



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS**  
**Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde**

**SÔNIA AQUILINO CASTILHO**

**Análise da Utilização do Prontuário Eletrônico nas Ações de  
Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Município do Rio de  
Janeiro**

**Rio de Janeiro**

**2017**

**SÔNIA AQUILINO CASTILHO**

**ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NAS AÇÕES DE  
RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO DO RIO DE  
JANEIRO**

**Dissertação apresentada ao curso de  
Mestrado Profissional em Atenção  
Primária à Saúde da Universidade  
Federal do Rio de Janeiro como parte  
dos requisitos para obtenção do título  
de Mestre em Saúde Coletiva com  
ênfase em Atenção Primária à Saúde**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Kátia Gomes**

**Rio de Janeiro**

**2017**

**Castilho, Sônia Aquilino**

**Análise da utilização do prontuário eletrônico nas ações de rastreamento do Câncer do Colo do Útero no município do Rio de Janeiro. / Sônia Aquilino. - Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA, 2017.**

**XIII f.; 90 f.; il ; 31 cm.**

**Orientadora: Maria Kátia Gomes.**

**Dissertação (mestrado) – UFRJ, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA, Mestrado Profissional de Atenção Primária a Saúde, 2017.**

**Referências bibliográficas: f. 74-80.**

**1. Neoplasias do Colo do Útero. 2. Programas de Rastreamento. 3.**



## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a Deus por sempre guiar o meu caminho;

Ao meu marido Carlos Henrique e aos meus filhos Philippe e Carla pelo apoio, compreensão e carinho durante todo o curso;

Aos meus irmãos Sérgio e Sandra pela cumplicidade e apoio eterno, meus melhores amigos;

À minha afilhada Marcella por estar ao meu lado apoiando as minhas decisões;

A todos os meus familiares e amigos próximos que compreenderam minha ausência em alguns momentos;

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, especialmente a Coordenadora de Saúde da CAP 5.2, Liliane Leal, que não medem esforços em busca da qualificação dos profissionais da rede municipal de saúde. Um agradecimento carinhoso às chefias da Policlínica Carlos Alberto Nascimento pela compreensão, parceria e responsabilidade nos momentos de minha ausência;

Aos profissionais entrevistados, pela disponibilidade em colaborar com o desenvolvimento do estudo.

À minha orientadora Doutora Maria Kátia Gomes que me acolheu generosamente como sua orientanda e esteve sempre disponível para contribuir de modo substancial para elaboração dessa dissertação;

Às professoras Maria de Fátima Gai e Alicia Navarro pelas contribuições e ensinamentos durante a elaboração dessa dissertação;

Aos meus colegas de mestrado pelas horas agradáveis de aprendizado e de troca de experiências que compartilhamos e em especial, à amiga Solange Malfacine.

A minha sincera gratidão!

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados”.

Mahatma Gandhi

## RESUMO

Apesar da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro utilizar o prontuário eletrônico (PEP) para cadastro da população da área adscrita, viabilizando o rastreamento do câncer do colo do útero (CCU) dentro de um contexto organizado, as taxas de cobertura ainda são baixas. Este estudo objetivou analisar a organização e as dificuldades de realização das ações de rastreamento do CCU na ESF. Trata-se de estudo misto com abordagem quantitativa e qualitativa, através da aplicação de questionário estruturado e entrevista semiestruturada a profissionais médicos, enfermeiros e gerentes da ESF. Os questionários eletrônicos foram enviados a todos os profissionais (2.738) e 281 (10.38%) responderam. A entrevista semiestruturada foi realizada com 31 profissionais da Área Programática (AP) 5.2 e com 3 profissionais da CF Cantagalo Pavão Pavãozinho, AP 2.1, por possuir a melhor cobertura do município – 89,18%. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas através da Análise de Conteúdo pela modalidade Temática. Os resultados evidenciaram que os profissionais conhecem o protocolo de rastreamento, inserem o resultado do exame no ícone correto em tempo hábil e utilizam os relatórios emitidos pelo PEP para monitoramento do indicador. Referem dificuldade de registro do resultado do exame realizado em outro serviço; há ainda, coletas desnecessárias em desacordo com as diretrizes do MS, o que influencia na baixa cobertura. A ESF tem garantido o acesso, embora haja um alto número de absenteísmo que pode estar relacionado a qualidade do vínculo ou a fatores culturais. Foi observado na CF Cantagalo Pavão Pavãozinho maior empenho do gestor local no monitoramento deste indicador, motivação e envolvimento da equipe, além da utilização de várias estratégias simultâneas para captação das mulheres, demonstrando a questão gerencial como fundamental ao cumprimento de metas.

Palavras-chaves: Neoplasias do colo do útero; Programas de Rastreamento; Acesso aos Serviços de Saúde; Indicadores Básicos de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

Even though the Family Health Strategy (ESF) in the municipality of Rio de Janeiro uses the electronic medical record (PEP) to register the population of the ascribed area, making it possible to perform cervical cancer screening (CCU) in an organized context, the rates are still low. This study aimed to investigate the organization and difficulties of performing the CCU screening actions in the ESF. It is a mixed study with a quantitative and qualitative approach through a structured questionnaire and a semi-structured interview to the medical professionals, nurses and managers of the ESF teams. The electronic questionnaires were sent to all professionals (2,738) and 281 (10.38%) answered it. The semi-structured individual interview was carried out with 31 professionals from the Program Area (AP) 5.2, and with 3 professionals from CF Cantagalo Pavão Pavãozinho, AP 2.1, which was included for having the best coverage in the city - 89.18%. The interviews were recorded in audio and then transcribed and analyzed through Content Analysis by the Thematic Modality. The results showed that the professionals know the tracking protocol, insert the result of the examination into the correct icon in a timely manner and make use of the reports issued by the PEP for indicator monitoring. They refer trouble in recording the results of the examination carried out in another service; there are also unnecessary collections in disagreement to the MS guidelines, which influence the low coverage. The ESF has guaranteed access, although there is a high number of absenteeism that may be related to the quality of the bond or cultural factors. It was observed in CF Cantagalo Pavão Pavãozinho greater commitment of the local manager in the monitoring of this indicator, motivation and team involvement, besides the use of several simultaneous strategies to attract women, demonstrating the management as a core point to achievement the goals.

**Key Words:** Uterine Cervical Neoplasms; Mass Screening; Health Services Accessibility; Health Status Indicators; Family Health Strategy

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências .....	10
<b>Quadro 2-</b> Evolução das Políticas e Diretrizes da Prevenção do CCU .....	15
<b>Quadro 3-</b> Graus de recomendação para rastreamento segundo USPSTF .....	21
<b>Quadro 4-</b> Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos no Município do Rio de Janeiro no ano de 2015 .....	26
<b>Quadro 5-</b> Necessidade de exames colpocitológicos por área programática no ano de 2016 .....	27
<b>Quadro 6-</b> Expansão da ESF no Município do Rio de Janeiro .....	30
<b>Quadro 7-</b> Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por AP no ano de 2015 .....	33
<b>Quadro 8-</b> Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na AP 2.1 no quarto trimestre do ano de 2015 .....	33
<b>Quadro 9-</b> Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na AP 2.2 no quarto trimestre do ano de 2015 .....	34
<b>Quadro10-</b> Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na AP 3.2 no quarto trimestre do ano de 2015 .....	34
Quadro 11- Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na AP 3.3 no quarto trimestre do ano de 2015 .....	35
Quadro 12- Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na AP4.0 no quarto trimestre do ano de 2015 .....	35
Quadro 13- Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na AP 5.1 no quarto trimestre do ano de 2015 .....	36
Quadro 14- Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na AP no quarto trimestre do ano de 2015 .....	36
Quadro 15- Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na AP no quarto trimestre do ano de 2015 .....	37

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Panorama das intervenções programáticas no curso de vida para prevenir a infecção pelo HPV e o câncer do colo do útero .....	09
<b>Figura 2</b> Etapas desenvolvidas para o tratamento dos dados por meio da análise de conteúdo .....	47
<b>Figura 3</b> Posicionamento para mulheres para exames sem as pernas .....	58
<b>Figura 4</b> Página de registro de rastreios oncológicos do Prontuário Eletrônico ....	61

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Número de profissionais por unidade selecionada .....	45
<b>Tabela 2</b>	Distribuição dos participantes por função .....	48
<b>Tabela 3</b>	Distribuição de participantes por área programática .....	48
<b>Tabela 4</b>	Distribuição dos participantes por AP .....	48
<b>Tabela 5</b>	Características da unidade e dos profissionais participantes .....	49
<b>Tabela 6</b>	Análise das ações de rastreamento do câncer do colo do útero .....	53
<b>Tabela 7</b>	Características dos profissionais entrevistados .....	54

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Expansão da ESF no município do Rio de Janeiro .....	31
<b>Gráfico 2</b>	Área Programática de atuação .....	48
<b>Gráfico 3</b>	Especialização em Saúde da Família .....	49
<b>Gráfico 4</b>	Tempo de atuação na ESF .....	51
<b>Gráfico 5</b>	Tempo de atuação na atual unidade de saúde .....	51

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABPTGIC	Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Adenocarcinoma <i>in situ</i>
AGC	Células Glandulares Atípicas de Significado Indeterminado
ACP	<i>American College of Physicians</i>
AOI	Células atípicas de origem indefinida
APS	Atenção Primária à Saúde
ASCUS	Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado
BRATS	Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde
CCU	Câncer do colo do útero
CAP	Coordenadoria de Área Programática
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASSEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTA	Comissão Técnica de Acompanhamento
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOTEC	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
HSIL	Lesão intraepitelial de alto grau
IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
LSIL	Lesão Intraepitelial de baixo grau
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MEQ	Monitoramento Externo de Qualidade
MIQ	Monitoramento Interno de Qualidade
NBCCEDP	<i>National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program</i>
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
PRO-ONCO	Programa de Oncologia
QualiCito	Qualificação Nacional em Citopatologia
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SRC	Serviço de Referência para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras câncer do colo do útero
SRM	Serviço de Referência para diagnóstico do câncer de mama
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SITEC	Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>6</b>
2.1.Câncer do colo do útero .....	6
2.2.Prevenção do câncer de colo do útero .....	8
2.3.Nomenclatura .....	10
2.4.Políticas de prevenção do CCU e etapas de .....	12
2.5. Graus de recomendação para o rastreamento do câncer do colo do útero.	20
2.6. Monitoramento da qualidade dos exames .....	23
2.7.Sistema de informação .....	24
2.8.Cobertura do exame citopatológico .....	25
2.9.Acesso aos serviços de saúde e rastreamento do CCU .....	27
2.10.Organização da Atenção Primária à Saúde .....	30
<b>3.OBJETIVOS.....</b>	<b>40</b>
3.1.Objetivo Geral .....	40
3.2.Objetivos Específicos .....	40
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>41</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>48</b>
5.1.Resultados e discussão das respostas ao questionário .....	48
5.2.Resultados e discussão das entrevistas.....	54
5.2.1.Categorias apriorísticas ou temas conceituais .....	55
5.2.2.Categorias não apriorísticas ou temas emergentes .....	66
<b>6. CONCLUSÕES .....</b>	<b>71</b>
<b>7. RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>73</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....</b>	<b>74</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>81</b>
I.Questionário pré-teste de avaliação da utilização dos relatórios do PEP .....	81
II.Questionário de avaliação da utilização dos relatórios do PEP .....	84
III.Carta convite para o preenchimento do questionário .....	87
IV.Roteiro da entrevista semiestruturada.....	88
V.Termo de consentimento livre e esclarecido .....	89

## APRESENTAÇÃO

Trabalhar na Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se um objetivo para mim desde a graduação em enfermagem em 1984. Assim, iniciei a minha trajetória profissional nesse campo de atuação e desde então venho desempenhando a função de diretora de unidade de saúde. Naquela ocasião fui designada para trabalhar no bairro de Campo Grande, área programática 5.2, numa região de difícil acesso. Me deparei com uma clientela que desconhecia os benefícios da prevenção à saúde, e foi necessário um esforço conjunto da equipe para a redução de mitos e preconceitos na promoção do cuidado.

Durante esses anos acompanhei a evolução e a consolidação das políticas de saúde e venho participando efetivamente da execução das ações. Em 2001, buscando aprimoramento nas ferramentas de gestão, ingressei no curso MBA Gestão em Saúde, para me instrumentalizar e investir em ações com vistas à obtenção de melhores resultados na atenção básica.

Na linha do cuidado da mulher o programa do controle do câncer do colo do útero sempre teve destaque devido à carga da doença e sobretudo em função do potencial efetivo de prevenção e cura através do rastreamento. Em 2009 eu já atuava em Santa Cruz, AP 5.3, quando a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro lançou o programa Saúde Presente com o objetivo de expandir os serviços de saúde a toda a população carioca através da territorialização da cidade, iniciando por esse bairro. O principal investimento foi a implantação do modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), uma forma de reorientação do modelo assistencial.

Em 2011, concluí o curso de especialização em Saúde Pública e realizei um estudo de revisão bibliográfica sobre os fatores que influenciavam o acesso ao exame de rastreamento do câncer do colo de útero, no qual, os autores relatavam dificuldade em dimensionar a taxa real de cobertura do exame no Brasil em função da falta do rastreamento organizado por base populacional. Nesse mesmo ano, a SMS implantou o prontuário eletrônico do paciente (PEP) como fonte oficial de informação em todas as unidades da ESF. Esse instrumento inovador possibilitou o cadastro da população e com a sua utilização a extração dos relatórios de gestão para o acompanhamento dos indicadores de saúde. Para o indicador de cobertura

do exame colpocitológico é emitido um relatório de gestão com listagem das mulheres cadastradas sem o registro do resultado do exame.

A escolha do tema da pesquisa surgiu a partir do interesse em verificar após sete anos de implantação da ESF e cinco anos de utilização do PEP o quanto esta ferramenta está sendo utilizada pelos profissionais de saúde na condução das ações de rastreamento do câncer do colo do útero. Trata-se de identificar as dificuldades apresentadas pelos profissionais que integram a APS, visando contribuir para o aumento da resolutividade das ações, a fim de obter melhores resultados. Sendo assim, entendendo que a cobertura do rastreio atua como um importante indicador de qualidade da APS, é incontestável ressaltar que ele é diretamente proporcional à eficácia dos cuidados primários à saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é uma neoplasia de crescimento lento e silencioso, caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente, podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância (BRASIL, 2013).

