenção Básica (MAGNAGO; PIERANTONI, 2020).

Tanto no município A quanto no município B, os entrevistados identificaram a realização da coleta de citopatológico e a educação em saúde com as mulheres como ações de controle do CCU sobre responsabilidade das EqSF. A principal estratégia de educação em saúde era a sala de espera, geralmente vinculada ao momento dos atendimentos clínicos. No entanto, a vacinação contra HPV bem como a distribuição de preservativo e as ações de promoção de saúde não foram identificadas como parte do programa de controle do CCU, sendo referidas apenas quando induzidas pelo roteiro de entrevistas, sem, no entanto, evidenciá-las como parte das ações de controle do câncer.

De fato, a realização do exame citopatológico é a principal estratégia de diagnóstico precoce do CCU, e apesar de ser uma tecnologia de baixo custo e fácil execução, a região nordeste ainda apresenta um menor percentual de mulheres que realizaram citopatológico nos últimos três anos (75,1%, segundo a PNS) quando comparado às demais regiões (OLIVEIRA *et al*, 2018). Segundo Ribeiro e Silva (2018) há um *déficit* de -59,5% de citopatológico para essa região. Converte com esse resultado o observado por Dias *et al*, (2022) que observaram que o Nordeste está entre as três regiões com menor razão de exames por mulher (1,61) no período de 2007 a 2013, com tendência estacionária de captação de novas mulheres ao longo dos anos avaliados (DIAS *et al*, 2022).

Neste estudo foi possível observar que há fragilidades nos mecanismos de captação de mulheres e ausência de estratégias efetivas de ampliação do acesso – foi citada apenas a realização de mutirões, principalmente no mês conhecido por “outubro Rosa” – o que pode levar a um conseqüente excesso de rastreamento num grupo de mulheres que já tem acessado aos serviços de saúde, uma fragilidade desse modelo de rastreamento oportunístico, ainda predominante no Brasil (LOPES; RIBEIRO, 2019).

Ao avaliar a cobertura do citopatológico ainda que seja necessário considerar que há mulheres que optam por realizar o exame preventivo em serviços da rede particular com desembolso direto (*out-of-pocket*), é importante considerar também que há maior ocorrência de falta de acesso ao exame, menor cobertura ou exame em atraso e falta de informações sobre o preventivo em municípios com menor IDH e entre mulheres em situações de maior vulnerabilidade social (TOMASI *et al*, 2005; BARCELOS *et al*, 2017; SILVA *et al*, 2020), perfil semelhante aos municípios investigados neste estudo.

No município B, foi relatado ainda a dificuldade de acesso da população de zona rural ao exame preventivo, achado também observado nos estudos produzidos por Anjos *et al*, (2021), Fernandes *et al*, (2021) e Galvão *et al* (2019) em que as mulheres residentes na zona rural

possuíam maiores dificuldades de deslocamento para realização do exame e também para marcação de consultas. Disparidades socioeconômicas e demográficas tem se mostrado importantes condicionantes da qualidade das ações de rastreamento e diagnóstico precoce do CCU (RIBEIRO; LOPES, 2019; TOMASI *et al*, 2015; BARCELOS *et al*, 2017).

Outros desafios para a realização das ações de controle do CCU identificadas nos Municípios A e B foram: dificuldade de realização do citopatológico principalmente na zona rural; insuficiência de vagas de média e alta complexidade; distância dos municípios onde estão os serviços de referência; insuficiência de recursos para contratação de pessoal e melhor estruturação das unidades de saúde.

O estudo qualitativo produzido por Fernandes *et al*, (2021) em uma região de saúde da Bahia, encontrou resultados semelhantes aos deste estudo quanto às ações de controle do CCU quais sejam: realização de triagem na secretaria municipal de saúde antes do resultado ser encaminhado à equipe; dificuldade de encaminhamento e acesso ao atendimento especializado; insuficiência técnica e financeira dos municípios de pequeno porte.

Ao investigar a qualidade da atenção à saúde em âmbito municipal é preciso não se deter apenas às condições socioeconômicas locais, mas, considerar também as implicações da regionalização da saúde e a posição do município de pequeno porte na rede de atenção à saúde. Os municípios com menos de 20 mil habitantes representam mais de 73% dos 5.570 municípios brasileiros, e no jogo da política regional de saúde o município de pequeno porte, é quem parece deter menor quantidade de variáveis de controle do jogo e, portanto, menor governabilidade (recursos financeiros, menor capacidade técnica, dentre outros) (CECÍLIO; REIS, 2018).

Kovacs *et al*, (2021) analisaram os resultados da avaliação externa de equipes que participaram dos três ciclos do PMAQ-AB buscando compreender o papel das desigualdades sociais na qualidade da APS. Os resultados obtidos mostraram que ao longo do tempo, as desigualdades socioeconômicas reduziram de modo que enquanto no primeiro ciclo, regiões com melhor condições socioeconômicas obtiveram melhores resultados no programa, no terceiro ciclo, regiões menos favorecidas já não apresentavam um desempenho tão ruim. Outro achado importante deste estudo é que estatisticamente “os municípios foram responsáveis por cerca de metade da variação nos escores do PMAQ, sugerindo que os fatores do município são importantes determinantes do desempenho das equipes de saúde da família” (KOVACS *et al*, 2021).

Ainda que a PPI e outras normativas orientem a regionalização da saúde, ela não se mostrou efetiva nos municípios investigados, não sendo cumprida, conforme relatado por entrevistados, principalmente do município A.

Além do mais, é preciso considerar, como afirmou a coordenadora da AB do Município B, que há outros agravos de relevância epidemiológica para os municípios que se agravam em determinados períodos, como a dengue, e ainda os agravos endêmicos da região, que demandam retaguarda especializada – seja de procedimentos diagnósticos ou atendimento clínico – que por vezes acentuam ainda mais as fragilidades do sistema local de saúde.

Assim, apesar dos mecanismos formais de pactuação da rede regionalizada, o não cumprimento dos pactos, leva os municípios a criarem “rotas alternativas de acesso” uma vez que os profissionais relatam insuficiência de vagas e longo tempo de espera por consultas especializadas e procedimentos.

As casas de apoio, assim chamadas as residências que os municípios mantem em outras cidades, principalmente de maior porte, visam dar suporte aos pacientes que farão atendimentos principalmente de longo prazo nestes outros municípios. No entanto, acabam também por possibilitar outras formas de acesso aos serviços de saúde, mais ágeis, no entanto, fora dos mecanismos formais de pactuação regional.

Os desafios do acesso aos serviços especializados de uma LC numa rede regionalizada precisam considerar a “desvantagem” em que se encontra o município de pequeno porte que, geograficamente distante dos grandes centros, ainda dispõe de poucas variáveis de barganha na PPI, chega a institucionalizar “rotas informais de acesso”. No caso do Município A, há a atribuição de uma “marcadora” que é responsável por agendar os atendimentos diretamente nos hospitais de Salvador, com quem o município é pactuado para os serviços de média e alta complexidade. Fica evidente inclusive que a obtenção das vagas se dá por influência de relações pessoais da marcadora com os profissionais que atuam nos serviços.

Foi possível observar que algumas fragilidades do desenvolvimento das ações de controle de CCU no município de pequeno porte são melhor enfrentadas quando a equipe dispõe de maior capacidade de governo. O município A, que apresentou os melhores indicadores de qualidade, dispunha de uma capacidade de governo mais robusta quanto ao perfil dos profissionais, evidenciada pela estabilidade funcional, experiência anterior em APS e formação complementar em saúde coletiva dos entrevistados, ao lado do desenvolvimento regular de ações de apoio institucional às equipes de Saúde da Família.

No município A os profissionais possuíam curso de pós-graduação e exceto uma profissional, todos eles em área de saúde coletiva e/ou APS. A qualificação profissional no campo da saúde coletiva fornece conhecimentos necessários para a compreensão do contexto político e social em que as práticas de saúde são desenvolvidas. Na APS a necessidade de uma boa prática clínica é tão importante quanto a compreensão do adequado funcionamento de rede de serviços bem como do julgamento clínico ao utilizar protocolos e diretrizes clínicas.

O trabalho na APS pressupõe o uso de ferramentas de diferentes campos científicos que vão desde a compreensão dos determinantes sociais de saúde e doença, passando por adequada utilização do conhecimento do núcleo, de modo que se consiga efetividade no cuidado às condições sensíveis à APS, até a habilidade de negociar nas “brechas” da estrutura burocrática do sistema para garantir acesso em um cenário onde há “nós” que impedem o fluxo do usuário pela rede de atenção à saúde.

No município A foi observada maior consistência no desenvolvimento de ações de EPS e apoio institucional, no entanto, ambos os municípios compreendem equivocadamente a EPS como realização de palestras para os profissionais, geralmente aqueles de nível superior, sob responsabilidade da gestão da AB. Uma alternativa proposta pela apoiadora do município A diz respeito a integração ensino-serviço como uma diretriz do SUS mas também como possibilidade de enfrentamento da baixa qualificação da equipe em alguns municípios de pequeno porte, que, por vezes, sequer dispõem de pessoal com qualificação para formar em serviço outros profissionais.

Ambos os municípios relatam a utilização dos indicadores propostos pelo PMAQ em encontros periódicos de avaliação com as equipes de saúde. No município A é relatada a ocorrência de oficinas de monitoramento e avaliação realizadas trimestralmente com todas as equipes da ESF. E no município B, a discussão de indicadores é tema permanente das reuniões mensais realizadas com as equipes.

Esses achados convergem com os resultados de Silva *et al*, (2021) que ao analisar os dados da AE do 3º ciclo do PMAQ observou que as ações das EqSF voltadas ao planejamento com maiores proporções foram: reunião de equipe (95,2%), periodicidade de reunião mensal (42,2%), monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde (87,6%) e realização de processo de autoavaliação (87,2%).

É importante que a gestão e os trabalhadores compreendam o contexto socioeconômico e epidemiológico de seu território para não restringir o monitoramento e avaliação apenas ao alcance das metas pactuadas no âmbito federal (MASSUDA, 2020).

Ainda assim, não se pode negar que o PMAQ contribuiu com a qualificação e fortalecimento da APS a medida em que as metas pactuadas na contratualização se configuravam em um padrão mínimo esperado para seu adequado funcionamento. Porém, o alcance de tais metas, bem como o êxito das mudanças que poderiam ser induzidas pelo PMAQ, demanda envolvimento de trabalhadores e gestores principalmente no que diz respeito a mudanças no processo de trabalho.

Vieira-Meyer *et al*, (2020) analisando os dados do 1º e 2º ciclos do PMAQ em municípios do Ceará observaram melhorias nos indicadores de processo, e relacionaram tais achados à importância do apoio da gestão municipal na qualificação da ESF. Neste estado, as maiores variações dos indicadores compostos avaliados ocorreram nos municípios de menor porte em que, conseqüentemente a “implementação do PMAQ-AB exigiu maior protagonismo de gestores e trabalhadores na reestruturação das unidades básicas de saúde e nos processos de trabalho na ESF do que tradicionalmente ocorria nos estados brasileiros” (VIEIRA-MEYER *et al*, 2020).

Assim, neste estudo percebemos que as ações de AI desempenhadas principalmente pela gestão e, na fala dos entrevistados, induzidas pelo PMAQ, demonstraram ser importantes para melhorar a qualidade do cuidado à medida em que produziram certa aproximação entre a gestão e os profissionais que estavam na assistência, ainda que, conforme se observou nas entrevistas, em alguns momentos, o apoio parecia assumir uma certa nuance de cobrança do trabalhador.

Silva *et al*, (2021) analisaram dados do 3º ciclo do PMAQ, em que 97,89% das equipes do nordeste aderiram ao programa, observando que um grande percentual das equipes relatou receber apoio da gestão municipal 91,2% (IC95%: 90,7-91,6). Em sua perspectiva “o planejamento e o apoio da gestão são marcos importantes na organização dos serviços de saúde” e somado a um certo diagnóstico situacional, planejamento e apoio institucional, pode desmistificar o caráter punitivo da avaliação externa.

A questão da sobrecarga do trabalho da gestão, foi destaque nos dois municípios, ao assumir as atribuições de apoiador sem estar formalmente nessa função. Nos dois municípios a participação da gestão no acompanhamento dos casos, principalmente aqueles que demandaram encaminhamento a outros níveis de atenção ocorria de maneira mais direta,

Isso pode, em alguma medida desresponsabilizar a equipe de referência do caso, ainda que houvesse comunicação entre a gestão e a equipe, que passava então a monitorar a paciente principalmente por meio da visita domiciliar do ACS, ao que parecia, principalmente com foco

na obtenção de informações e não necessariamente em um acompanhamento integral das condições de saúde da usuária.

A fragilidade orçamentária dos municípios de pequeno porte e consequente subfinanciamento do sistema municipal de saúde foi relatada pelos entrevistados dos dois municípios investigados. Em sua percepção, isso resultava em dificuldade de contratação de profissionais e baixo investimento na melhoria da estrutura física das Unidades de Saúde.

O sub-financiamento se constitui um traço estrutural do SUS (MARQUES, 2017), assim também, o financiamento da ESF com recursos municipais pode ser instável, ao considerar a escassez do recurso municipal ao longo do tempo e as históricas limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal (MENDES; MARQUES, 2014).

Gool *et al*, (2021) avaliaram alguns indicadores de desempenho para compreender se, o investimento na APS melhora o desempenho do sistema de saúde. Foram encontrados resultados estatisticamente significativos no desempenho geral da atenção primária no rastreamento do câncer do colo do útero e do câncer de mama sendo os únicos indicadores que demonstraram melhor desempenho quando recebiam maior investimento (GOOL *et al*, 2021).

Ainda que haja críticas pertinentes ao modelo da administração pública brasileira e especificamente no setor saúde à centralização de ações e recursos no âmbito federal, é preciso considerar a importância de programas federais na “complementação” do custeio das ações que estão sob responsabilidade sanitária dos municípios. Essa participação do Ministério da Saúde é importante para induzir financeiramente o direcionamento da política de saúde no país, no entanto, pode também ser questionada sobre a ótica de uma normalização e homogeneização que desconsidera necessidades locais (CECÍLIO; REIS, 2018).

Num contexto de extrema “politização” das ações de saúde como ocorre nos municípios de pequeno porte principalmente, com a escassez de recursos, muitas vezes as ações priorizadas pelo gestor municipal não tem seu foco na APS, que, por um lado oferece pouca ou nenhuma influência sobre os usuários se comparada às repercussões do investimento em tecnologias de alta densidade. E, por outro lado, utiliza-se da ESF como espaço de barganha de cargos públicos por apoio político.

Há um “ciclo” de baixo financiamento-vínculos trabalhistas mais flexíveis-menor remuneração-dificuldade de fixação dos profissionais-alta rotatividade de profissionais que resulta em dificuldade de qualificação, fragilização de vínculo e quebra de longitudinalidade que são fundamentais para o trabalho da APS.

Ainda que a expansão e qualificação da APS em território nacional seja algo constatado, isso não ocorreu de maneira uniforme pelo país, e há ainda regiões com maiores fragilidades no sistema municipal de saúde que se agravaram após as mudanças econômicas e políticas ocorridas no país nos últimos anos (MASSUDA, 2020; MENDES; MARQUES, 2014).