O CCU possui etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidos, quando diagnosticado e tratado precocemente, representa uma causa de morte evitável, pois este tipo de lesão é localizada e tem praticamente 100% de chance de cura quando as mulheres são diagnosticadas precocemente e tratadas adequadamente (BRASIL, 2002).

É o quarto tipo de câncer mais frequente no mundo, com uma incidência de 520 mil casos novos por ano, é o responsável pelo óbito de mais de 250 mil mulheres por ano, sendo que 85% destes óbitos ocorrem em países em desenvolvimento. Sua incidência é duas vezes maior em países menos desenvolvidos. A maioria dessas mortes poderia ser prevenida através do acesso universal ao programa de rastreamento e controle do câncer do colo do útero (WHO, 2014). Um aspecto relevante do CCU é a sua permanente associação com o baixo nível socioeconômico, isto é, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social e que possuem as maiores barreiras de acesso à rede de serviços de saúde (AMORIM, 2006; GASPERIN, 2011; BORGES, 2012; SADOVSKY, 2015).

No Brasil é o terceiro tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, apresentando diferenças regionais significativas. De acordo com as estimativas do Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (MS/INCA), para o biênio 2016-2017 são esperados 16.340 novos casos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos para cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, é o mais incidente na região norte (23,97/100 mil), o segundo na região nordeste (19,49/100 mil) e centro-oeste (20,72/100 mil), o terceiro na região sudeste (11,30/100 mil) e o quarto na região sul (15,17/100 mil mulheres). Na região sudeste é esperado 4.940 casos novos, sendo 590 no município do Rio de Janeiro (INCA, Estimativas 2016).

O programa de controle do câncer do colo do útero é uma área importante de ação devido à carga da doença e o potencial efetivo para a prevenção e cura através do rastreamento, cujo principal objetivo é identificar lesões precursoras ou câncer em estágio inicial, situações em que as chances de sucesso no tratamento são maiores. (WHO, 2002). Segundo a OMS o rastreamento pode ser organizado ou oportunístico. O rastreamento organizado ocorre de forma sistemática, com uma base populacional e população-alvo definidas e os indivíduos assintomáticos da população alvo são convidados para a realização dos testes na periodicidade recomendada. Esta forma permite maior controle das ações e das informações sobre o rastreamento. Já o rastreamento oportunístico ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde para realizar o exame de rastreamento ou por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco (BRASIL, 2010b).

No Brasil, por não ter um cadastro de base populacional, o rastreamento realizado é o oportunístico e portanto, não há controle efetivo das mulheres que realizam os exames e nem da periodicidade com que o fazem. A principal desvantagem deste tipo de rastreamento é ser menos efetivo, uma vez que não monitora a população alvo. Segundo Andrade (2012), a limitação mais importante para o sucesso do rastreamento é a porcentagem insuficiente de mulheres submetidas à coleta de citologia. Foi observada expressiva redução da morbimortalidade por câncer do colo do útero nos países que realizam o rastreamento organizado, de acordo com a periodicidade recomendada para as mulheres definidas como de risco e com a população cadastrada por meio de base populacional, além de obter a melhor relação custo/benefício com alta cobertura populacional.

O rastreamento e o diagnóstico precoce de doenças são temas importantes na prática da atenção primária à saúde. Nos últimos oito anos, o município do Rio de Janeiro investiu na ampliação da Estratégia Saúde da Família, cuja cobertura da população era de 3,5% em dezembro de 2008, tendo chegado a 68,61% em fevereiro de 2017 (Subpav Painel de Indicadores. Acesso em 15/02/2017). Quando uma nova unidade de saúde da família é instalada, é feito o reconhecimento do território com o mapeamento, diagnóstico situacional e identificação das

vulnerabilidades que contemplam dados referentes ao contexto sanitário, social e econômico do local. O agente comunitário de saúde (ACS) realiza o cadastramento da população adscrita na “ficha A” e posteriormente no prontuário eletrônico do paciente (PEP). Dentre as vantagens do prontuário eletrônico está a emissão de relatórios de indicadores de saúde para o monitoramento das ações. Para o monitoramento do rastreamento do câncer do colo do útero é emitido um relatório de cobertura com o percentual de mulheres cadastradas com o resultado do exame citopatológico registrado no PEP, gerando uma lista nominal das mulheres que ainda não têm o registro, para que se faça a busca ativa destas mulheres.

A partir deste cadastro é possível realizar o rastreamento organizado do câncer do colo do útero, pois ele possibilita identificar as não participantes do rastreamento, assim como planejar intervenções para aumentar a participação destas mulheres. A utilização de um sistema informatizado para gerenciamento das informações é um dos principais instrumentos para a consolidação das ações do programa de controle de câncer, o qual deve ser atualizado e analisado permanentemente. Para o indicador de proporção de mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP, a meta de cobertura é de 80% e a média alcançada no município do Rio de Janeiro no ano de 2015 foi de apenas 30,93% , muito abaixo do esperado.

Desta forma, este estudo pretende analisar a utilização dos relatórios de gestão gerados pelo prontuário eletrônico como ferramenta para direcionar o rastreamento do câncer do colo do útero em populações cobertas pela Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, buscando alcançar uma maior equidade no acesso ao exame, para que todas as mulheres em risco sejam direcionadas dentro do prazo adequado. A redução dos índices de incidência de mortalidade pelo câncer do colo do útero está associada à conscientização da população sobre a necessidade de se adotar um estilo de vida saudável e se submeter a exames periódicos de detecção da doença em sua fase inicial. Controlar o CCU, através do aumento da cobertura do programa de rastreamento, é um grande desafio da atenção primária para se alcançar a integralidade na assistência à saúde da mulher.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. Câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero inicia com transformações intra-epiteliais podendo evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis (WHO, 2014). Histologicamente, as lesões intraepiteliais do colo do útero apresentam desorganização do epitélio escamoso, atipias nucleares e mitoses anômalas. As lesões bem diferenciadas são lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL), e as com menor diferenciação são lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL). As LSIL correspondem ao NIC I, displasia leve e alterações associadas ao HPV; já as HSIL incluem as displasias moderada e grave, o carcinoma *in situ* e as lesões previamente denominadas NIC II e NIC III (SOLOMON; NAYAR, 2005).

As lesões precursoras do câncer do colo do útero são assintomáticas fazendo com que muitas pacientes não procurem assistência médica no início da doença, o que justifica a ação de rastreamento. Os principais sintomas no estágio invasor da doença são sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorreia e dor pélvica, podendo estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (BRASIL, 2013). O que diferencia esta neoplasia em relação às demais é o fato deste câncer desenvolver-se a partir de lesões pré-invasoras bem definidas, de comportamento conhecido e de evolução lenta. Isto é, o diagnóstico de lesões precursoras é baseado na identificação de células cervicais anormais no exame citológico e confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico.

Nos últimos anos foram descritas alterações do epitélio cervical secundária ao vírus do papiloma humano (HPV), que tem sido associada diretamente com o câncer do colo do útero. A infecção por HPV é a doença sexualmente transmissível (DST) mais comum em todo o mundo e a maioria das pessoas sexualmente ativas, homens e mulheres, terá contato com o vírus durante algum momento da vida. A infecção pelo HPV apresenta-se na maioria das vezes de forma assintomática ou como lesões subclínicas. Na forma latente, a mulher não apresenta lesões clínicas, e a única forma de diagnóstico é molecular. Quando a infecção é subclínica, a mulher não apresenta lesões diagnosticáveis a olho nu, e o diagnóstico pode ser

sugerido a partir da citopatologia, colposcopia, microcolpohisteroscopia ou histologia. Na forma clínica, existe uma lesão visível macroscopicamente, representada pelo condiloma acuminado, também conhecido como verruga genital ou crista de galo, com quase nenhuma potencialidade de progressão para o câncer. Acredita-se que o vírus pode infectar uma célula epitelial e ser incorporado no DNA, que então produz proteínas virais (BRASIL, 2002).

Há evidências de que subtipos oncogênicos do HPV são causa necessária para a ocorrência do câncer, entretanto, não representa uma causa suficiente para o surgimento dessa neoplasia, sendo necessária a persistência da infecção. A presença de alguns tipos de HPV é encontrada em 95% dos casos desse câncer. O HPV é um DNA-vírus do grupo papovavírus, com mais de 100 tipos reconhecidos atualmente, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em dois grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros cofatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo do útero, da vulva, da vagina e da região anal (BRASIL, 2013).

O pico de incidência da infecção pelo HPV é normalmente na adolescência, pouco depois do início da vida sexual. A infecção cervical pelo HPV, na maioria das vezes, é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição e podem causar alterações temporárias nas células cervicais. No pequeno número de casos nos quais a infecção persiste e, é causada por um subtipo viral oncogênico, especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras (lesão intra-epitelial escamosa de alto grau e adenocarcinoma *in situ*), cuja identificação e tratamento adequado possibilitam a prevenção da progressão para o CCU invasivo (WHO, 2014).

Alguns fatores como imunidade, genética, comportamento sexual, idade, tipo do HPV e carga viral, infecção única ou múltipla parecem influenciar na regressão ou persistência da infecção (IARC, 2007).

## 2.2. Prevenção do câncer de colo do útero

A detecção precoce do câncer do colo do útero compreende o diagnóstico precoce por meio da abordagem de mulheres com sinais/sintomas da doença e o rastreamento através do exame citopatológico do colo do útero (teste Papanicolau).

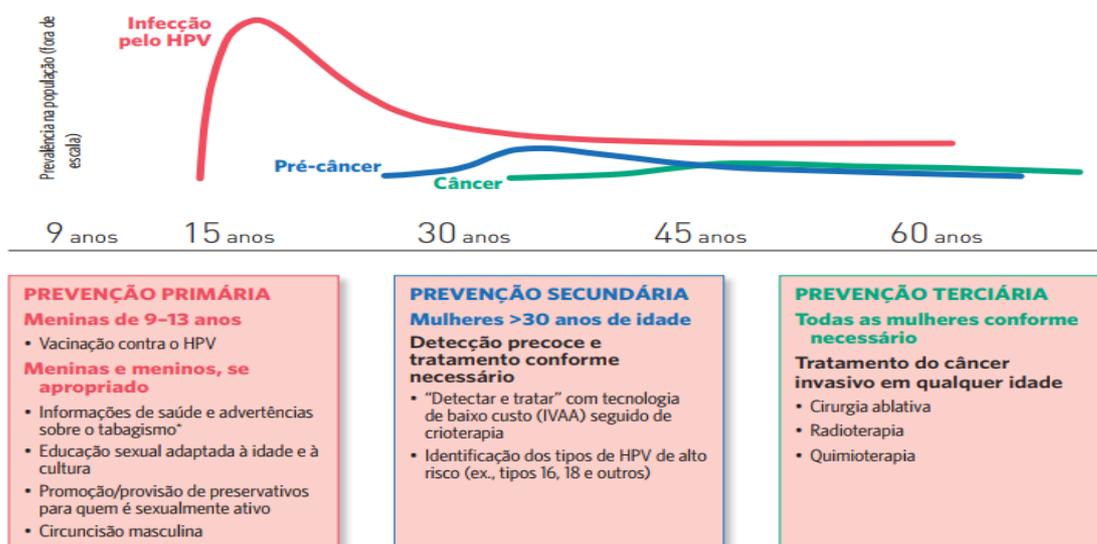
A prevenção primária do CCU está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo papilomavírus humano (HPV). Em 2014, o Ministério da Saúde introduziu a vacina papilomavirus humano quadrivalente no calendário de vacinação que protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18. Os sorotipos 16 e 18 são altamente oncogênicos e estão associados ao câncer genital e os subgrupos 6 e 11 são de baixo risco oncogênico associados a lesões benignas como verruga genital. A população alvo para a vacina são meninas na faixa etária de 9 a 14 anos, meninos de 11 a 13 anos de idade e transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos de 9 a 26 anos de idade. A vacina é uma estratégia importante na redução do câncer do colo do útero. Embora existam evidências da segurança e eficácia destas vacinas, é importante ressaltar que a vacinação não substitui a realização do rastreamento dentro dos prazos preconizados, devido a fatores como: a vacina não protege para todos os genótipos de HPV, algumas mulheres podem não receber as duas doses da vacina, não ter recebido no intervalo preconizado ou não ter o benefício integral da vacina e ainda, as mulheres que já tiveram contato com algum dos genótipos de HPV podem não se beneficiar dela ou apenas parcialmente. Por isso, a população alvo deve ser preferencialmente meninas entre 9 a 12 anos de idade, grupo que tem apresentado adesão a esquema vacinal abaixo do ideal. A vacina mostra-se custo-efetiva quando combinada com os métodos de rastreio tradicionais (BRATS, 2011).

O rastreamento (*screening*) é o exame de indivíduos assintomáticos para a identificação de doença não reconhecida anteriormente. A prevenção secundária é realizada através de exames de rastreamento que tem como objetivo a identificação precoce das lesões pré-cancerosas e HPV. No Brasil, o exame utilizado para rastreamento é o exame Papanicolau (citológico, preventivo, *Pap Test* ou *Pap Smear*), entretanto, existem outras tecnologias que são adotadas em programas de outros países, como citologia em base líquida e captura híbrida (BRASIL, 2010b). Sem essas intervenções, o câncer do colo do útero normalmente só é detectado

quando ele já está em um estágio avançado de modo que é muito tarde para um tratamento eficaz, e, portanto, a mortalidade é elevada (WHO, 2014).

Atividade física regular e alimentação saudável são considerados fatores de proteção. Enquanto tabagismo, contraceptivo hormonal, multiparidade e iniciação sexual precoce são considerados fatores de risco para o câncer do colo do útero. De acordo com estudos de prevalência, mulheres com DST apresentam lesões precursoras do câncer do colo do útero cinco vezes mais frequentes, portanto, essas mulheres têm maior risco para CCU, principalmente se houver infecção pelo HPV (BRASIL, 2006).

**Figura 1.** Panorama das intervenções programáticas no curso de vida para prevenir a infecção pelo HPV e o câncer do colo do útero



Fonte: WHO, 2013

A prevenção deve ser feita em todo ciclo de vida. Em adolescentes, é fundamental a informação e educação em saúde sobre os comportamentos sexuais saudáveis como início mais tardio da vida sexual, número reduzido de parceiros sexuais, uso de preservativos e prevenção do câncer do colo uterino. Em mulheres adultas, a detecção precoce de lesões cervicais pré-cancerosas, seguida do tratamento das lesões, tem sido a maneira mais eficaz de deter a progressão para o câncer invasivo. É fundamental para o controle do CCU a melhora do acesso aos serviços de saúde e às informações claras e culturalmente apropriadas a cada região.

### 2.3. Nomenclatura

Com o intuito de que as ações de controle do CCU no Brasil estejam em consonância com o conhecimento científico atual, o Ministério da Saúde tem realizado parcerias com as sociedades científicas nacionais e internacionais. Como parte integrante destas ações está a intenção de uniformizar o uso da nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais em todos os laboratórios do Brasil.

A nomenclatura utilizada para os achados citopatológicos é baseada no Sistema Bethesda de 1988, do Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos e a partir de 1998, com a implantação do Programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Com a atualização do Sistema Bethesda em 2001, o INCA e a Sociedade Brasileira de Citopatologia promoveram o Seminário para Discussão da Nomenclatura Brasileira de Laudos de Exames Citopatológicos – CITO 2001, com o apoio da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), foi elaborada uma proposta de nomenclatura. Após aprovação em 2002, foi publicado em 2003, o livreto Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas. Foi revisada em 2006 e em 2010 houve um amplo processo de revisão e atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero baseado em evidências, envolvendo diversos segmentos da sociedade científica. Este documento foi lançado em 2011. Durante este período, a nomenclatura brasileira passou por constantes alterações, mas continua prevalecendo o sistema de Bethesda, embora adaptado ao Brasil, pois facilita a comparação de resultados nacionais com os encontrados na literatura estrangeira.

**Quadro 1** – Nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

<b>Classificação citológica de Papanicolaou (1941)</b>	<b>Classificação histológica da OMS (1952)</b>	<b>Classificação histológica de Richart (1967)</b>	<b>Sistema Bethesda (2001)</b>	<b>Classificação Citológica Brasileira (2006)</b>
Classe I	-	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas	Alterações benignas

-	-	-	Atipias de significado indeterminado	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve	NIC I	Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)
	Displasia moderada ou de baixo grau	NIC II e NIC III	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)
			Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS)	Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS)
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero/2016

As principais alterações associadas a processos pré-neoplásicos ou malignos detectáveis pelo exame citopatológico são (BRASIL, 2016):

- ✓ Atípicas de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS), glandular (AGC) e de origem indefinida (AOI): alterações citopatológicas que devem ser melhor investigadas. A mulher deve ser reavaliada e, de acordo com a história clínica repetir a citologia em seis meses ou encaminhar para colposcopia;
- ✓ Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) representa a manifestação citológica da infecção causada pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), é altamente prevalente, mas com grande potencial de regressão principalmente em mulheres com menos de 30 anos. Segundo o Ministério da Saúde, uma metanálise de estudos publicados a partir de 1970 estimou que 47,4% das LSIL regridem após 24 meses e somente 0,2% das mulheres evoluem para o carcinoma invasor. É classificada como lesão de baixo grau de malignidade. A conduta clínica é acompanhar a mulher e repetir a citologia em seis meses para mulheres acima de 25 anos e em 3 anos para mulheres com menos de 25 anos de idade;

- ✓ HSIL (Lesão intraepitelial escamosa de alto grau). São lesões de alto grau de malignidade. A mulher deve ser encaminhada para colposcopia;
- ✓ Carcinoma Escamoso Invasor: as alterações celulares são semelhantes ao NIC III, necessitando comprovação histopatológica para determinar a invasão. Encaminhar para colposcopia;
- ✓ Adenocarcinoma in situ ou invasor: alterações nas células glandulares do colo uterino. A conduta é encaminhar a mulher para colposcopia.

As lesões de alto grau são as consideradas precursoras do câncer, pois, na maioria dos casos, evoluirão para carcinoma invasor do colo uterino. As lesões não necessitam passar por todas as etapas para chegar a um câncer invasor (BRASIL, 2016).

Segundo Novak (1990), a expressiva redução na ocorrência do câncer invasivo do colo do útero está relacionada ao reconhecimento da condição patológica do epitélio cervical que representa uma alteração neoplásica pré-invasiva, potencialmente maligna e a utilização de uma prova de triagem eficaz que possa identificar esta condição neoplásica pré-invasiva em mulheres assintomáticas. Essa prova é o esfregaço de Papanicolau.

#### **2.4. Políticas de prevenção do CCU e etapas de desenvolvimento das diretrizes**

Em 1923, o médico patologista Georgios Nicholas Papanikolaou isolou células cancerosas e, em 1925 começou um estudo sistemático de esfregaço vaginal em mulheres voluntárias no Hospital da Mulher em Nova Iorque. Em 1928, apresentou um trabalho com o título “Novo diagnóstico de Câncer”. Este achado poderia detectar o câncer mesmo antes que pudesse ser tocado ou observado diretamente. Em 1939, começou um novo trabalho que incluiu um esfregaço vaginal de rotina para todas as mulheres que frequentavam o departamento de ginecologia. Foi encontrado um número considerável de casos assintomáticos de tumores uterinos, alguns que eram invisíveis a olho nu. Os resultados foram apresentados no *American Journal of Obstetrics and Gynecology* em agosto de 1941 em um artigo intitulado “O valor do diagnóstico de esfregaço vaginal em carcinoma do útero”. Esta técnica passou a ser considerada uma excelente ferramenta para a detecção

precoce do CCU, surgindo o conceito de exame preventivo. Desde então, este método tem sido utilizado como o principal método de rastreamento do câncer do colo do útero.

No Brasil, a prevenção do câncer iniciou na década de 1950 com a citologia e colposcopia. Em 1956, a Fundação das Pioneiras Sociais construiu o Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos no Rio de Janeiro (hoje, Hospital do Câncer III, unidade do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA), cujo objetivo era oferecer atendimento ambulatorial para a prevenção e detecção precoce do câncer ginecológico e da mama. Outras iniciativas ocorreram em outros locais do Brasil. Entre 1972 e 1975 o Ministério da Saúde desenvolveu e implementou o Programa Nacional do Câncer que destinava a enfrentar o câncer em geral, mas deu destaque ao rastreamento do câncer do colo do útero. Esta foi a primeira ação de âmbito nacional do MS. Em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero. A principal contribuição desse Programa ao controle do câncer do colo do útero foi introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica. Em 1986, foi constituído o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que elaborou o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia; integração entre os programas existentes e entre eles e a comunidade para efetivar o atendimento às mulheres; ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia e articulação da rede primária com os serviços de níveis secundários e terciários para o tratamento. Uma grande contribuição do PRO-ONCO foi à realização da reunião nacional, em 1988, conhecida por “Consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cervicouterino”.

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer, incorporou o PRO-ONCO e em 1996 elaborou o projeto-piloto “Viva Mulher”, dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos. Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero. Em 1999, foi instituído o Sistema

de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações. Em 2002, houve a realização de uma segunda fase de intensificação, priorizando mulheres que jamais haviam se submetido ao exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos. Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005). A importância da detecção precoce dessa neoplasia foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006 (pela vida, em defesa do SUS e de gestão do SUS), por meio da inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios, para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Dentre as prioridades do Pacto pela Vida está a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama, tendo como um dos objetivos a ampliação da cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS com meta nacional de 80% de cobertura. No Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (DCNT) para o período de 2011 a 2022, uma das doze metas é aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, em todas as regiões do país, implantar o programa de Gestão da Qualidade de Citopatologia nos Laboratórios que realizam este tipo de exame e garantir o tratamento de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero.

A Portaria SAS/MS nº 375, de 10 de novembro de 2009 (BRASIL/MS/SAS), aprova o roteiro a ser utilizado na elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS. As Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, INCA/MS, 2011, têm como recomendação o exame Papanicolau às mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente àquelas da faixa etária de 25 a 64 anos, definida como a

população-alvo. A rotina preconizada é a repetição do exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, com exceção das mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas que devem realizar o exame semestralmente/anualmente, pois apresentam defesa imunológica reduzida e, portanto, maior vulnerabilidade para as lesões precursoras de câncer do colo do útero. Por outro lado, não devem ser incluídas no rastreamento as mulheres histerectomizadas por outras razões que não o câncer do colo do útero.

O Decreto Presidencial nº 7.508/2011 regulamenta a lei 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, propiciando o aprimoramento do pacto pela Saúde e contribuindo na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros. Trata da regionalização da saúde no sentido de adequar as diretrizes do pacto pela saúde a um novo formato de pactuação regional. Define a região de saúde, a composição da região de saúde e os pontos de atenção que são obrigatórios em uma região de saúde e determina a garantia de responsabilidade entre os gestores de cada município que compõe a região através do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Também define a forma de planejamento de gestão financeira que, através da câmara técnica regional, vai acessar os gestores tecnicamente para cumprimento dos seus compromissos sanitários. Além de agrupar os objetivos e metas do pacto pela saúde respeitando os eixos sanitários.

Outras portarias foram publicadas com o intuito de fortalecer as ações de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, conforme o quadro a seguir:

**Quadro 2** Evolução das Políticas e Diretrizes da Prevenção do Câncer do Colo do Útero

ANO	DOCUMENTO	SÍNTESE
1984	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	Programa que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero.

1986	Programa de Oncologia (PRO-ONCO)	Projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”. Uma grande contribuição do PRO-ONCO foi a realização da reunião nacional, em 1988, conhecida por “Consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cervicouterino”
1996	Programa Viva Mulher	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos.
1998	Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998	Instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero.
1998	Portaria GM/MS nº3041 / 1998	Instituiu, sob a supervisão da Secretaria de Políticas de Saúde, o Comitê Executivo do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.
1999	Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999	Transferência da coordenação do programa do câncer para o INCA.
1999	Portaria nº 408, de 30 de agosto de 1999	Define o sistema de informática oficial do Ministério da Saúde – SISCOLO como componente estratégico no monitoramento e no gerenciamento das ações.
2005	Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO)  Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005	Estabelece o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde.
2006	SAS/MS nº 287 / 2006	Estabelece fluxo para envio, avaliação e atualização da base nacional de dados do Siscolo.
2006	Pacto pela Saúde	Inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios, para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional.

2007	SAS/MS nº 3212 / 2007	Institui um Comitê Permanente para acompanhar e monitorar a implementação de ações relativas à vacina contra o HPV.
2007	MS / Portaria nº 2918 / 2007	Exclui e altera procedimentos da tabela SIA/SUS e SIH/SUS relativos ao controle do câncer de colo do útero e de mama.
2009	Portaria SAS/MS nº 375, de 10 de novembro de 2009	Aprova o roteiro a ser utilizado na elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.
2010	GM/MS nº 310/2010	Institui Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.
2011	Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero – MS	Recomendações padronizadas para condutas clínicas.
2011	MS/MS Portaria nº 558/2011	Constitui o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama.
2011	MS/GM Portaria nº 1682/2011	Institui o Grupo Coordenador Nacional da Força-Tarefa para a avaliação dos laboratórios de citopatologia no âmbito do SUS.
2011	Portaria Presidencial nº 7.508/2011	Regulamenta a lei 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Definiu e aprofundou os conceitos de Regionalização, Hierarquização, Região de Saúde e Contrato entre os Entes Públicos.

2011	Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 De Outubro de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
2011	MS/GM Portaria nº 2.012/2011 de 23 de agosto de 2011.	Estabelece recursos adicionais para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres do colo uterino e de mama.
2012	MS/GM Portaria nº 931/2012 de 10 de maio de 2012.	Institui o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS).
2013	MS/GM Portaria nº 1504 de 23 de julho de 2013.	Institui a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas Portadoras de Doenças Crônicas.
2013	MS/GM Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013.	Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Revogada pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014.
2013	MS/GM Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013.	Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2013	MS/GM PORTARIA nº 3.388 de 30 de dezembro de 2013.	Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

2014	MS/GM Portaria nº 176 de 29 de janeiro de 2014.	Altera dispositivos da Portaria nº 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (Qualicito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
2014	MS/GM Portaria nº 189 de 31 de janeiro de 2014.	Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.
2014	MS/GM Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014.	Redefinem os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2014	MS/GM Portaria nº 1.220 de 03 de junho de 2014.	Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, e estabelece o prazo de até 60 dias para o paciente com neoplasia maligna comprovada por laudo patológico se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

2014	MS/GM Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014.	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.
2016	MS/GM Portaria nº 94 de 21 de janeiro de 2016.	Altera a Portaria nº 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que trata da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito).
2016	MS/GM Portaria nº 497, de 9 de maio de 2016	Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero

Fonte: INCA acesso em 26/02/2016

Apesar de o câncer de colo do útero ser altamente prevenível, detectável precocemente e de existirem políticas públicas de saúde com normas e diretrizes bem definidas voltadas para o rastreamento precoce de lesões precursoras, ainda existe um grande número de mulheres que não fazem o exame ou o fazem sem obedecer ao critério estabelecido.