O novo modelo de financiamento da APS somado a persistência de medidas de austeridade fiscal anteriormente adotadas podem agravar o sub-financiamento da saúde uma vez que a avaliação de desempenho e a captação de clientela tem sido utilizada como critérios para cálculo de transferência intergovernamentais ao invés do modelo anterior de financiamento *per capita*. Assim, perde-se de vista o princípio de universalidade em detrimento de um financiamento restrito a população cadastrada, o que pode, inclusive, induzir as equipes a não realizarem cadastro de usuários que demandem tratamentos mais honerosos (MASSUDA, 2020).

7. CONCLUSÃO

A qualidade da atenção à saúde no SUS e especificamente a qualificação e fortalecimento da APS tem sido alvo de políticas de saúde, investimento de recursos públicos e de exaustiva produção científica e mobilização de setores da sociedade civil e acadêmica.

Ao propor analisar a qualidade do cuidado ofertado a um agravo de elevada importância social como o câncer de colo do útero, esperava-se não apenas expor um retrato da adequação ou inadequação do programa, mas, ao olhar nas miudezas do trabalho em saúde nos municípios, produzir conhecimento relevante a pesquisadores e trabalhadores do SUS que lidam cotidianamente com os desafios de construir um sistema universal num país tão desigual.

Os achados deste estudo convergem com os resultados de outras pesquisas e busca inovar ao propor um desenho metodológico que permitiu cotejar elementos quantitativos de um programa nacional de avaliação da APS e a percepção de gestores e profissionais envolvidos no desenvolvimento das ações de controle do CCU no âmbito municipal, principal cenário para efetivação de estratégias de rastreamento e detecção precoce que tem demonstrado reduzir consideravelmente os índices de morbimortalidade desse agravo.

Assim, foi possível perceber a importância da capacidade de governo para a qualificação as ações da APS, principalmente para lidar com as limitações do sistema de saúde de um município de pequeno porte. Ainda que apresentando características sociodemográficas semelhantes, o município em que foi observada mais consistência da capacidade de governo, foi também aquele em que os indicadores de qualidade apresentaram melhorias e demonstraram maior integridade ao longo do tempo, uma vez que as entrevistas deste estudo foram realizadas um ano após a presença de entrevistadores da avaliação externa do PMAQ.

É necessário ponderar que uma limitação desse formato metodológico é que ele não comporta generalizações indiscriminadas a outros contextos, uma vez que seu intuito é produzir conhecimento em profundidade sobre o tema investigado, de modo a fornecer maiores explicações para os achados.

Por fim, cabe reiterar que a descontinuidade do PMAQ-AB em 2019 representou em alguma medida o retrocesso do processo de institucionalização da avaliação em saúde no SUS ainda assim, este estudo almeja produzir conhecimento que valide a importância do PMAQ-AB para a melhoria do acesso e da qualidade da APS e seus resultados que tem demonstrado incidir sobre iniquidades sociais que reverberam na estrutura dos serviços de saúde e nos processos de trabalho das mais de quatro mil equipes de saúde da família que atuam nos municípios de pequeno porte nordeste.

8. REFERÊNCIAS

- AGUILAR, R.P.; SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 359-379, 2015.
- ANJOS, E. F. *et al.* Monitoramento das ações de controle do câncer cervicouterino e fatores associados. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021.
- BARBOSA, D.C.; LIMA, E.C. Compreensão das mulheres sobre o câncer de colo do útero e suas formas de prevenção em um município do interior da Bahia, Brasil. **Revista de APS**, v. 19, n. 4, 2016.
- BARCELOS, M.R.B. *et al.* Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 67, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1977
- BORJA-ABURTO, V.H. *et al.* Evaluation of the impact on non-communicable chronic diseases of a major integrated primary health care program in Mexico. **Family practice**, v. 33, n. 3, p. 219-225, 2016.
- BRASIL. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2013. 124 p. Disponível em:
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.**
- 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, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CECILIO, L.C.O; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, p. e00056917, 2018.
- CHAMPAGNE F. *et al.* A apreciação normativa. in: BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. In: Avaliação: conceitos e métodos. 2011. p. 77-94.
- COHEN, Paul A. *et al.* Cervical cancer. **The Lancet**, v. 393, n. 10167, p. 169-182, 2019.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e

métodos. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**, 1997.

DAMACENA, A.M.; LUZ, L.L.; MATTOS, I.E. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 71-80, 2017.

DESLANDES, S.F. Metodologias Qualitativas nas Pesquisas de Avaliação: vertentes, contribuições e desafios. **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**, p. 193, 2015.

DIAS, M.B.K. *et al.* Rastreamento do Câncer do Colo do Útero em Mulheres de 25 a 64 anos: Indicadores do Primeiro Exame Citopatológico Informado no SiscoLo, 2007-2013. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 1, 2022.

EUN, T.J.; PERKINS, R.B. Screening for Cervical Cancer. **Medical Clinics**, v. 104, n. 6, p. 1063-1078, 2020.

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**, v. 38, p. 13-33, 2014.

FERNANDES, N.F.S. *et al.* Desafios para prevenção e tratamento do câncer cervicouterino no interior do Nordeste. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, 2021.

GALAVOTE, H.S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, p. 90-98, 2016.

GALVÃO, J.R. *et al.* Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290404, 2019.

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

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019a. 120 p.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Inca, 2019b. 32 p.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Viva Mulher 20 anos: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos**. Rio de Janeiro: Inca, 2018. 86p.;

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) **Falando sobre câncer do colo do útero**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. 59 págs.

KOVACS, R. *et al.* Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 3, p. e331-e339, 2021.

LOPES, V.A.S.; RIBEIRO, J.M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3431-3442, 2019.

LUZ, L.A. **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil** dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva UFBA; 2016.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C.R. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 15-24, 2019.

MARLOW, L.; WALLER, J. The changing landscape of cervical screening—What does the future hold for primary care?. **European journal of cancer care**, v. 26, n. 3, p. e12693, 2017.

MASCARENHAS, M.S. *et al.* Conhecimentos e Práticas de Usuárias da Atenção Primária à Saúde sobre o Controle do Câncer do Colo do Útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 3, 2020.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MATUS, C. Política, planejamento & governo. In: **Política, planejamento & governo**. 1993. p. 591.

NAVARRO, C. *et al.* Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 17, 2015.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180014, 2018.

OPAS. **Controle integral do câncer do colo do útero**. Guia de práticas essenciais. Washington, DC. 2016.

RIBEIRO, C.M. *et al.* Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00183118, 2019.

RIBEIRO, C.M.; SILVA, G.A. Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde do Brasil em 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e20172124, 2018.

ROCHA, T.A.H. *et al.* Primary health care and cervical cancer mortality rates in Brazil: a longitudinal ecological study. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2 Suppl, p. S24, 2017.

SILVA, K.S.B. *et al.* Prevenção do câncer do colo do útero: avanços para quem? Um retrato da iniquidade em estado da Região Nordeste. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 633-641, 2020.

SILVA, L.M.V. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. A, VIEIRA-DA SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, FIOCRUZ, 2005. p. 15-39.

SILVA, M.R.F. *et al.* Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 107-119, 2016.

SMALL JR, W. *et al.* Cervical cancer: a global health crisis. **Cancer**, v. 123, n. 13, p. 2404-2412, 2017.

THUMÉ, E. *et al.* Acesso e Qualidade em Ações de Saúde Prioritárias: Análise de Processos e Resultados na APS Brasileira de 2012 a 2018. In: FACHINI, L.A.; TOMASI, E. THUMÉ, E. **Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018**. São Leopoldo: Oikos, 2021. Cap VI, p. 131-153.

TOMASI, E. *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade—PMAQ. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 171-180, 2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2014.