## 2.5. Graus de recomendação para o rastreamento do câncer do colo do útero

O grau de recomendação é um parecer emitido por uma instituição internacionalmente reconhecida e respeitada para implementação ou não de medidas preventivas no serviço de saúde. Alguns critérios como viabilidade, custos, questões políticas, características de uma população e evidências científicas são considerados, por isso, o grau de recomendação pode variar entre as instituições. O grau de recomendação adotado foi o da Força-Tarefa Americana para Serviços Preventivos – *U.S. Preventive Service Task Force*, que ordenou sua recomendação em cinco classificações (A, B, C, D e I) que demonstra a força da evidência e a relevância do benefício líquido (benefícios menos danos), conforme quadro a seguir:

**Quadro 3** Graus de recomendação para rastreamento segundo USPSTF

<b>Grau</b>	<b>Definição do grau</b>	<b>Sugestão para a prática</b>
A	A prática é recomendada. Há alta convicção de que o benefício líquido é substancial.	Ofereça ou forneça a prática.
B	A prática é recomendada. Há alta convicção de que o benefício líquido é moderado ou existe moderada convicção de que o benefício líquido é moderado ou substancial	Ofereça ou forneça a prática.
C	A prática não é recomendada rotineiramente. Pode haver considerações que embasam a prática para um indivíduo. Existe pelo menos moderada convicção de que o benefício líquido é pequeno.	Ofereça ou forneça a prática apenas se outras considerações embasam esta decisão para um indivíduo.
D	A prática não é recomendada. Existe moderada ou alta convicção de que a prática não tem benefício líquido ou os danos superam os benefícios.	Desencorajar a prática desse serviço
I	A evidência atual é insuficiente para avaliar o balanço entre benefícios e danos decorrentes da prática. Não há evidência ou é de baixa qualidade ou conflitante e o balanço entre benefícios e danos decorrentes da prática não pode ser determinado	Se a prática for oferecida, os pacientes devem entender que existe incerteza do balanço entre benefícios e danos.

Fonte: Brasil, 2016- (AHRQ, U.S. Preventive service task force, 2010)<sup>1</sup>

O protocolo de rastreamento do câncer do colo do útero é a realização do exame citopatológico às mulheres com vida sexual ativa, na faixa etária de 25 a 64 anos, definida como a população-alvo. A rotina preconizada é a repetição do exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano.

Recomendação para Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (Portaria 497/2016):

O rastreamento do câncer do colo do útero é recomendado fortemente às mulheres sexualmente ativas e que tenham a cérvix na frequência trienal após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano; as gestantes e mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres (Grau de recomendação A).

<sup>1</sup> USPSTF–United State Preventive Service Task Force ([www.ahrq.gov/CLINIC/uspstfix.htm](http://www.ahrq.gov/CLINIC/uspstfix.htm)) é um grupo independente de especialistas em prevenção e medicina baseada em evidências que trabalha para melhorar a saúde de todos os americanos, com o objetivo de elaborar recomendações para a saúde da comunidade.

As mulheres imunossuprimidas devem ser submetidas ao exame citopatológico após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Em mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4+ e, enquanto isso devem fazer o rastreamento citológico a cada 6 meses (Grau de recomendação B).

Para as mulheres maiores de 65 anos que nunca se submeteram ao exame, devem ser realizados dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, estas mulheres podem ser dispensadas do rastreamento (Grau de recomendação B).

O rastreamento antes dos 25 anos de idade deve ser evitado e mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero (Grau de recomendação D).

As diretrizes brasileiras estão de acordo com as recomendações dos principais programas internacionais. Entretanto, apesar das recomendações, ainda é prática comum o exame anual (INCA, 2010). Segundo a OMS, os motivos pelos quais muitos países recomendam suspender o rastreamento em torno dos 60/65 anos de idade ou mais, são: baixa adesão das mulheres mais velhas aos programas, dificuldade em obter citologia adequada após a menopausa, além do baixo risco para desenvolver o CCU em mulheres que participaram ativamente do rastreamento (BRASIL, 2010).

Para os países de menor recurso financeiro, a OMS recomenda que inicie o programa de rastreamento em mulheres com 30 anos ou mais e, se o rastreamento for feito apenas uma vez na vida, a idade ideal é entre 35 e 45 anos. Se os recursos estiverem disponíveis, pode-se utilizar o intervalo de três anos para as mulheres até 49 anos e de cinco anos para as mulheres acima de 50 anos. Não é necessário para as mulheres com mais de 65 anos, desde que os dois últimos esfregaços sejam negativos. Incluir as mais jovens somente quando o grupo de maior risco for coberto. E ainda, o rastreio anual não é recomendado em nenhuma idade (WHO, 2006).

Segundo a OMS, para o sucesso de um programa de rastreamento é necessário ter a população alvo definida e informada sobre o rastreamento, a garantia da capacidade deste programa em atingir altos níveis de cobertura, serviços de prestação de cuidados de alta qualidade e sistema de referência para seguimento e tratamento adequado. É necessário que haja vontade política com o apoio do Ministério da Saúde (WHO, 2002).

Um programa de rastreamento está voltado para a coletividade e não para a individualidade. É necessário rastrear uma grande quantidade de pessoas saudáveis e assintomáticas para detectar alguns pacientes com a condição pesquisada. Caso a cobertura do rastreamento não seja de base populacional, o rastreamento na comunidade passa a ser inefetivo (BRASIL, 2010b, p. 19).

No Brasil, o Programa de Controle do Câncer do colo do útero contempla o rastreamento oportunístico pela Atenção Primária à Saúde que oferece o teste Papanicolau a todas as mulheres que procuram o serviço. De acordo com a OMS, a efetividade do programa de controle do câncer do colo do útero depende da cobertura da população alvo alcançada. Assim, preconiza-se uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% (WHO, 2002).

## **2.6. Monitoramento da qualidade dos exames**

O laboratório exerce um papel fundamental no programa de rastreamento do câncer do colo do útero, pois permite a avaliação e o monitoramento da qualidade do exame em todas as suas etapas. A Portaria nº 3.388/2013 redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero. Tem como objetivo promover a melhoria contínua dos exames, incentivar o aumento da cobertura dos exames citopatológicos, estabelecer parâmetros e critérios de qualidade, promover a melhoria dos padrões de qualidade dos laboratórios que realizam o exame, promover a educação permanente dos profissionais de saúde e monitorar os indicadores de qualidade dos exames.

O Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero prevê a garantia da qualidade do exame

citopatológico. O monitoramento da qualidade compreende o Monitoramento Interno (MIQ) e o Monitoramento Externo (MEQ). O monitoramento interno corresponde a um sistema de controle da qualidade de exames realizados pelo próprio laboratório e o monitoramento externo compreende diferentes formas de avaliação do produto final e de seus executores, sendo efetuado por profissional externo ao laboratório de origem, em laboratório habilitado pelo Ministério da Saúde para esta função. O Município do Rio de Janeiro implantou o monitoramento externo de qualidade em 2014 e tem como laboratório monitor a Seção Integrada Tecnológica da Divisão de Anatomia Patológica do Instituto Nacional do Câncer (SITEC).

## **2.7. Sistema de informação**

O SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do colo do útero) é o sistema utilizado no Brasil como ferramenta para monitorar as ações do programa de controle do câncer do colo do útero em todo território nacional. É um sistema informatizado de entrada de dados, desenvolvido pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS) em parceria com o INCA, com o objetivo de auxiliar a estruturação do programa de rastreamento. Este sistema permite avaliar a cobertura da população-alvo, a qualidade dos exames, a prevalência das lesões precursoras, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados e a melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento. Além de ser um importante sistema de conferência dos valores de exames pagos em relação aos exames apresentados.

Os dados do SISCOLO estão disponíveis para consulta pública no Tabnet. Atualmente o SISCOLO não permite a identificação nem o número de mulheres examinadas, mas apenas a quantidade de exames realizados, dificultando o conhecimento preciso das taxas de captação e cobertura. As bases do SISCOLO não contemplam os exames realizados pela saúde suplementar. Um problema a ser superado é a falta de informações confiáveis sobre a cobertura do exame citológico, pois alguns estados não enviam suas bases de dados (ANDRADE, 2012).

Este sistema está sendo substituído pelo SISCAN, que integrará as informações do SISCOLO e SISMAMA.

## 2.8. Cobertura do exame citopatológico

O câncer do colo do útero representa uma prioridade da Política Nacional de Atenção Oncológica. O Ministério da Saúde destaca sua importância através do Pacto pela Saúde em 2006, em que estão pactuadas ações prioritárias e estratégias para a atenção à saúde. No Brasil, não se conhece o número de mulheres examinadas, mas somente o número de exames realizados, o que dificulta o cálculo da cobertura. O principal indicador pactuado para a cobertura é a razão de exames realizados e população-alvo.

Em fevereiro de 2013 o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASENS) pactuaram sete premissas norteadoras para a definição do processo de pactuação de indicadores. A partir daí, foram definidas as diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015 para o fortalecimento do planejamento integrado do sistema único de saúde e a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). Este acordo tem como finalidade a integração e organização das ações e serviços de saúde que definirão as responsabilidades dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde e os critérios de avaliação de desempenho.

Os indicadores de desempenho são medidas utilizadas como instrumento de monitoramento para apontar processos ou serviços que necessitam de uma avaliação mais direta. Na diretriz da promoção da saúde da mulher o indicador utilizado é a “Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária” (relação entre o total de exames realizados em mulheres de 25 a 64 anos e um terço das mulheres deste mesmo grupo etário residentes no mesmo local e período, uma vez que este exame tem periodicidade trienal), cuja meta é a ampliação anual da razão com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer do colo do útero. Este indicador tem como principal limitação, avaliar a oferta de exames com base no número de exames realizados e não de mulheres examinadas. A razão pactuada para o ano de 2015 foi de 0,35.

**Quadro 4** Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos no Município do Rio de Janeiro no ano de 2015:

Área Programática	Meta anual de mulheres	Total de exames realizados	% da meta atingido	Razão
1.0	11.554	7.568	65,50	0,26
2.1	26.990	8.861	32,83	0,13
2.2	15.525	4.156	26,77	0,11
3.1	33.362	26.614	79,77	0,32
3.2	23.039	18.885	81,97	0,33
3.3	36.876	28.451	77,15	0,31
4.0	36.291	15.505	42,72	0,17
5.1	25.297	24.801	98,04	0,39
5.2	25.234	22.235	88,12	0,35
5.3	13.222	21.558	166,04	0,65
Total das UAP	247.390	178.634	72,21	0,30

Fonte: Plataforma Subpav

Segundo os registros do sistema de informações ambulatoriais do DATASUS SIA/SUS, no ano de 2008 foram realizados 140.713 coletas de material para exame citopatológico do colo do útero (procedimento nº 0201020033), com aumento anual, chegando a 264.007 exames em 2015, demonstrando que houve ampliação na oferta de exames nas unidades básicas de saúde. Destes, 178.634 exames, 67,6%, foram realizados no grupo etário alvo (TABNET, 2016).

Apesar do aumento da oferta dos exames, o município do Rio de Janeiro atingiu uma razão de 0,30, abaixo da meta pactuada de 0,35. Observa-se, ainda, que existe uma grande variedade de cobertura entre as áreas programáticas. O alto percentual da área programática 5.3 pode se justificar por ter sido a primeira área a receber o investimento de expansão da ESF (SORANZ *et al*, 2016).

Um estudo realizado pela Gerência do Câncer da Secretaria Municipal de Saúde em fevereiro de 2016 com a projeção da necessidade de exames a serem realizados por equipe de saúde para o alcance da meta pactuada no SISPACTO (0.40 para o ano de 2016), demonstrou que a necessidade de coleta variava entre as áreas programáticas de 1 a 15 exames por equipe/semana, conforme Quadro 5.

**Quadro 5** Necessidade de exames colpocitológicos por área programática no ano de 2016

AP	EXAMES PARA COMPLETAR A META	EXAMES POR EQUIPE/10 MESES	EXAMES POR EQUIPE/MÊS	EXAMES POR EQUIPE/SEM ANA	EXAMES POR EQUIPE/DIA	Total de ESF
AP 1.0	8.854	161	16	4	0,8	55
AP 2.1	24.025	364	36	9	1,8	66
AP 2.2	14.283	476	48	12	2,4	30
AP 3.1	31.628	188	19	5	0,9	168
AP 3.2	21.492	253	25	6	1,3	85
AP 3.3	35.308	247	25	6	1,2	143
AP 4.0	31.536	584	58	15	2,9	54
AP 5.1	15.080	118	12	3	0,6	128
AP 5.2	16.950	127	13	3	0,6	133
AP 5.3	6.511	57	6	1	0,3	114
<b>Total das UAP</b>	<b>205.668</b>	<b>1399</b>	<b>140</b>	<b>35</b>	<b>7,0</b>	<b>Meta alcançada</b>

Fonte: Plataforma SUBPAV – Ciclo de Debates 2016. Acesso em: 12/01/2017

Para avaliar a efetividade das ações, o Município do Rio de Janeiro utiliza também o indicador “Proporção de mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP” que tem como meta 80% de cobertura e verificação trimestral, uma vez que a razão de citopatológicos considera a quantidade de exames realizados e não a quantidade de mulheres examinadas, dificultando a avaliação da cobertura real.

## 2.9. Acesso aos serviços de saúde e rastreamento do CCU

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, é um direito fundamental a todo cidadão brasileiro (BRASIL,1988). Além disso, a legislação brasileira considera a saúde como resultado de diversos determinantes, incluindo o acesso à assistência a saúde. A Organização Mundial da Saúde propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente.

Os estudos demonstram que o acesso depende de muitas variáveis que se refletem diretamente no uso do serviço, portanto, o acesso deve ser uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas. Para

Donabedian (1972) o cuidado é acessível quando é fácil de ser iniciado e mantido. Starfield (2002) acrescenta que a importância do fácil acesso à atenção para reduzir a mortalidade e morbidade é reconhecida há muitos anos e que vários estudos apontam que a atenção primária deve funcionar como o primeiro contato com o sistema de saúde, aumentando assim, o acesso do usuário.

De acordo com os estudos, a realização do exame preventivo não está relacionada apenas com a oferta do serviço, mas também a fatores pessoais relacionados a valores culturais e características sociais da população. A literatura tem relatado que à medida que diminui o nível socioeconômico, aumenta a prevalência de mulheres sem cobertura do exame citopatológico, demonstrando que existem desigualdades raciais e sociais na realização deste exame. Esse indicador demonstra a necessidade de intervenção mais efetiva por parte dos serviços, tendo em vista que este segmento da população é o que mais depende dos serviços do SUS. Entre os principais motivos referidos pelas mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolau nos estudos analisados, se destacam a falta de conhecimento das mulheres quanto à importância do exame de rastreamento e informações sobre a doença (riscos da doença x benefícios do rastreamento), além de sentimentos como medo da dor, medo do resultado positivo para câncer, vergonha, ansiedade, nervosismo e características demográficas como idade, raça/cor, escolaridade, renda, classe social, situação conjugal e grau de autonomia (FERREIRA, 2009; GASPERIN, 2011; CASARIN e PICOLLI, 2011; BORGES, 2012).

Ramos (2014) acrescenta o despreparo dos profissionais no momento da coleta e a falta de diálogo com a usuária como uma grande deficiência apontada. Para Borges (2012), o acesso da população à educação em saúde, com informações claras, atualizadas e apropriadas para cada território, deve ser parte integrante para o controle do CCU e deve ocorrer de forma contínua.

Alguns países desenvolvidos reduziram a morbimortalidade através de programas de rastreamento de base populacional implantados a partir de 1950 e 1960. A experiência desses países mostra que a incidência de CCU foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura e seguimento das mulheres (WHO, 2008). Em algumas regiões da Comunidade Europeia, como Islândia, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Noruega,

Holanda e Reino Unido, que utilizam o rastreamento citopatológico como principal estratégia para o controle da doença, foram observadas quedas significativas, tanto na incidência quanto na mortalidade por CCU, demonstrando que o declínio da mortalidade por este tipo de câncer está diretamente relacionado ao percentual da população feminina testada (BRASIL, 2002).

A experiência dinamarquesa foi apresentada no Encontro Regional de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Istambul, Turquia em outubro de 2011. A Dinamarca tem 5,7 milhões de habitantes e um sistema de saúde descentralizado. O rastreamento do CCU foi organizado em base populacional, ocorreu em algumas áreas desde 1962 e em 2006 alcançou todo o país (três anos de cobertura de 80%). O rastreamento, o acompanhamento e o tratamento são gratuitos. As mulheres entre 23-49 anos são convidadas a realizar o exame preventivo a cada 3 anos e as mulheres entre 50-64 anos a cada 5 anos. A experiência dinamarquesa demonstrou uma queda da incidência e mortalidade por CCU quando o rastreio foi organizado. O convite pessoal foi muito importante para a participação da maioria das mulheres em risco, resultando em alta cobertura (WHO Europe, 2012).

A única experiência encontrada no Brasil com o programa de rastreamento organizado por base populacional foi o Programa da Mulher Curitibana, porém com foco para o rastreamento do câncer de mama, atendendo mulheres com 50 anos ou mais. Alguns estados apresentaram algumas iniciativas com o objetivo de ampliar a cobertura do exame citopatológico. Foram encontradas no interior do país algumas experiências com unidades móveis voltadas para o atendimento às mulheres.

Foi observado também, investimento nos processos educativos, como palestras e sala de espera com as mulheres, aumentando a adesão ao exame. Castro (2010) relatou que o investimento em educação em saúde, em uma clínica da família em Belo Horizonte, Minas Gerais, com a criação de um espaço de roda de conversa, que possibilitou a troca de experiências e saberes, em que as mulheres mais vulneráveis e de risco foram convidadas pelos agentes comunitários de saúde a participar, ampliou o acesso de 50% para 90% destas mulheres ao exame Papanicolau. Embora essas iniciativas sejam importantes, parece não garantir que toda a população alvo seja rastreada.

Gasperin *et al* (2011) em seu estudo sobre a cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do CCU, em mulheres residentes na área urbana de Florianópolis, destacaram o fato de que a visita do agente comunitário de saúde não influenciou no aumento da cobertura ou na regularidade do exame citopatológico do colo do útero. Demonstrou, assim, que não basta somente a presença do agente comunitário, sendo necessário um planejamento das ações voltadas para a captação das mulheres, segundo as diretrizes do programa.

## 2.10. Organização da Atenção Primária à Saúde

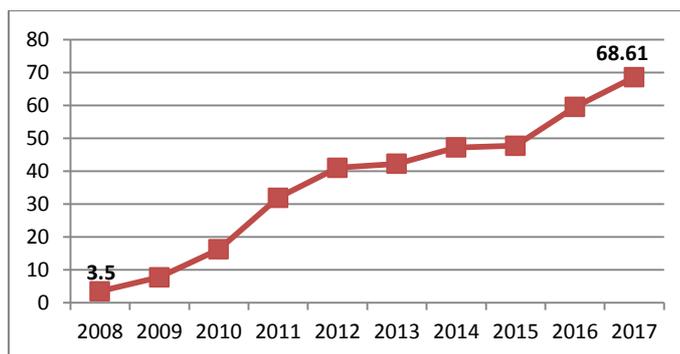
Já é consenso em todo o mundo que os Sistemas Nacionais de Saúde devem basear-se na Atenção Primária. Como política de ampliação do acesso aos serviços de saúde, o Brasil tem fortalecido e qualificado a rede de atenção primária com a implementação das equipes de saúde da família, por sua comprovada eficiência na utilização dos recursos, efetividade das práticas e por constituir uma importante porta de entrada do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

Nos últimos oito anos, o município do Rio de Janeiro lançou o Programa Saúde Presente com o conceito de territorialização da cidade e que teve como objetivo a expansão dos serviços de saúde a toda população do Rio de Janeiro. Houve uma importante ampliação da Estratégia Saúde da Família, cuja cobertura da população era de 3,5% em dezembro de 2008, tendo chegado a 68,61% em fevereiro de 2017 (Subpav Painel de Indicadores. Acesso em 16/02/2017).

**Quadro 6** Expansão da ESF no município do Rio de Janeiro

<b>Ano</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Cobertura da população em %</b>	3.5	7.8	16.27	31.93	41.03	42.27	47.19	47.73	59.52	68.61

Fonte: SMS/SUBPAV – Expansão da ESF. Acesso em 16/02/2017

**Gráfico1** Expansão da ESF no município do Rio de Janeiro (Período: 2008 - 2017)

Fonte: SMS/SUBPAV – Expansão da ESF. Acesso em 16/02/2017

Os serviços de saúde do município do Rio de Janeiro estão organizados em dez áreas programáticas onde se localizam as respectivas instâncias gerenciais no âmbito da APS, as Coordenadorias de Área Programática (CAP). Atualmente possui 113 Clínicas da Família e 111 Centros Municipais de Saúde, com um total de 1.257 equipes de Saúde da Família (SMS/SUBPAV. Acesso em 16/02/2017).

Com o objetivo de agilizar a aquisição de bens e serviços e a provisão de profissionais de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro repassou a gerência da Estratégia Saúde da Família para Organizações Sociais de Saúde (OSS), mediante contratos de gestão que discriminam objetivos e metas a serem alcançados na prestação de serviços. Na contratualização, na busca pelo melhor desempenho do serviço, consta no contrato de gestão, a produtividade esperada das equipes de saúde e os indicadores e metas de desempenho a serem cumpridos pela gestão da OSS e pelos profissionais de saúde, que compõem o sistema de incentivos ao desempenho das OSS vinculados a um repasse financeiro de uma parte variável do recurso. É dividido em três partes: variável 1, incentivo institucional à gestão da OSS; variável 2: incentivo institucional às unidades de saúde, destinado à utilização de recursos para a melhoria das condições de trabalho como capacitação dos profissionais, aquisição de equipamentos e melhorias do espaço físico; variável 3: incentivo financeiro aos profissionais de saúde.

Segundo Costa e Silva *et al* (2014), o sistema de incentivos é importante pois estimula o preenchimento correto do sistema de informação, uma vez que, sem bons registros clínicos, não é possível avaliar o trabalho realizado e nem garantir os cuidados adequados. O monitoramento sistemático das metas possibilita a análise

da tendência de cada indicador ao longo do tempo e em grupos populacionais. As Coordenadorias de Área são as responsáveis pela fiscalização dos contratos de gestão estabelecidos com as OSS para cada uma das áreas programáticas. A avaliação é feita trimestralmente por uma Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) composta por servidores públicos.

As Unidades da ESF utilizam o prontuário eletrônico do paciente (PEP) para cadastro da população e registro das informações. Uma das vantagens do prontuário eletrônico é a garantia da legibilidade dos registros, além de organizar as informações e permitir o uso simultâneo, visto que disponibiliza as informações a todos os profissionais envolvidos. É também de grande importância para o gerenciamento de informações sobre saúde, uma vez que o PEP possibilita uma busca rápida das informações, além de gerar relatórios com indicadores de saúde. O PEP foi uma inovação no sistema de informação e é a fonte oficial de informação das atividades desenvolvidas na ESF. Foi implantado nas unidades de saúde a partir de 2011. No município existem cinco softwares de PEP: *Vitacare*, que é utilizado na maioria da ESF, o *Medicine One*, *Prime*, PR Sistemas e o e-SUS (SMS RJ, 2017).

O indicador de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero está pactuado na variável 2 (V2) do contrato de gestão com as OSS, cuja meta é de 80% de cobertura. Para o monitoramento deste indicador, é usado o relatório da variável 2 (V2), Indicador D1 – “Porcentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos três anos”, emitido pelo prontuário eletrônico, que contabiliza as mulheres entre 25 e 64 anos que tenham o registro do resultado de colpocitologia nos últimos três anos e que pertençam à área de abrangência da equipe e, utiliza como denominador o número total de mulheres nesta faixa etária cadastradas, demonstrando assim a cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero daquela equipe. Também é gerada uma lista nominal das mulheres entre 25 e 64 anos, cadastradas, e que não tenham registro de resultado de colpocitologia no prontuário eletrônico nos últimos três anos.

A fórmula para o cálculo deste indicador é: a quantidade de mulheres de 25 a 64 anos com resultado do exame citopatológico informado no prontuário eletrônico / quantidade de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas na unidade x 100.

O quadro a seguir mostra o percentual de cobertura alcançado por área programática no município do Rio de Janeiro no ano de 2015, de acordo com o resultado dos exames citopatológicos registrados no PEP.

**Quadro 7** Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por AP

Área Programática	% de Mulheres com resultado registrado no PEP
AP 1.0	Sem informação
AP 2.1	36.38
AP 2.2	27.52
AP 3.1	16.48
AP 3.2	33.70
AP 3.3	24.28
AP 4.0	28.26
AP 5.1	32.08
AP 5.2	30.38
AP 5.3	39.88
Média	30.93

Fonte: SMS RJ/Gerência do Câncer, 2016

A meta deste indicador é de 80% de cobertura e nenhuma das áreas programáticas conseguiu chegar a 40%, ficando muito abaixo da cobertura esperada. Os quadros a seguir, mostram o percentual de cobertura alcançado por unidade de saúde em cada área programática.

**Quadro 8** Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na área de abrangência 2.1 no quarto trimestre do ano de 2015

Área Programática	Número de equipes	Unidade de Saúde	% no 4º Trimestre de 2015
2.1	5	CMS DOM HELDER CAMARA	39,90
2.1	6	CMS DR ALBERT SABIN	42,81
2.1	3	CMS DR RODOLPHO PERISSE / VIDIGAL	17,91
2.1	8	CMS JOAO BARROS BARRETO	31,71
2.1	5	CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES	39,78
2.1	11	CMS MANOEL JOSE FERREIRA	29,76
2.1	1	CMS VILA CANOAS	45,79
2.1	3	CF SANTA MARTA	38,74
2.1	4	CF CANTAGALO PAVÃO PAVAOZINHO	89,18
2.1	11	CF MARIA DO SOCORRO/ROCINHA	30,60

2.1	8	CF RINALDO DE LAMARE	29,06
2.1	4	CMS CHAPÉU MANG BABILONIA	40,07

Fonte: SMS RJ/Gerência do Câncer, 2016

**Quadro 9** Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na área de abrangência 2.2 no quarto trimestre do ano de 2015

Área Programática	Número de equipes	Unidade de Saúde	% no 4º Trimestre de 2015
2.2	4	CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA	25,27
2.2	3	CMS NICOLA ALBANO	42,09
2.2	2	CMS PROF JULIO BARBOSA	42,73
2.2	3	CMS CARLOS FIGUEIREDO FILHO (BOREL)	44,80
2.2	1	CMS CASA BRANCA	34,09

Fonte: SMS RJ/Gerência do Câncer, 2016

**Quadro 10** Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na área de abrangência 3.2 no quarto trimestre do ano de 2015

Área Programática	Número de equipes	Unidade de Saúde	% no 4º Trimestre de 2015
3.2	3	CMS DR EDUARDO ARAUJO V. LEITE	44,92
3.2	4	CMS MILTON FONTES MAGARAO	39,85
3.2	5	CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	24,21
3.2	4	CMS DR RENATO ROCCO	41,72
3.2	4	CMS DR CARLOS GENTILLE DE MELLO	30,78
3.2	4	POLICLINICA CESAR PERNETTA	35,22
3.2	3	CMS MANGUEIRA / CMS TIA ALICE	57,64
3.2	1	CMS PROF ANTENOR NASCENTES	33,30
3.2	6	CF HERBERT DE SOUZA	25,52
3.2	5	CF ISABEL DOS SANTOS	45,66
3.2	6	CF ANNA NERY	34,59
3.2	5	CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	33,05
3.2	5	CF CABO EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	35,56
3.2	7	CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	31,05
3.2	6	CF BARBARA STARFIELD	43,64
3.2	6	CF BIBI VOGEL	42,70
3.2	5	CF SERGIO NICOLAU AMIN	31,19
3.2	6	CMS RODOLPHO ROCCO	47,56
3.2	3	CF CARIOCA	46,28

Fonte: SMS RJ/Gerência do Câncer, 2016

**Quadro 11** Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na área de abrangência 3.3 no quarto trimestre do ano de 2015

Área Programática	Número de equipes	Unidade de Saúde	% no 4º Trimestre de 2015
3.3	6	CMS CLEMENTINO FRAGA	20,97
3.3	4	CMS PROF CARLOS CRUZ LIMA	23,64
3.3	9	CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER	34,41
3.3	5	CMS CARMELA DUTRA	26,58
3.3	1	CMS DR FLAVIO COUTO VIEIRA	28,51
3.3	4	CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO	32,96
3.3	4	CMS DR NASCIMENTO GURGEL	23,78
3.3	3	CMS DR MARIO OLINTO DE OLIVEIRA	31,82
3.3	7	CMS ENF EDMA VALADAO	28,75
3.3	4	CMS FAZENDA BOTAFOGO	21,83
3.3	3	CMS PORTUS E QUITANDA	16,98
3.3	10	CF SOUZA MARQUES	23,81
3.3	4	CMS MORRO UNIAO	26,95
3.3	6	CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA	20,60
3.3	8	CMS ENF MARCOS VALADAO	34,50
3.3	5	CF JOSUETE SAT ANNA DE OLIVEIRA	24,82
3.3	6	CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES	32,66
3.3	4	CF EPITACIO SOARES REIS	21,55
3.3	6	CF ANA MARIA CONCEIÇÃO SANTOS CORREIA	26,37
3.3	3	CF MAESTRO CELESTINO	35,92
3.3	1	CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO	35,24
3.3	9	CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO	19,66
3.3	8	CF M. HERMES/ CF DANTE ROMANO JUNIOR	35,55

Fonte: SMS RJ/Gerência do Câncer, 2016

**Quadro 12** Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na área de abrangência 4.0 no quarto trimestre do ano de 2015

Área Programática	Número de equipes	Unidade de Saúde	% no 4º Trimestre de 2015
4.0	3	CMS CECILIA DONNANGELO	36,70
4.0	3	CMS JORGE SALDANHA BANDEIRA DE MELLO	40,48
4.0	2	CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO	27,93
4.0	3	CMS DE CURICICA	37,52
4.0	3	CMS CANAL DO ANIL	34,52
4.0	2	CMS HAMILTON LAND	33,55

4.0	2	CMS NOVO PALMARES	50,60
4.0	2	CMS SANTA MARIA	45,32
4.0	3	CF MAURY ALVES DE PINHO	55,43
4.0	1	CMS ITANHANGA	54,20
4.0	4	CMS NEWTON BETHLEM	21,94
4.0	10	CF OTTO ALVES DE CARVALHO	17,12
4.0	5	CF PADRE JOSE DE AZEVEDO TIUBA	26,54

Fonte: SMS RJ/Gerência do Câncer, 2016.