VILASBÔAS A.L.Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal** tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2006.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

APÊNDICES

Apêndice A – Matriz de Indicadores da Qualidade

DIMENSÃO GERENCIAL					
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	CATEGORIA	PADRÃO DE QUALIDADE	JULGAMENTO
Estrutura Geral	Recursos Humanos	Gerente da unidade/equipe	-	Cada UBS deve possuir profissional que exerça a função de Gerente de unidade/equipe.	Adequada: com coordenador. Inadequada: sem coordenador
		Equipamentos de Informática	-	A UBS dispõe de equipamentos de informática, em condições de uso, com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades	Adequada: com pelo menos um de cada equipamento em condição de uso e acesso à internet. Inadequada: toda as demais situações
	Recursos Materiais	Ambientes administrativos e de apoio	Banheiro para funcionários	Existência de pelo menos 01 banheiro para funcionários	Adequada: Com todos os itens. Inadequado: Todas as demais situações
	Estrutura Física	Ambientes administrativos e de apoio Biossegurança	Recepção	Existência de pelo menos 01 área de recepção por UBS	Adequada: Com todos os itens. Inadequado: Todas as demais situações Adequada: Com todos os itens_ Inadequada: Todas as demais situações
			Sala de Espera	Existência de no mínimo 01 área/sala de espera	
			Sanitários para deficiente	Existência de no mínimo 01 sanitário para deficientes por UBS	
			Sanitários para usuários	Existência de 1 pelo menos sanitário para usuários	
			Sala de reuniões	Existência de 01 sala de reuniões e 1 sala de educação em saúde por UBS	
			Central de esterilização	Existência de 01 central de material de esterilização por UBS	
		Biossegurança Ambiência	Abrigo de resíduos sólidos (lixo contaminado, lixo hospitalar)	Existência de 01 abrigo de resíduos sólidos (expurgo) por UBS	Adequada: Com todos os itens_ Inadequada: Todas as demais situações
			Depósito de lixo SN	Existência de 01 depósito de lixo por UBS A UBS possui características de ambiência adequadas (acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos)	
	Acesso e Acessibilidade	Acessibilidade para portadores de necessidades especiais	A UBS deve possuir espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante.	Adequada: com todos os itens. Inadequada: todas as demais situações	
	Acesso e Acessibilidade	Sinalização Externa	A UBS apresenta algum tipo de identificação visual externa.	Adequada: com pelo menos uma forma de identificação externa. Inadequada: sem nenhuma forma	

		Sinalização das ações e serviços	A UBS disponibiliza aos usuários horário de funcionamento, escala dos profissionais, listagem das ações e ofertas de serviços da equipe e número da Ouvidoria.	Adequada: disponibiliza todos os itens; Inadequada: demais situações	
		Fluxos de comunicação	A gestão municipal dispõe de fluxos para os usuários entre os diversos pontos de atenção da RAS, e constitui canais de comunicação entre os profissionais da rede para a garantia de referência e a contrarreferência em tempo oportuno.	Adequada: dispor de fluxo de comunicação com a rede; Inadequada: não possuir fluxo de comunicação com a rede.	
	Protocolos de referência e fluxos	Sala de Curativo/ Procedimentos	Existência de 01 sala de curativo/ procedimentos por UBS	Adequada: dispor de todos os ambientes Inadequada: demais situações	
	Ambientes clínico assistências gerais da USF.		Sala de reuniões e sala de atividades educativas (BÁSICO)	Existência de 01 sala de reuniões e educação em saúde por UBS.	Adequada: dispor de todos os ambientes Inadequada: demais situações
			Sala de Vacina	Existência de 01 sala de vacina por UBS	
			Sala de observação	Existência de 01 sala de observação por UBS	

Apêndice B – Matriz de Indicadores da Qualidade

DIMENSÃO GERENCIAL				
Subdimensão	Componente	Critério	Padrão de qualidade	Julgamento
Processo Geral	Funcionamento da Unidade	Horário de funcionamento da UBS	As UBS devem funcionar com carga horária mínima de 40 horas semanais	Adequada: funcionar em dois turnos e no horário de almoço; Inadequada: todas as demais situações
	Central de Regulação	Integração com outros serviços	As equipes dispõem de instrumentos de integração dos serviços de saúde como central de regulação.	Adequado: Central de Regulação (CR) disponível com encaminhamento para marcação aos demais pontos de atenção. Inadequado: Não existir central de regulação.
	Educação Permanente	Participação em ações de educação permanente	As equipes participaram no último ano de ações de educação permanente (cursos de Educação a Distância (EAD) (cursos de atualização e/ou especialização, atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na AB como as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa, participação nos fóruns de discussão em Comunidade de Práticas, entre outras) estruturadas a partir das suas necessidades de aprendizado.	Adequado: Central de Regulação (CR) disponível com encaminhamento para marcação aos demais pontos de atenção. Inadequado: Não existir central de regulação.
		Protocolo de acolhimento a demanda espontânea	As equipes possuem protocolos de acolhimento.	

Apêndice C – Matriz de Indicadores da Qualidade

DIMENSÃO ASSISTENCIAL							
SUBDIMENSÃO - ESTRUTURA							
Componente	Critério	Padrão de qualidade	Variável 1º ciclo	Variável 3º ciclo	Padrão de qualidade	Referência	
Recursos materiais	Equipamentos para realização do Citopatológico	As unidades de saúde devem materiais/equipamentos para a realização do exame citopatológico e possuir no mínimo Dispor de pelo menos uma mesa para exame ginecológico com perneira e um foco de luz na Unidade de Saúde.	I.11.20 Mesa para exame ginecológico com perneira (Quanto em condições de uso?)	I.8.15 Geral. Quantas mesas para exame ginecológico com perneira em condições de uso?	Adequado: dispor de pelo menos uma mesa para exame ginecológico com perneira na Unidade de Saúde. Inadequado: não dispor de mesa para exame ginecológico com perneira na Unidade de Saúde.	Caderno de Atenção Básica nº 33	
			I.11.14 Foco de luz para exame ginecológico (Quanto em condições de uso?)	I.8.14 Geral. Quantos focos de luz para exame ginecológico em condições de uso?			Adequado: dispor de pelo menos um foco de luz na Unidade de Saúde. Inadequado: não dispor de foco de luz na Unidade de Saúde.
	Insumos para realização de Citopatológico			I.12.7 Espéculo descartável (Sempre disponível; Às vezes disponível; Nunca disponível)	I.12.15 Essencial. Há Espéculo descartável sempre disponível	Adequado: dispor de todos os insumos; Inadequado: não dispor de pelo menos um dos insumos.	Caderno de Atenção Básica nº 33
				I.12.10 Espátula de Ayres (Sempre disponível; Às vezes disponível; Nunca disponível)	I.12.16 Essencial. Há Espátula de Ayres sempre disponível		Caderno de Atenção Básica nº 33
				I.12.15 Lâmina de vidro com lado fosco (Sempre disponível; Às vezes disponível; Nunca disponível)	I.12.17 Essencial. Há Lâmina de vidro com lado fosco sempre disponível		Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2016)

			I.12.16 Porta-lâmina (Sempre disponível; Às vezes disponível; Nunca disponível)	I.12.18 Essencial. Há Porta-lâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina sempre disponível			
			I.12.13 Frasco plástico com tampa (Sempre disponível; Às vezes disponível; Nunca disponível)				
			I.12.12 Fixador de lâmina (Sempre disponível; Às vezes disponível; Nunca disponível)		I.12.19 Essencial. Há Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) sempre disponível		
			I.12.9 Escovinha endocervical (Sempre disponível; Às vezes disponível; Nunca disponível)		I.12.21 Essencial. Há Escovinha endocervical sempre disponível		
Instrumentos de registro e protocolos	Protocolo com definição das diretrizes terapêuticas para o CCU		II.17.4 A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para Câncer do colo do útero (Sim/Não)	II.14.5 Geral. A equipe utiliza protocolos para identificação precoce/rastreamento voltados para Câncer do colo do útero?	Adequado: dispor de Protocolo; Inadequado: não dispor de Protocolo;	Caderno de Atenção Básica nº 33 Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2016)	