**Quadro 13** Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na área de abrangência 5.1 no quarto trimestre do ano de 2015

Área Programática	Número de equipes	Unidade de Saúde	% no 4º Trimestre de 2015
5.1	6	CMS WALDYR FRANCO	32,24
5.1	3	CMS DR HENRIQUE MONAT	66,15
5.1	3	CMS PADRE MIGUEL	27,38
5.1	5	CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA	35,41
5.1	6	CMS DR SILVIO BARBOZA	28,05
5.1	3	CMS PROF MASAO GOTO	41,06
5.1	4	CMS DR EITEL PINHEIRO DE OLIVEIRA	6,57
5.1	6	CF ANTONIO GONCALVES DA SILVA	27,50
5.1	7	CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA	30,75
5.1	5	CF ROSINO BACCARINI	40,88
5.1	3	CMS CATIRI	31,37
5.1	6	CF FIORELLO RAYMUNDO	27,50
5.1	8	CF OLIMPIA ESTEVES	36,02
5.1	7	CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA	52,80
5.1	6	CF PADRE JOHN CRIBBIN	32,14
5.1	5	CF MARIO DIAS ALENCAR	34,27
5.1	6	CF NILDO AGUIAR	25,58
5.1	3	CMS MANOEL GUILHERME DA SILVEIRA FILHO	31,39

Fonte: SMS RJ/Gerência do Câncer, 2016

**Quadro 14** Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na área de abrangência 5.2 no quarto trimestre do ano de 2015:

Área Programática	Número de equipes	Unidade de Saúde	% no 4º Trimestre de 2015
5.2	1	CMS DR GARFIELD DE ALMEIDA	28,96

5.2	7	CMS PROF EDGARD MAGALHAES GOMES	39,08
5.2	5	CMS DR OSWALDO VILELLA	26,54
5.2	4	CMS BELIZARIO PENNA	48,61
5.2	3	CMS DR MARIO RODRIGUES CID	31,75
5.2	2	CMS DR ALVIMAR DE CARVALHO	18,65
5.2	2	CMS DR WOODROW PIMENTEL PANTOJA	19,75
5.2	4	CMS DR RAUL BARROSO	45,87
5.2	2	CMS DR MOURAO FILHO	56,86
5.2	4	CMS DR MAIA BITTENCOURT	25,76
5.2	4	CMS DR ADAO PEREIRA NUNES	29,48
5.2	4	CMS PROF MANOEL DE ABREU	47,98
5.2	3	CMS DR PEDRO NAVA	23,86
5.2	6	CMS ANA GONZAGA E VILA ESPERANCA	47,34
5.2	3	CMS JARDIM ANAPOLIS	32,16
5.2	7	CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO	33,61
5.2	2	CMS VILA SAO JORGE	29,66
5.2	6	CF DR. DAVID CAPISTRANO FILHO	29,93
5.2	5	CF AGENOR DE MIRANDA ARAUJO NETO	27,78
5.2	6	CMS VILA DO CEU	24,99
5.2	5	CMS CARLOS ALBERTO NASCIMENTO	23,93
5.2	6	CF DR ROGERIO ROCCO	40,66
5.2	3	CMS AGUIAR TORRES	17,79
5.2	5	CF DR JOSE DE PAULA LOPES PONTES	24,59
5.2	4	CF DR HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN	35,17
5.2	5	CF DR DALMIR DE ABREU SALGADO	36,64
5.2	7	CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO	34,45
5.2	6	CF ANTONIO GONCALVES VILLA SOBRINHO	34,45

Fonte: SMS RJ/Gerência do Câncer, 2016

**Quadro 15** Proporção de Mulheres com resultado de exame citopatológico registrados no PEP por Unidade na área de abrangência 5.3 no quarto trimestre do ano de 2015:

Área Programática	Número de equipes	Unidade de Saúde	% no 4º Trimestre de 2015
5.3	4	CMS DR CATTAPRETA	43,13
5.3	2	CMS ENF FLORIPES GALDINO PEREIRA	21,49
5.3	1	CMS ALOYSIO AMANCIO DA SILVA	32,91
5.3	6	CMS CESARIO DE MELO	39,86
5.3	7	CMS EMYDIO CABRAL	49,80

5.3	4	CMS DR CYRO DE MELLO	46,00
5.3	7	CMS PROF ERNANI DE PAIVA F. BRAGA	40,68
5.3	3	CMS DR JOAO BATISTA CHAGAS	36,46
5.3	8	CMS PROF WALDEMAR BERARDINELLI	40,29
5.3	4	CMS DR DECIO DO AMARAL FILHO	48,62
5.3	4	CMS PROF SAVIO ANTUNES	38,18
5.3	5	CF VALERIA GOMES ESTEVES	28,57
5.3	6	CMS ADELINO SIMOES	53,44
5.3	5	CF ILZO MOTTA DE MELLO	41,67
5.3	4	CF LENICE MARIA MONTEIRO COELHO	40,21
5.3	4	CF LOURENCO MELO	45,01
5.3	8	CF JOSE ANTONIO CIRAUDO	33,84
5.3	6	CF SERGIO AROUCA	35,07
5.3	3	CF HELANDE GONCALVES DE MELLO	38,31
5.3	5	CF JAMIL HADDAD	40,22
5.3	5	CF DEOLINDO COUTO	39,02
5.3	7	CF EDSON ABDALLA SAAD	45,46
5.3	3	CF SAMUEL PENHA VALLE	52,77

Fonte: SMS RJ/Gerência do Câncer, 2016

As Unidades das áreas 1.0 e 3.1 não foram incluídas por falta de disponibilidade dos dados. Foram excluídas as unidades de saúde com menos de três anos de funcionamento.

A partir dos dados apresentados, pode ser observado o baixo percentual de mulheres na faixa etária preconizada com registro de exame citopatológico no PEP, mesmo nas áreas de planejamento 5.1, 5.2 e 5.3 que atingiram a meta de 0.39, 0.35 e 0.65 para o indicador de cobertura do Ministério da Saúde “Razão de exame citopatológico” em 2015 (meta pactuada de 0.35) demonstrado no Quadro 4, indicando que as ações não estejam sendo direcionadas pela listagem do PEP, sugerindo que o intervalo de coleta seja menor que o estabelecido em protocolo, privilegiando um grupo de mulheres enquanto outras permanecem excluídas do rastreamento, comprometendo o efeito sobre a mortalidade por câncer do colo do útero. Este indicador permite comparar resultados e identificar áreas prioritárias de intervenção.

Um estudo realizado pelo INCA sobre avaliação de indicadores das ações de detecção precoce dos cânceres de colo e mama no Brasil e suas regiões no ano de

2013, constatou que 46,9% dos exames realizados, que não eram de primeira vez, em mulheres da faixa etária alvo, tiveram periodicidade igual ou menor que um ano, 22% no intervalo de dois anos e apenas 9,4% dentro do intervalo recomendado pelas diretrizes, demonstrando um excesso de exames realizados em uma mesma população (BRASIL, 2015).

O rastreamento é uma tecnologia da atenção primária e a busca das mulheres que não realizaram o exame, a partir das listagens emitidas pelo PEP, constitui uma importante estratégia para a captação de mulheres para o exame, e a análise do indicador D1V2 possibilita uma avaliação real da cobertura de citopatológico na população cadastrada na Unidade. Cabe às equipes de saúde da família desenvolver ações para a prevenção do câncer, monitorar as mulheres elegíveis para a realização do exame citopatológico e organizar o atendimento através de busca ativa pelo agente comunitário com convite individual, respeitando a necessidade da mulher quanto à escolha da data do exame. O componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha uma expressiva redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero é atingir uma alta cobertura da população-alvo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

O estudo tem como objetivo analisar a organização e as dificuldades de realização das ações de rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- 3.2.1 Identificar os fatores que contribuem para a baixa cobertura do exame citopatológico nas unidades de saúde pesquisadas;
- 3.2.2 Verificar a utilização dos relatórios emitidos pelo prontuário eletrônico na condução das ações de rastreamento do câncer do colo do útero;
- 3.2.3 Verificar o conhecimento dos profissionais quanto à utilização dos relatórios emitidos pelo prontuário eletrônico nas ações de rastreamento do câncer do colo do útero;
- 3.2.4 Identificar possíveis fatores que interferem na etapa de registro do resultado do exame citopatológico no prontuário eletrônico.

#### 4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo por método misto, com abordagem quantitativa e qualitativa, ambas utilizadas para a construção dos resultados. A relação entre os métodos foi de diálogo e complementariedade, beneficiando uma melhor e mais correta interpretação.

A postura dialética leva a compreender que dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) são inseparáveis e interdependentes. Ela permite criar um processo de dissolução de dicotomias: entre quantitativo e qualitativo; entre macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e objeto. (MINAYO *et al*, 2014, p.32).

Na etapa do estudo com abordagem quantitativa, realizamos um inquérito com aplicação de um questionário estruturado, e na etapa com abordagem qualitativa conduzimos entrevistas individuais semiestruturadas. Ambas as etapas centraram-se em profissionais gerente/diretor, médico ou enfermeiro de unidades da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro.

Um bom trabalho não se define pelo uso deste ou daquele método em particular, mas sim pelo fato de o método adotado apresentar imaginação e permitir que se perceba um bom problema e que se encontre uma boa maneira de estudá-lo (BECKER, 1996 *apud* DESLANDES E ASSIS, 2008, p.219).

Na primeira etapa, elaboramos um questionário específico para uso neste estudo, contendo um roteiro estruturado sobre as ações de rastreamento do câncer do colo do útero e a utilização dos relatórios emitidos pelo PEP para o monitoramento do indicador de cobertura e possíveis fatores associados à utilização dos mesmos. Dentre as vantagens do questionário, destacam-se as seguintes: ele permite alcançar um maior número de pessoas; é mais econômico; a padronização das questões possibilita uma interpretação mais uniforme dos respondentes, o que facilita a compilação e comparação das respostas escolhidas, além de assegurar o anonimato ao interrogado. Marconi e Lakatos (2002 p.201) definem o questionário estruturado como uma “série ordenada de perguntas, respondidas por escrito sem a presença do pesquisador”.

Foi realizado um pré-teste deste questionário (Anexo I) para avaliação crítica da compreensão e aceitabilidade do instrumento, com o intuito de verificar possíveis falhas existentes. O pré-teste foi efetuado após aprovação do CEP, em janeiro de 2017, de forma presencial, no CMS Carlos Alberto Nascimento da Área Programática (AP) 5.2, unidade com cinco equipes de saúde da família. Esta unidade foi escolhida para a realização do pré-teste, por ser uma das unidades eleitas para a etapa qualitativa. O pré-teste foi respondido por toda a equipe de saúde da unidade selecionada: o gerente, cinco médicos e cinco enfermeiros, não havendo recusa. Foi necessário reformular o questionário com algumas modificações relevantes, como podem ser verificadas nos Anexos I e II.

Uma vez validado o questionário (Anexo II), solicitamos ao Superintendente da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro que enviasse este instrumento por e.mail a todos os profissionais gerente/diretor, médico ou enfermeiro das unidades da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. Conforme orientam Marconi e Lakatos (1999, p. 100), enviamos junto com o questionário, uma nota explicando a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, tentando despertar o interesse do potencial participante para que ele preenchesse e devolvesse o questionário dentro de um prazo razoável.

A coleta de dados foi iniciada em fevereiro de 2017, as respostas foram aguardadas e aceitas até 02/06/2017. O questionário foi elaborado através de uma plataforma *online*, a “*google forms*”, onde os respondentes puderam, com facilidade e comodidade, retorná-lo respondido.

Vale destacar que a Secretaria Municipal de Saúde possui 224 unidades de saúde de Atenção Primária à Saúde com 1.257 equipes completas de saúde da família, cuja cobertura em fevereiro de 2017 é de 68,61% (SMS/SUBPAV/Painel de Indicadores. Acesso em 15/02/2017).

Galan e Vernette (*apud* FREITAS *et al*, 2004) acrescentam que a devolução dos questionários respondidos de um *mailing internet* é comparável àquelas obtidas via modo postal, variando de 7 a 13%, o que justifica a escolha de uma amostragem mais volumosa, para que os retornos sejam significativos.