Apêndice D – Matriz de Indicadores da Qualidade

DIMENSÃO ASSISTENCIAL					
SUBDIMENSÃO - PROCESSO					
Componente	Critério	Variável 1º ciclo	Variável 3º ciclo	Padrão de qualidade	REFERÊNCIA(S)
Detecção precoce	Oferta o exame citológico a todas as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que já iniciaram a vida sexual.	II.21.1 A equipe de atenção básica realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?	II.14.1 Essencial. A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?	Adequado: realizar citopatológico na USF e comprovar. Inadequado: realizar citopatológico e não comprovar ou não realizar citopatológico na USF.	Caderno de Atenção Básica nº 33 Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2016).
	Realização de busca ativa no território das mulheres elegíveis para realização do exame citopatológico.	II.21.1/1 Existe documento que comprove?	II.14.1/1 Essencial. Existe documento que comprove?		
	Índices de 80 % de cobertura do exame citopatológico na população feminina (WHO, 2008).	II.21.2 A equipe de atenção básica possui registro com o número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?	II.14.2 Geral. A equipe possui registro do número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?	Adequado: possuir registro e comprovar. Intermediário: declarar possuir registro e não comprovar Inadequado: não possuir registro.	
		II.21.2/1 Existe documento que comprove?	II.14.2/1 Geral. Existe documento que comprove?		
	Garantia de acesso à repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano.	II.21.3 A equipe de atenção básica possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados?	II.14.3. A equipe possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados?	Adequado: possuir registro e comprovar. Intermediário: declarar possuir registro e não comprovar Inadequado: não possuir registro.	
	Registro das mulheres com coleta atrasada do exame citopatológico.	II.21.3/1 Existe documento que comprove?	II.14.3/1. Existe documento que comprove?		
	Realização de busca ativa no território das mulheres com exame citopatológico atrasado.	II.32.5 Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada busca ativa no território de: (múltiplas respostas e algumas opções são: Mulheres elegíveis para realização do exame citopatológico/ Mulheres com coleta do exame citopatológico em atraso/ Mulheres com resultados do exame citopatológico alterado	II.14.6 Geral .A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: (múltiplas respostas e duas alternativas são: Citopatológico alterado / Citopatológico atrasado)	Adequado: realizar busca ativa; Inadequado: não realizar busca ativa.	
Realização de busca ativa dos casos de citologia alterada e encaminhamento ou realização da intervenção indicada para o caso.					
Reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional					

	para que a mulher possa mostrar o resultado do exame citopatológico.	II.21.5/1 A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame citopatológico?	II.14.8. A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame citopatológico?	Adequado: realizar estratégias de divulgação/sensibilização; Inadequado: não realizar estratégias de divulgação/sensibilização.	
Tratamento	Realização do seguimento de mulheres em tratamento. telefones e/ou e-mails.	II.21.4 A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado?	II.14.7. A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	Adequado: realizar seguimento Inadequado: não realizar seguimento	Caderno de Atenção Básica nº 33 Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2016).

Apêndice E – Roteiros de Entrevista com informantes-chave

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
CONDIÇÃO TRACADORA: Câncer do colo do útero Código: _____	
Entrevistador: _____ Iniciais do entrevistado: _____ Município: _____	
Data da entrevista: _____ / _____ / 2019 Horário início: _____ Horário término: _____	
[Campo destinado a Observações referentes ao Entrevistado]	
[Ao entrevistador]: Ao iniciar a gravação da entrevista falar: “Estamos iniciando essa entrevista com o Sr. “[iniciais do nome do entrevistado, cargo e instituição que trabalha]”.	
[Ao entrevistador]: “Essa entrevista está organizada em três partes. A primeira tratará sobre aspectos gerais relacionados a gestão do trabalho, apoio institucional e educação permanente. Na segunda parte, trataremos especificamente sobre o PMAQ. E por fim, conversaremos sobre as ações de controle do câncer do colo do útero desenvolvidas por sua equipe. Para iniciar conversaremos sobre a sua trajetória profissional.”	
BLOCO 1 – SUJEITO / CAPACIDADE DE GOVERNO	
1.1	Qual sua profissão?
1.2	Fale sobre sua formação profissional <ul style="list-style-type: none"> ➤ [Cursos de especialização, mestrado, doutorado indicando área temática]
1.3	Há quanto tempo o Sr. (a) atua na AB? Há quanto tempo o Sr. (a) atua nessa Equipe de Saúde da Família?
1.4	Qual é sua forma de contratação? Qual o seu tipo de vínculo?
1.5	Quais foram suas principais experiências profissionais antes de assumir o cargo atual?
1.6	Você participa ou já participou de algum movimento político ou associativo? Se sim, quais? <ul style="list-style-type: none"> ➤ [Sindicatos, associações, conselhos, movimento estudantil, entre outros]
PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL	
[Ao entrevistador]: “Nesse momento conversaremos sobre as atenção as ações de controle do câncer de colo do útero”.	
7.1.1	Quais ações são desenvolvidas pela sua equipe de Saúde da Família para o controle do Câncer de Colo do Útero? [Caso o entrevistado não fale sobre um dos tópicos abaixo, questionar: <ul style="list-style-type: none"> ➤ São realizadas ações de <u>promoção de saúde e prevenção</u>? Poderia comentar sobre elas: quais ações são realizadas? Qual a periodicidade? Quais profissionais envolvidos? ➤ Sua equipe de Saúde da Família realiza <u>ações educativas</u>? Poderia comentar sobre elas: quais ações são realizadas? Onde são realizadas? Qual a periodicidade? Quais profissionais envolvidos? ➤ Sua equipe de Saúde da Família desenvolve estratégias para <u>busca ativa de mulheres na faixa etária prioritária (25 a 64 anos) que não realizaram o preventivo ou que estão com exames atrasados</u>? Se sim, comente como é realizada. ➤ É feito <u>monitoramento das mulheres com resultado do preventivo alterado</u>? Se sim, comente: como é feito? É utilizado algum instrumento de registro? Qual profissional responsável?
7.1.2	Existem dificuldades para vacinação de meninas e meninos contra HPV em sua equipe? Se sim, quais as principais?
7.1.3	Quais serviços de saúde do município realizam coleta de citopatológico/exame preventivo? [Caso outras <u>unidades de saúde além da Atenção Básica realizem o preventivo</u> , questionar: A sua equipe de Saúde da Família tem acesso ao resultado?

	➤ <i>A sua equipe de Saúde da Família faz algum acompanhamento das mulheres atendidas nesses outros serviços? Se sim, como é feito?</i>
7.1.3.1	Qual a forma de acesso ao preventivo em sua equipe de Saúde da Família [<i>demanda livre, agendamento, mutirão, outros</i>]?
7.1.3.2	Há alguma estratégia da sua equipe de Saúde da Família para ampliar o acesso ao exame preventivo? Se sim, comente.
7.1.3.3	Qual tempo estimado de recebimento do resultado do exame preventivo pela sua equipe de saúde da família? E o tempo estimado para entrega do resultado à usuária?
BLOCO 7.2 – COMUNICAÇÃO	
7.2.1	Existe discussão de casos de câncer de colo de útero <u>entre os profissionais da sua equipe de Saúde da Família</u> ? Se sim, comente: em que situações acontece? quais profissionais envolvidos? qual periodicidade?.
7.2.2	Existe discussão dos casos de câncer do colo <u>entre os profissionais da sua equipe de Saúde da Família e os profissionais da Atenção Ambulatorial</u> ? e com os profissionais da <u>Atenção Hospitalar</u> ? Se sim, comente: em que situações acontece? quais profissionais envolvidos? qual periodicidade?.
7.2.3	A sua equipe de Saúde da Família entra em contato com profissionais da Atenção Ambulatorial e Atenção Hospitalar para trocar informações de usuárias encaminhadas? Se sim, comente: em que situações acontece? quais profissionais envolvidos?
7.2.3.1	Há facilidades nesse contato? Se sim, quais? E quanto às dificuldades? Se houver, quais as principais?
7.2.4	Os profissionais da <u>Atenção Ambulatorial e da Atenção Hospitalar</u> entram em contato com a equipe de Saúde da Família para trocar informações de usuárias contrarreferenciadas?
7.2.4.1	Há facilidades nesse contato? Se sim, quais? E quanto às dificuldades? Se houver, quais as principais?
7.2.5	Quais os meios ou instrumentos utilizados pela sua equipe de Saúde da Família para se comunicar ou trocaram informações com os outros níveis de atenção? [<i>prontuário ou registro eletrônico, telefone, e-mail, whatsapp ou outras tecnologias telecomunicativas</i>]
BLOCO 7.3 – REFERENCIAMENTO	
7.3.1	Em quais situações uma mulher, atendida em sua equipe de saúde da família para controle do câncer de colo do útero, é encaminhada para outros serviços de saúde? Quais serviços? Existe fluxo definido?
7.3.2	Existem dificuldades para o encaminhamento? Se sim, comente.
7.3.4	Sua equipe oferta cuidados paliativos às mulheres fora de possibilidade terapêutica? Quais serviços estão envolvidos? Comente.
BLOCO 7.4 – PADRONIZAÇÃO DE CONDUTAS	
7.4.1	A sua Equipe de Saúde da Família utiliza diretrizes ou protocolos clínicos específicos para realização das ações de controle do Câncer de colo do útero? Se sim, quais? [<i>protocolos do Ministério da Saúde, Caderno da Atenção Básica, protocolos e diretrizes de elaboração própria</i>]
7.4.1.1	Há facilidades em sua utilização? Comente. E dificuldades? Quais as principais?
BLOCO 7.5 – MONITORAMENTO DE USUÁRIOS	
7.5.1	Quando uma mulher é encaminhada para outro nível de atenção (Atenção Ambulatorial ou Atenção Hospitalar, Cuidados Paliativos) é feito algum tipo de acompanhamento por sua equipe de Saúde da Família? Se sim, como é realizado?
7.5.2	Quando uma mulher retorna de um atendimento na Atenção Ambulatorial ou Hospitalar é feito monitoramento por sua equipe de Saúde da Família? Se sim, como é realizado?
7.5.3	Na sua opinião o PMAQ provocou alguma mudança nas ações de controle do câncer do colo do útero por sua Equipe de Saúde da Família/Saúde Bucal? Se sim, comente as principais.
[Ao entrevistador]: “Gostaria de agradecer sua disponibilidade e participação nessa pesquisa”.	

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COORDENADOR DA ÁREA TÉCNICA**Condição Traçadora: Câncer de Colo do Útero Código: _____**

[Ao entrevistador]: Esse Roteiro de entrevista deverá ser respondido pelos municípios que têm como condição traçadora Câncer de colo do útero, em que as questões específicas sobre a condição traçadora serão respondidas por um técnico da área.

Entrevistador: _____ Iniciais do entrevistado: _____ Município: _____

Data da entrevista: ____/____/2019 Horário início: _____ Horário término: _____

[Campo destinado a Observações referentes ao Entrevistado]

Atenção Entrevistador, ao iniciar a gravação da entrevista falar: “Estamos iniciando essa entrevista com o Sr. “[iniciais do nome do entrevistado, cargo e instituição que trabalha]”.

[Ao entrevistador]: “Essa entrevista está organizada em duas partes. A primeira tratará sobre aspectos gerais relacionados a essa área técnica e na segunda, trataremos especificamente sobre sua atuação no PMAQ. Para iniciar conversaremos sobre a sua trajetória profissional.”

BLOCO 1 – FORMAÇÃO/ATUAÇÃO PROFISSIONAL

1.1	Qual sua profissão?
1.2	Fale sobre sua formação profissional [Cursos de especialização, mestrado, doutorado indicando área temática] [Caso o entrevistado não fale sobre o tópico abaixo, questionar: ➤ Participou de algum curso/qualificação na área de Saúde da Mulher? Se sim, qual(is)?]
1.3	Há quanto tempo o Sr. (a) atua nessa área técnica/coordenação?
1.4	Qual é sua forma de contratação?
1.5	Quais foram suas principais experiências profissionais antes de assumir o cargo atual?
1.6	Você participa ou já participou de algum movimento político ou associativo? Se sim, quais? ➤ [Sindicatos, associações, conselhos, movimento estudantil, entre outros]

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA

[Ao entrevistador]: “Nas próximas questões, desejamos conhecer a atuação desta área técnica junto à Rede de Atenção à Saúde do seu município.”

2.1	A qual (quais) estrutura (a) essa área técnica está vinculada na Secretaria Municipal de Saúde?
2.1.1	Quais as atribuições dessa área técnica?
2.2	Quais ações de controle do Câncer de Colo do Útero são desenvolvidas ou apoiadas por essa área técnica? [Caso o entrevistado não fale sobre <u>Educação Permanente em Saúde (EPS)</u> , questionar: ➤ Essa área técnica realiza ações de EPS, tendo como tema o câncer do colo de útero? Se sim, Comente: Quais níveis de atenção participam? Quais temas são comumente abordados? Qual a periodicidade?]
2.2.1	O Sr. (a) identifica facilidades na realização dessas ações? Quais seriam as principais?
2.2.2	Quanto às dificuldades na sua opinião? Poderia comentar as principais?

BLOCO 3 – PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL

[Ao entrevistador]: “Agora conversaremos sobre as ações de controle do Câncer de Colo do Útero, desenvolvidas pelos serviços de saúde do seu município.”

3.1	<p>Quais ações são desenvolvidas pela Atenção Básica para o controle do Câncer de Colo do Útero?</p> <p><i>[Caso o entrevistado não fale sobre um dos tópicos abaixo, questionar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>São realizadas ações de <u>promoção de saúde e prevenção</u>? Poderia comentar sobre elas: quais ações são realizadas? Qual a periodicidade? Quais profissionais envolvidos?</i> ➤ <i>As equipes de Saúde da Família realizam <u>ações educativas</u>? Poderia comentar sobre elas: quais ações são realizadas? Onde são realizadas? Qual a periodicidade? Quais profissionais envolvidos?</i> ➤ <i>O município desenvolve estratégias para <u>busca ativa</u> de mulheres na faixa etária prioritária (25 a 64 anos) que não realizaram o preventivo ou que estão com exames atrasados? Se sim, comente como é realizada.</i> ➤ <i>É feito monitoramento das mulheres com resultado do preventivo alterado? Se sim, comente: como é feito? É utilizado algum instrumento de registro? Qual profissional responsável?]</i>
3.2	Existem dificuldades para vacinação de meninas e meninos contra HPV em seu município? Se sim, quais as principais?
3.3	<p>Quais serviços de saúde do município realizam coleta de citopatológico/exame preventivo?</p> <p><i>[Caso outras <u>unidades de saúde além da Atenção Básica realizem o preventivo, questionar:</u></i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>A Atenção Básica tem acesso ao resultado dos Exames Preventivos realizados por estas outras Unidades de Saúde?</i> ➤ <i>A equipe de Saúde da Família faz algum acompanhamento das mulheres atendidas nesses outros serviços? Se sim, como é feito?]</i>
3.3.1	Qual a forma de acesso ao preventivo? <i>[demanda livre, agendamento, mutirão, outros]</i>
3.3.2	Há alguma estratégia do município para ampliar o acesso ao exame preventivo? Se sim, comente.
3.3.3	Qual tempo estimado de recebimento do resultado do Exame Preventivo pela Equipe de Saúde da Família? E o tempo estimado para entrega do resultado à usuária?
[Ao entrevistador]: Serviços de Atenção Secundária são unidades ambulatoriais, que podem ou não estar localizadas em um hospital; e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, são aqueles responsáveis pela oferta de consultas e exames especializados (Ex: policlínica, ambulatório de especialidades dentro ou fora do hospital, centro de referência).	
3.4	<p>Seu município possui serviços de <u>Atenção Secundária/Ambulatorial</u> para o cuidado ao Câncer de Colo do Útero? Se sim, quais?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>[Entrevistador, se a resposta for SIM, continue nessa questão, se for NÃO, passe para a <u>QUESTÃO 3.5</u>]</i>
3.4.1	Quais especialidades médicas estão disponíveis atualmente nesse(s) serviço(s)?
3.4.2	Quais procedimentos são realizados por esses serviços de Atenção Secundária para controle do Câncer de Colo do Útero?
3.4.3	Há dificuldades para realização desses atendimentos? Se sim, quais as principais?
3.4.4	Como se dá o acesso da mulher à Atenção Secundária? É feita regulação? Como?
3.4.5	Qual tempo médio de espera para realização desses atendimentos? Há lista de espera conhecida?
3.5	Onde são atendidas as mulheres do seu município que necessitam da Atenção Secundária para os casos de Câncer de Colo do Útero?
3.5.1	Há dificuldades para realização desses atendimentos? Se sim, quais as principais?
3.5.2	Qual tempo médio de espera para realização desses atendimentos? Há lista de espera?
3.5.3	<p>Como é feita a pactuação dos atendimentos especializados com o município sede? <i>(continua...)</i></p> <p><i>[Caso o entrevistado não aborde, peça que ele fale sobre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Em que base? (nº de mulheres ou nº de procedimentos?);</i> ➤ <i>Em que espaço de gestão é feita essa pactuação? (PPI?)</i> ➤ <i>Com quais municípios são pactuados os procedimentos?]</i>
3.5.4	Na sua opinião, a quantidade de atendimentos pactuada é suficiente para atender as demandas do seu município? Por quê?