Os resultados do questionário foram analisados descritivamente, expressos em valores numéricos absolutos e relativos.

O instrumento de coleta de dados do questionário foi dividido em dois blocos de perguntas, elaboradas com base nas variáveis de interesse do estudo.

#### Bloco 1- Caracterização do vínculo com a unidade de atuação do profissional

- Função: considerando as funções gerente/diretor, médico e enfermeiro.
- Tipo de Unidade: considerando tipo A (clínica da família) e tipo B (unidade básica com equipes da ESF).
- Tempo de funcionamento da unidade de saúde.
- Residência ou especialização em MFC/ Saúde da Família.
- Tempo de atuação na atual unidade de saúde.
- Ter recebido treinamento para utilização do PEP.
- Conhecer o protocolo do rastreamento do CCU.

#### Bloco 2- Identificação de variáveis da prática do profissional

- Se o profissional realiza o exame preventivo do CCU.
- Em que momento realiza o exame preventivo do CCU e se existe turno específico.
- Se insere o resultado do exame no PEP.
- Se conhece o relatório de cobertura do exame da variável (V2).
- Como é feito a captação das mulheres que não realizam o exame.

Os dados foram consolidados em uma planilha digital, do tipo Excel, elaborada com a finalidade específica de atender ao objetivo da investigação. Uma vez consolidados, foram tabulados e analisados. Foram construídos gráficos e tabelas visando dar maior visibilidade e entendimento aos resultados do estudo.

Na segunda etapa do estudo, utilizamos a abordagem qualitativa realizando uma entrevista semiestruturada para a qual construímos um roteiro com perguntas que visavam conhecer a organização das ações de rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família, a utilização dos relatórios emitidos pelo PEP e a estratégia utilizada para a captação das mulheres para a realização do exame preventivo (Anexo IV).

A entrevista é o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional e que tem, como principal objetivo, a obtenção de informações do entrevistado sobre determinado assunto ou problema. A entrevista semiestruturada segue um roteiro pré-estabelecido cuja finalidade é obter respostas às mesmas perguntas, já que as diferenças eventualmente encontradas devem refletir os respondentes e não as perguntas, possibilitando assim a comparação (MARCONI E LAKATOS, 1999).

Para a constituição da amostra de entrevistados escolhemos a AP 5.2 por esta área programática ter sido a que obteve a média de cobertura de 30,38%, que mais se aproximou da média de cobertura do município do Rio de Janeiro de 30,93%, no ano estudado.

A Área Programática 5.2 localiza-se na região oeste da cidade do Rio de Janeiro, composta pelos bairros Campo Grande, Santíssimo, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba e Pedra de Guaratiba. A AP 5.2 é dividida em três territórios – Campo Grande Sul, Campo Grande Norte e Guaratiba – e possui 16 Clínicas da Família, 17 Centros de Saúde com equipes de saúde da família, uma Policlínica, dois CAPS, um CAPSI, um Hospital Municipal e um Hospital Geriátrico Estadual. Há duas Clínicas da Família que possuem programa de Residência Médica, a CF Sonia Maria Ferreira Machado e a CF Dr. Dalmir de Abreu Salgado.

O critério de escolha das unidades foi de melhor e pior cobertura do indicador estudado. Foram consideradas unidades com boa cobertura as que obtiveram cobertura maior que 50% e unidades com baixa cobertura as que obtiveram cobertura abaixo de 30%. De acordo com este critério, foram escolhidas as seguintes unidades: CMS Mourão Filho (cobertura de 56,86%), CF Dr. Davi Capistrano Filho (cobertura de 29,93%), CMS Vila do Céu (cobertura de 24,99%), CMS Carlos Alberto Nascimento (cobertura de 23,93%), CMS Woodrow Pimentel Pantoja (cobertura de 19,75%) e CF Dr. Dalmir de Abreu Salgado (cobertura de 36,64%) por possuir programa de Residência Médica. Todas estas unidades de saúde têm mais de três anos de funcionamento, critério importante uma vez que o intervalo recomendado entre o exame citopatológico é de três anos. Interrompemos a coleta de dados após 31 entrevistas, quando os dados obtidos apresentaram

saturação. Por saturação teórica, compreende-se a obtenção de regularidades, ou uma certa redundância nas repostas dos entrevistados, não sendo necessário prosseguir com a inclusão de novos participantes, pois as informações obtidas já contribuíram suficientemente para as indagações e pré-categorias de análise selecionadas pelo autor (MINAYO, 2011; FONTANELLA *et al*, 2008).

Excepcionalmente, incluímos a unidade de saúde da AP 2.1, a CF Cantagalo Pavão Pavãozinho por possuir a melhor cobertura do município do Rio de Janeiro – 89,18% – onde realizamos três entrevistas.

A amostra na etapa da abordagem qualitativa do estudo foi constituída por 34 profissionais de saúde: 6 gerentes, 1 diretor, 10 médicos e 17 enfermeiros. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente para análise.

Tabela 1 Número de profissionais por unidade selecionada

Unidade de saúde	Número de entrevistados	Gerente	Médico	Enfermeiro	AP	Programa de residência
CMS Mourão Filho	5	1	2	2	5.2	N
CF Davi Capstrano	5	1	1	3	5.2	N
CMS Vila do Céu	5	1	2	2	5.2	N
CMS Woodrow Pimentel	2	1	1	1	5.2	N
CMS Carlos Alberto N	4	1	1	3	5.2	N
CF Dr. Dalmir A Salgado	10	1	2	5	5.2	S
CF Cantagalo Pavãozinho	3	1	1	1	2.1	N
TOTAL	34	7	10	17		

Fonte: Dados obtidos pelo próprio autor

As entrevistas foram analisadas através da Análise de Conteúdo (AC) pela modalidade temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, na qual a presença ou frequência do tema tenha algum significado para o objeto analisado.

Na pesquisa qualitativa é fundamental a identificação do tema, pois sem as categorias temáticas, não tem como o investigador descrever, comparar e explicar um fenômeno. De acordo com Ryan e Russell (2003), os temas são construções abstratas que ligam as expressões encontradas não apenas no texto, mas também nas imagens, sons e objetos. Acrescentam ainda que a repetição dos tópicos é a forma mais fácil de identificar os temas. Em entrevistas gravadas o processo de

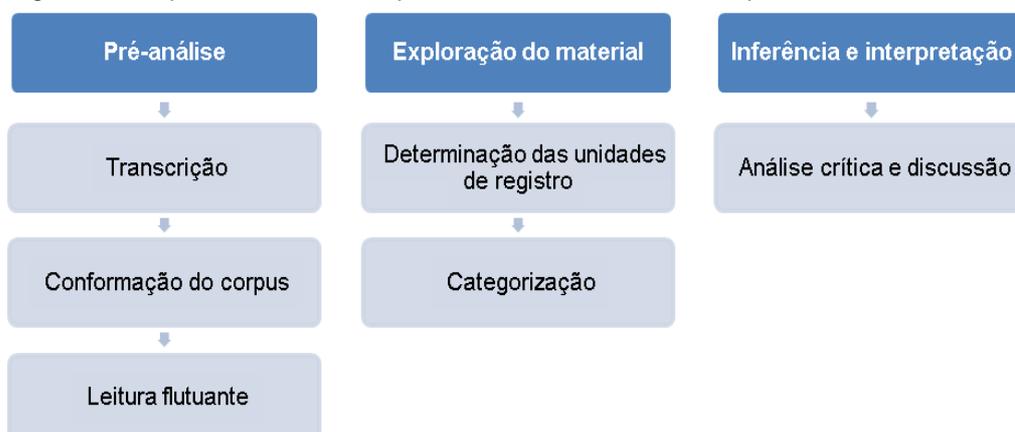
identificação de temas começa com a transcrição das mesmas. O texto deve ser lido pelo menos duas vezes. Segundo Bogdan e Taylor (*apud* RYAN e RUSSELL, 2003) “alguns dos temas mais óbvios em um *corpus* de dados são aqueles tópicos que ocorrem e reaparecem”.

O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (BARDIN, 2010, p. 131).

O processo de análise do conteúdo das entrevistas foi desenvolvido nas seguintes etapas (ilustrado na figura 2):

1. Pré-análise: após a transcrição, foi realizada a leitura exaustiva das entrevistas. As frases-chave foram destacadas com caneta-texto colorida, onde os temas foram identificados através da repetição dos tópicos. Foi constituído o *corpus* de análise, segundo as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Nesta fase foi determinada a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos gerais que orientaram a análise.
2. Exploração do material: foi realizada a classificação dos elementos constituídos, após leituras sistemáticas, reagrupados por temas de sentido, segundo critérios de semelhança, tendo como referência os objetivos traçados no estudo.
3. Tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

Figura 2 Etapas desenvolvidas para o tratamento dos dados por meio da análise de conteúdo



Fonte: Elaborado a partir de BARDIN, 2011, p. 128

Para garantir o anonimato dos participantes, os depoimentos sistematizados e apresentados na seção de resultados foram identificados pela categoria profissional M, E ou G (M – médico, E – enfermeiro, G – gerente/diretor) seguida por uma série de algarismos arábicos de acordo com a categoria profissional.

O estudo respeitou as recomendações éticas contidas na resolução CNS/MS 466/2012. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, aprovada em 04/10/2016, com número CAAE: 59824216.5.0000.5238 e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, aprovada em 02/01/2017 pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, com número CAAE: 59824216.5.3001.5279. Apenas aqueles que concordaram em participar do estudo assinando o TCLE (Anexo V) foram incluídos.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. Resultados e discussão das respostas ao questionário

Obtivemos neste estudo a resposta de 281 questionários por profissionais da ESF, o que representa 10,26% do universo de 2.738 profissionais. A amostra foi composta por 80 gerentes/diretores, 100 médicos e 98 enfermeiros. Dois questionários retornaram sem nenhuma resposta e um questionário sem a função do respondente. Portanto, foram descartados três questionários.

**Tabela 2** Distribuição dos participantes por função

Função	N	%
Gerente/Diretor	80	28.4
Médico	100	35.6
Enfermeiro	98	35.0
Em branco	03	1.0
Total	281	100

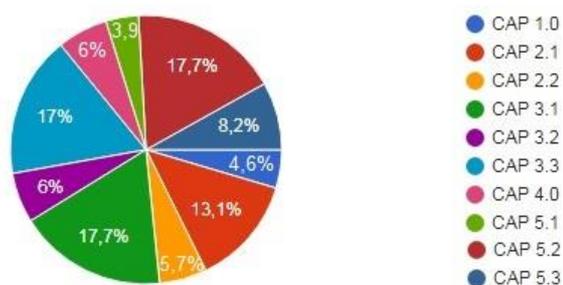
Fonte: Dados obtidos pelo próprio autor

Obtivemos resposta de todas as áreas programáticas do município de acordo com o gráfico 2.

**Tabela 3** Distribuição dos participantes por área programática de atuação

AP	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
N	13	37	16	50	17	48	18	11	50	23
%	4.6	13.1	5.7	17.7	6	17	6.4	3.9	17.7	8.1

**Gráfico 2** Área Programática de atuação



Fonte: Dados obtidos pelo próprio autor

A Tabela 4 apresenta a análise descritiva das unidades e profissionais incluídos no estudo. As unidades de APS foram definidas de acordo com a cobertura potencial oferecida pela ESF em três modelos: A- cobertura total do território; B- cobertura parcial do território, e C- unidades sem ESF, mas com território de atuação definido. As unidades do tipo A possuem profissionais terceirizados contratados pelas OSS e são dirigidas por um Gerente. Já as unidades do tipo B são dirigidas por um diretor e possuem profissionais estatutários atuando na área sem cobertura e profissionais contratados pela OSS na área coberta pela ESF. Todas as Clínicas de Família e alguns CMS se enquadram no modelo A. Atualmente a SMS possui 187 unidades do Tipo A e 37 unidades do Tipo B. A maioria dos profissionais, mais de 70%, que respondeu à pesquisa, pertence às unidades de saúde tipo A.

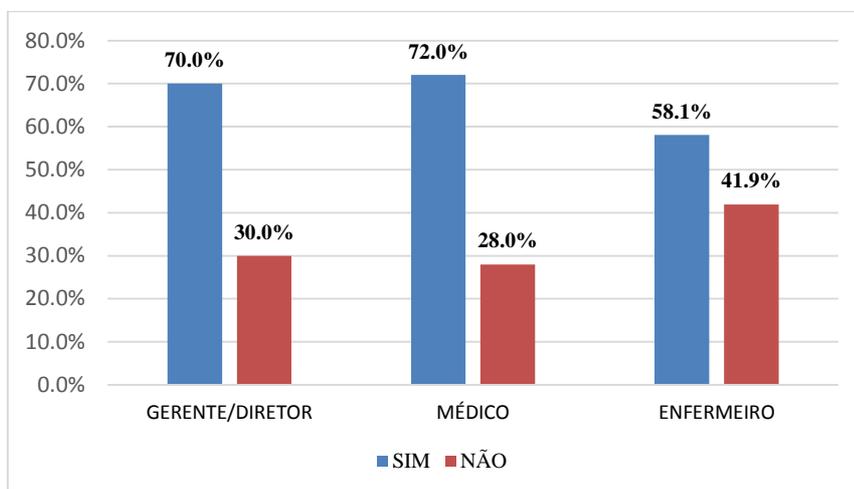
**Tabela 4** Características das unidades e dos profissionais participantes

Características	Ger/Dir		Med		Enf	
	N	%	N	%	N	%
Tipo de unidade						
A	61	76.2	73	73.7	72	74.2
B	19	23.8	26	26.3	25	25.8
Especialização/residência SF						
Sim	56	70	72	72	57	58.1
Não	24	30	28	28	41	41.9
Tempo de atuação na ESF						
< 1 ano	0	0	11	11	9	9.2
1 a 3 anos	5	6.4	20	20	18	18.4
3 a 5 anos	15	19	23	23	27	27.5
> 5 anos	59	74.6	46	46	44	44.9
Tempo de atuação na atual unidade						
< 1 ano	27	33.7	27	27.3	31	31.9
1 a 3 anos	21	26.2	43	43.4	30	30.9
3 a 5 anos	20	25	18	18.2	15	15.5
> 5 anos	12	15.1	11	11.1	21	21.7
Recebeu treinamento do PEP						
Sim	62	78.5	77	74.2	79	82.3
Não	17	21.5	23	25.8	17	17.7
Conhece o protocolo de rastreamento						
Sim	75	94.9	97	99	97	99
Não	4	5.1	1	1	1	1
Conhece o relatório D1V2						
Sim	78	97.5	82	80.4	88	90.7
Não	2	2.5	18	19.6	9	9.3