[Ao entrevistador]: A atenção terciária é composta por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico hospitalares. É o nível assistencial que realiza os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade em oncologia – cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia.

3.6	Seu município possui serviços de <u>Atenção Terciária/Hospitalar</u> para o cuidado ao Câncer de Colo do Útero? Se sim, quais? ➤ <i>[Entrevistador, se a resposta for SIM, continue nessa questão, se for NÃO, passe para a QUESTÃO 3.7]</i>
3.6.1	Quais atendimentos são realizados nesse(s) serviço(s) de Atenção Hospitalar para controle de Câncer de Colo do Útero?
3.6.2	Quais municípios são atendidos nesse(s) serviço (s)?
3.6.3	Há dificuldades para realização desses atendimentos? Se sim, quais as principais?
3.6.4	Como se dá o acesso da mulher à Atenção Hospitalar? É feita regulação? Como?
3.6.5	Qual tempo médio de espera para realização desses atendimentos? Há lista de espera?
3.7	Onde são atendidas as mulheres do seu município que necessitam da Atenção Hospitalar para os casos de Câncer de Colo do Útero?
3.7.1	Há dificuldades para realização desses atendimentos? Se sim, quais as principais?
3.7.2	Qual tempo médio de espera para realização desses atendimentos? Há lista de espera?
3.7.3	Como é feita a pactuação dos atendimentos hospitalares com o município sede? <i>[Caso o entrevistado não aborde, peça que ele fale sobre:</i> ➤ <i>Em que base? (nº de mulheres ou nº de procedimentos?);</i> ➤ <i>Em que espaço de gestão é feita essa pactuação? (PPI?)</i> ➤ <i>Com quais municípios são pactuados os procedimentos?]</i>
3.7.4	Na sua opinião, a quantidade de atendimentos pactuada é suficiente para atender as demandas do seu município? Por quê?
3.8	Como está organizado o sistema de transporte sanitário para usuárias que necessitem realizar atendimentos em serviços de outros municípios? <i>[Caso o entrevistado não fale sobre o tópico abaixo, questionar:</i> ➤ <i>Há dificuldades para a utilização? Se sim, comente as principais?]</i>
3.9	A Secretaria municipal de Saúde oferta cuidados paliativos às mulheres fora de possibilidade terapêutica? Quais serviços estão envolvidos? Comente.
3.10	A Secretaria Municipal de Saúde oferta algum apoio para permanência das mulheres em tratamento em outros municípios? Comente.
BLOCO 4 – COMUNICAÇÃO	
4.1	Existe discussão de casos de Câncer de Colo do Útero <u>entre os profissionais da equipe de Atenção Básica</u> ? Se sim, comente em que situações acontecem, quais profissionais envolvidos, qual periodicidade.
4.2	Existe discussão dos casos de Câncer de Colo do Útero <u>entre os profissionais da Atenção Básica e os profissionais da Atenção Ambulatorial?</u> e <u>com a Atenção Hospitalar</u> ? Se sim, comente em que situações acontecem, quais profissionais envolvidos, qual periodicidade.
4.3	A equipe de Saúde da Família entra em contato com profissionais da Atenção Ambulatorial e Atenção Hospitalar para trocar informações de usuárias encaminhadas?
4.3.1	Há facilidades nesse contato? Se sim, quais? E quanto às dificuldades? Se houver, quais as principais?
4.4	Os profissionais da Atenção Ambulatorial e da Atenção Hospitalar entram em contato com a Equipe de Saúde da Família para trocar informações de usuárias contrarreferenciadas?
4.4.1	Há facilidades nesse contato? Se sim, quais? E quanto às dificuldades? Se houver, quais as principais?

4.5	Quais os meios ou instrumentos utilizados pelos profissionais para se comunicarem ou trocarem informações entre os níveis de atenção? <i>[prontuário ou registro eletrônico, telefone, e-mail, whatsapp ou outras tecnologias telecomunicativas]</i>
BLOCO 5 – PADRONIZAÇÃO DE CONDUTAS	
5.1	As Equipes de Saúde da Família utilizam diretrizes ou protocolos clínicos específicos para realização das ações de controle do Câncer de Colo do Útero? Se sim, quais? <i>[protocolos do Ministério da Saúde, Caderno da Atenção Básica, protocolos e diretrizes de elaboração própria]</i>
5.1.1	Os profissionais relatam dificuldades quanto à sua utilização? Quais?
BLOCO 6 – MONITORAMENTO DE USUÁRIOS	
6.1	Quando uma mulher é encaminhada para outro nível de atenção (Atenção Ambulatorial ou Atenção Hospitalar, Cuidados Paliativos) é feito algum tipo de acompanhamento pela equipe de Saúde da Família? Se sim, como é realizado?
6.2	Quando uma mulher retorna de um atendimento na Atenção Ambulatorial ou Hospitalar é feito monitoramento pela equipe de Saúde da Família? Se sim, como é realizado?
BLOCO 7 – MODELO TEÓRICO LÓGICO DO PMAQ “NA TEORIA”	
7.1	A Sr ^a já ouviu falar sobre o PMAQ? <p style="text-align: center;">➤ <i>[Entrevistador, se a resposta for NÃO, vá para o Bloco 9 - Governabilidade]</i></p>
7.2	Na sua opinião quais os objetivos do PMAQ?
7.3	Na sua opinião quais são as atividades que deveriam ser realizadas para atingir os objetivos do PMAQ?
7.4	Na sua opinião, quais resultados o PMAQ deveria produzir ao longo dos três ciclos?
7.5	Na sua opinião, de que forma o incentivo financeiro ao município/equipes pode contribuir para o alcance dos resultados do PMAQ?
BLOCO 8 – O PMAQ “NA PRÁTICA”	
8.1	Esse setor realizou alguma atividade junto às equipes relacionada ao PMAQ no município? Quais?
8.2	Na sua opinião o PMAQ provocou alguma mudança nas ações de controle de Câncer de Colo do Útero, realizadas pela SMS junto às Equipes de Saúde da Família? Se sim, comente as principais.
BLOCO 9 – GOVERNABILIDADE	
9.1	Comente sobre o apoio que este setor recebe do dirigente (coordenador/secretário) a qual está subordinado para o desenvolvimento das ações sob sua responsabilidade.
9.2	O (a) Sr. (a) considera ter autonomia para decidir sobre as ações desenvolvidas por esta área técnica?
[Ao entrevistador]: “Gostaria de agradecer sua disponibilidade e participação nessa pesquisa”.	

ANEXO

Anexo 1 – Parecer consubstanciado do CEP.

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da implantação do PMAQ no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017.

Pesquisador: Ana Luiza Queiroz Vilasboas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99098718.8.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.032.773

Apresentação do Projeto:

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é uma iniciativa do Ministério da Saúde em colaboração com secretarias estaduais, secretarias municipais de saúde e instituições de ensino e pesquisa. Tem como propósito associar a avaliação do desempenho de equipes de atenção primária à saúde a um incentivo financeiro destinado às secretarias municipais de saúde para a melhoria contínua da qualidade. Assim, trata-se de uma intervenção complexa ao articular a avaliação de desempenho ao planejamento e execução de ações para melhoria do acesso e da qualidade técnica da atenção básica nos municípios brasileiros.

Atualmente o alcance do Programa no Estado da Bahia é de 3.245 equipes de Saúde da Família aí incluídas as equipes de Saúde Bucal e 290 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia apresenta esse estudo sobre a avaliação da implantação do PMAQ na Bahia em dois níveis de análise: estadual e municipal. Pretende-se que os resultados desse estudo possam indicar mecanismos de aprimoramento do PMAQ de modo que o mesmo contribua para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica na Bahia.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 3.032.773

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a implantação do PMAQ no Estado da Bahia no período de 2012 a 2017.

Estimar o grau de implantação do PMAQ no período assinalado.

Caracterizar aspectos político-institucionais que interferiram no grau de implantação do PMAQ.

Recomendar ao Ministério da Saúde medidas de aperfeiçoamento do PMAQ nos âmbitos estadual e municipal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Dado que a seleção dos municípios ocorrerá no decorrer da investigação, o termo de anuência das secretarias municipais será assinado por seus dirigentes no momento anterior à coleta dos dados e entregues ao CEP/ISC. Todos os sujeitos participantes serão esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo e eventuais desconfortos provocados pela coleta dos dados, sendo preservado o direito ao sigilo das informações prestadas. Todos os participantes assinarão termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice H). A identidade e participação dos sujeitos da pesquisa serão mantidas em sigilo. Os riscos potenciais deste estudo referem-se ao desconforto, mal estar ou constrangimento ao responder as perguntas no momento da

entrevista. Porém, caso o entrevistador não se sinta à vontade, poderá não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, não havendo nenhum tipo de prejuízo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de análise de implantação do PMAQ no Estado da Bahia. A pesquisa consistirá em um estudo de caso, com dois níveis de análise, o nível estadual e o nível municipal. O estudo de caso é um tipo de pesquisa científica adequado em situações nas quais os limites entre o contexto e a intervenção são imprecisos. A produção dos dados requer a aplicação de diversas técnicas de coleta, a exemplo de entrevistas, análise documental e o uso de dados quantitativos.

No âmbito estadual, o PMAQ será apreciado em seu funcionamento quanto ao cumprimento, pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, das atribuições definidas pelas normativas do Programa emanadas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), segundo a percepção de gestores e técnicos da Diretoria de Atenção Básica, representantes do Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS-BA) e coordenadores municipais de atenção básica. O processamento e análise dos dados será baseado no cotejamento dos achados com o modelo lógico do PMAQ, cujo processo de construção será descrito nos itens 3.1 e 3.2. No âmbito municipal, serão selecionados municípios na condição de

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-040
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 3.032.773

casos exemplares em três etapas. Na primeira, o total de municípios que aderiram ao PMAQ no 3º ciclo (408) será dividido em dois grupos, segundo o tamanho da população estimada para 2017. O primeiro grupo será composto por municípios cuja população está abaixo de 50.000 habitantes. O segundo, composto por municípios acima de 50.000 habitantes. Na segunda etapa da seleção serão incluídos os municípios que apresentavam, no 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ, 100% de adesão ao Programa por equipes de atenção básica, equipes de atenção básica que dispunham de saúde bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família em 2017. A terceira etapa será realizada mediante apresentação da lista dos municípios aos apoiadores institucionais da SESAB para que possam indicar dois municípios de portes populacionais distintos, de cada uma das nove macrorregiões de saúde que possuem atenção básica melhor organizada segundo sua experiência de supervisão local. Assim, será averiguado o grau de implantação do PMAQ em 18 municípios baianos.

A medida do grau de implantação do PMAQ na Bahia será feita mediante a atribuição de uma pontuação para as atividades e ao final para cada componente estabelecido no modelo lógico. O somatório final dos componentes totalizará 100 pontos. Após o somatório de cada um deles os municípios selecionadas serão classificados em: • PMAQ não implantado: 0 até 33,3 pontos; • PMAQ parcialmente implantado: 33,4 até 66,6 pontos; • PMAQ implantado: acima de 66,7 pontos.

O modelo lógico preliminar e a operacionalização das categorias analíticas do triângulo de governo foram a base da elaboração dos roteiros de entrevistas com os sujeitos do estudo (apêndices D e E). Estão previstas 12 entrevistas na SESAB e 54 entrevistas com gestores e técnicos dos municípios selecionados. Todos os entrevistados serão convidados a participar da pesquisa mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas serão gravadas e transcritas por pessoal habilitado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O trabalho consta de TCLE, anuência do gestor, orçamento E Declaração de financiador cronograma de execução, link com curriculum dos pesquisadores, folha de rosto assinada.

Recomendações:

Após a inclusão da Declaração do patrocinador, o trabalho foi aprovado pela plenária do CEP.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-040
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** cepisc@ufba.br

**UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA**



Continuação do Parecer: 3.032.773

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 30 de outubro de 2018 o processo no. 032/18 CEP-ISC referente ao projeto de pesquisa em tela.

Tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1218720.pdf	10/10/2018 18:12:37		Aceito
Declaração do Patrocinador	Declaracao_patrocinador2.pdf	10/10/2018 18:12:11	Ana Luiza Queiroz Vilasboas	Aceito
Declaração do Patrocinador	Declaracao_patrocinador1.pdf	10/10/2018 18:11:55	Ana Luiza Queiroz Vilasboas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	21/09/2018 16:53:13	Ana Luiza Queiroz Vilasboas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_livre.pdf	21/09/2018 16:46:47	Ana Luiza Queiroz Vilasboas	Aceito
Outros	Termo_anuencia.pdf	21/09/2018 16:46:37	Ana Luiza Queiroz Vilasboas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Curriculo_lattes_pesquisadores.docx	21/09/2018 16:45:48	Ana Luiza Queiroz Vilasboas	Aceito
Cronograma	Cronograma_projeto.pdf	21/09/2018 16:45:24	Ana Luiza Queiroz Vilasboas	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	21/09/2018 16:44:39	Ana Luiza Queiroz Vilasboas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLe.doc	21/09/2018 15:47:08	Ana Luiza Queiroz Vilasboas	Aceito

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 3.032.773

Justificativa de Ausência	TCLe.doc	21/09/2018 15:47:08	Ana Luiza Queiroz Vilasboas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetofinal.pdf	21/09/2018 15:39:14	Ana Luiza Queiroz Vilasboas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 22 de Novembro de 2018

Assinado por:
Yukari Figueroa Mise
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br