Fonte: Dados obtidos pelo próprio autor

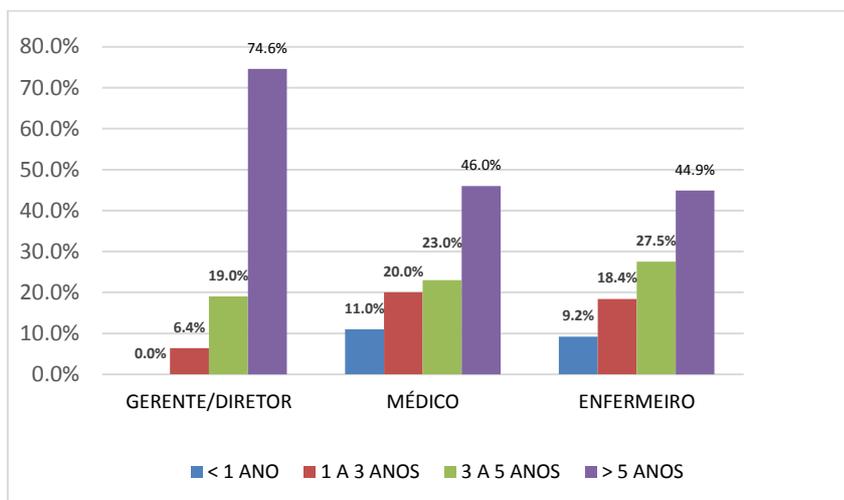
Foi observado que 70% dos gerentes, 72% dos médicos e 58.1% dos enfermeiros que responderam ao questionário possuem especialização/residência em saúde da família, indicando que a qualificação na área estimula o compromisso em responder à pesquisa. Para Mendonça (2009), a qualificação de recursos humanos surge como componente que permite criar e manter a oferta adequada às necessidades do sistema de saúde, e como um diferencial competitivo, uma forma de garantir eficiência e eficácia às propostas e projetos institucionais.

**Gráfico 3** Especialização em Saúde da Família

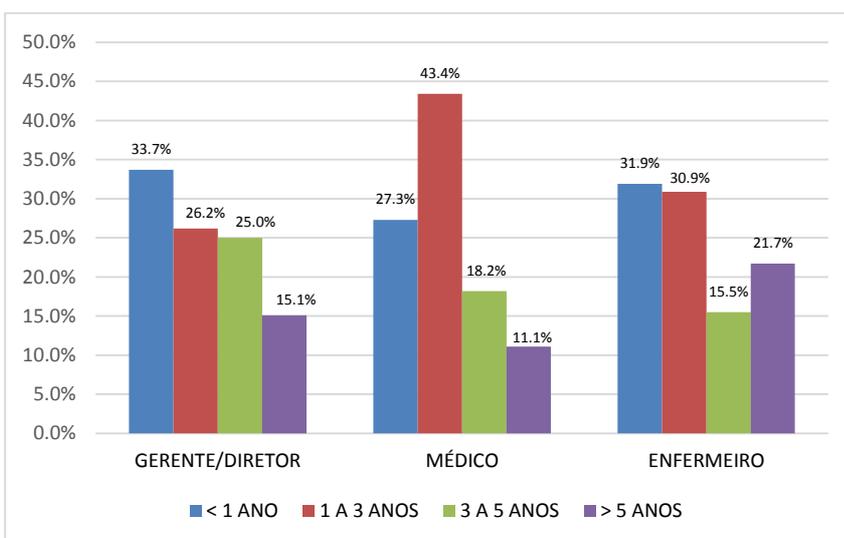


Fonte: Dados obtidos pelo próprio autor

Quanto ao tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família foi observado que 74.6% dos gerentes/diretores, 46% dos médicos e 44.9% dos enfermeiros atuam na ESF há mais de cinco anos. Entretanto, foi verificado que a maioria atua há menos de cinco anos na atual unidade de saúde, 15.1% dos gerentes, 11.1% dos médicos e 21.7% dos enfermeiros, o que pode representar uma alta rotatividade dos profissionais na rede, prejudicando o vínculo, atributo extremamente necessário ao modelo de saúde vigente. Segundo Robbins (2002), toda a organização tem alguma rotatividade, que pode ser positiva, à medida que funcionários não essenciais deixam a organização. Contudo, a rotatividade normalmente implica perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência organizacional.

**Gráfico 4** Tempo de atuação na ESF

Fonte: Dados obtidos pelo próprio autor

**Gráfico 5** Tempo de atuação na atual unidade de saúde

Fonte: Dados obtidos pelo próprio autor

Quanto à capacitação para utilização do prontuário eletrônico, mais de 70% dos respondentes informaram ter recebido treinamento, e 97.5% dos gerentes/diretores, 80.4 % dos médicos e 90.7% dos enfermeiros referem conhecer o relatório de cobertura do exame de rastreamento do câncer de colo do útero - “Porcentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos três anos” da variável 2 que contabiliza as mulheres entre 25 e 64 anos que tenham o registro do resultado de colpocitologia nos últimos três anos.

A análise das ações de rastreamento do câncer do colo do útero é apresentada na Tabela 4. Para fins de análise de dados, foram descartadas as respostas dos gerentes/diretores nos itens contidos nesta tabela, uma vez que não ficou claro se o gestor respondeu como conduta individual ou da unidade de saúde.

A questão sobre a realização do exame preventivo teve como objetivo verificar se os profissionais médicos e enfermeiros da ESF realizam o exame preventivo e se seguem o protocolo de rastreamento do MS. Foi observado que 80.4% dos médicos informaram que realizam o exame preventivo do câncer do colo do útero. Destes, 75.5% realizam de acordo com o protocolo de rastreamento e 7.4% referem realizar em todas as mulheres que procuram o serviço. Com relação aos enfermeiros, 97.9% realizam o exame, sendo que 75.2% realizam de acordo com o protocolo e 22.4% em todas as mulheres que procuram o serviço. Informaram não realizar o exame 19.6% dos médicos e 2.1% dos enfermeiros.

A questão sobre o momento de realização do exame tinha como objetivo verificar o acesso ao exame e o fluxo do atendimento nas unidades de saúde, 38.2% dos médicos informaram que realizam o exame na oportunidade da consulta, ou seja, a usuária comparece à unidade de saúde por outra queixa e é oportunizado o momento para a realização do exame. Os enfermeiros (69.3%) referem deixar um turno específico para o agendamento do exame em que as mulheres são agendadas pelos ACS ou um turno específico para demanda livre em que as mulheres são orientadas quanto ao dia da semana em que se realiza o exame e poderão comparecer para a realização do mesmo, de acordo com a sua disponibilidade.

Quanto ao momento de inserção do resultado do exame no PEP, foi observado que 58% dos médicos e 89.7% dos enfermeiros informaram que inserem o resultado do exame assim que este chega do laboratório. Cabe ressaltar que este é um aspecto extremamente relevante uma vez que a cobertura do exame será calculada pelo número de mulheres com o resultado do exame registrado no prontuário eletrônico e não por exames realizados.

A maioria dos médicos (75.2%) e dos enfermeiros (83.7%) informou que a captação das mulheres para a realização do exame preventivo é realizada através de visita domiciliar a partir do relatório de cobertura emitido pelo prontuário

eletrônico, com a listagem das mulheres que estão com o exame atrasado, o que está em consonância com o programa de rastreamento.

**Tabela 5** Análise das ações de rastreamento do câncer do colo do útero

AÇÃO	Ger/Dir		MED		ENF	
	N	%	N	%	N	%
<b>#Você realiza o exame preventivo CCU</b>						
Sim, em todas as mulheres que procuram o serviço	8	10.1	7	7	22	22.4
Sim, de acordo com o protocolo de rastreamento	27	34.2	73	73	74	75.5
Eu não realizo o exame	44	55.7	20	20	2	2.1
<b>#Em que momento realiza o exame</b>						
Turno específico e as mulheres são agendadas	7	8.9	12	12	31	31.6
Turno específico de livre demanda	7	8.9	14	14	30	30.6
Não existe turno específico, agenda	8	10.1	16	16	14	14.3
Oportunização da consulta	13	16.4	39	39	21	21.2
Eu não realizo o exame	44	55.7	19	19	2	2.3
<b>#Você insere o resultado no PEP</b>						
Sim, quando eu recebo do laboratório	33	42.8	58	59.2	87	89.7
Sim, durante a consulta	4	5.2	29	29.6	8	8.2
Eu não insiro o resultado	40	52	11	11.2	2	2.1
<b>#Como é feito a captação das mulheres</b>						
Não fazemos busca ativa	3	3.7	17	17	5	5.1
Visita domiciliar de rotina	2	2.5	2	2	5	5.1
VD a partir do relatório do PE	72	90	76	76	82	83.7
Grupos de educação em saúde	3	3.8	5	5	6	6.1

Fonte: Dados obtidos pelo próprio autor

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.18):

A fim de que um programa de rastreamento seja efetivo, deve-se garantir o rastreamento da maioria da população suscetível, caso contrário, não haverá redução nos indicadores de morbimortalidade, no caso apresentado, de morte por câncer do colo uterino.

Embora todas as formas de captação das mulheres sejam importantes, o que garante um rastreamento organizado é a identificação e a busca das mulheres que não realizaram o exame.

## 5.2. Resultados e discussão das entrevistas

A discussão a seguir foi desenvolvida a partir da análise das falas dos entrevistados e será apresentada de acordo com as dimensões e categorias adotadas no estudo. De modo geral, as entrevistas trouxeram informações relevantes para a descrição do processo. Cabe ressaltar que as percepções dos entrevistados sobre as questões abordadas foram bastante homogêneas, ainda que com maior ou menor profundidade, dependendo da trajetória profissional e visão crítica de cada um.

Participaram das entrevistas todos os profissionais convidados: 6 gerentes, 1 diretor, 10 médicos e 17 enfermeiros, não ocorrendo recusa ou exclusão. As principais características dos profissionais entrevistados estão apresentadas na Tabela 5. As entrevistas foram agendadas e realizadas no local de trabalho do entrevistado. Antes do início, o entrevistado foi orientado sobre o teor da entrevista e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram realizadas 34 entrevistas, que teve média de duração de 13.40 minutos, sendo a mais curta de 6.44 minutos e a mais longa de 89.57 minutos.

**Tabela 6** Características dos profissionais entrevistados

	Gerente/Diretor N = 7	Médico N = 10	Enfermeiro N = 17
<b>Sexo</b>			
Masculino	3	5	2
Feminino	4	5	15
<b>Idade</b>			
< 30 anos	1	1	6
31 a 40 anos	4	3	7
41 a 50 anos	2	4	4
> 51 anos	0	2	0
<b>Tempo de Serviço na APS</b>			
< 5anos	0	2	8
5 a 10 anos	5	5	9
11 a 20 anos	2	2	0
> 20 anos	0	1	0

Fonte: Dados obtidos pelo próprio autor

É importante destacar que dos trinta e quatro profissionais participantes deste estudo, a maioria (64,7%) tem menos de 40 anos de idade e (85,3%) menos de dez

anos de serviço na Atenção Primária à Saúde, o que está em concordância com o período de expansão da ESF no município do Rio de Janeiro.

De acordo com o roteiro elaborado, os temas de análise se referem às categorias apriorísticas, isto é, categorias criadas a partir do referencial teórico relevante dentro do estudo proposto. Neste sentido, destacam-se as ações prioritárias desenvolvidas na unidade de saúde, a cobertura do exame preventivo e sua apreciação pelos profissionais de saúde, as estratégias de captação das mulheres para a realização do exame, o registro do resultado e a utilização do prontuário eletrônico na condução das ações de rastreamento.

Para a apresentação dos depoimentos nesta seção de resultados, ao final de cada fala identificamos apenas a categoria profissional M, E ou G (M – médico, E – enfermeiro, G – gerente/diretor) seguida por um algarismo arábico.

#### 5.2.1. **Categorias apriorísticas ou temas conceituais**

##### ***Ações prioritárias desenvolvidas nas unidades de saúde***

Com relação às ações prioritárias desenvolvidas na unidade de saúde, os entrevistados responderam de forma bastante objetiva, limitando-se a citar as ações prioritárias: o atendimento à saúde da criança e puericultura, o atendimento de hipertensão e diabetes, o atendimento à saúde da mulher, atendimento à gestante, o atendimento de tuberculose e o rastreamento do câncer do colo do útero foram os mais mencionados. O rastreamento do câncer do colo do útero foi reportado por quinze dos trinta e quatro profissionais como uma das ações prioritárias da unidade, o que representa menos da metade dos profissionais entrevistados.

##### ***Cobertura do exame preventivo***

A esta pergunta emergiram duas principais respostas, uma, a qualificação da oferta de serviço e a outra a qualificação da cobertura e ainda sua apreciação pelos profissionais de saúde. Vinte e dois dos 34 entrevistados consideraram que sua equipe possui baixa cobertura do exame. Entre os 12 entrevistados que consideraram a cobertura boa, 4 se referiam à boa oferta do serviço.

“Tem boa cobertura porque sobra vaga. Agora sim, as mulheres, às vezes elas faltam, dão uma justificativa e tal, mas a gente tem disponibilidade. A gente consegue oferecer”. E17

“Eu acho que sim. Eu acho que até poderia ser maior, mas o número de faltas é muito grande, ainda tem muita gente que é agendada e que falta. Às vezes, faltas recorrentes, pede, a gente agenda, e a gente não marca só de quem pede”. M6

Os profissionais entrevistados manifestaram que, apesar de uma grande oferta de vagas para a realização do exame de rastreamento do câncer do colo do útero, há um grande absenteísmo para este procedimento, o que influencia na baixa cobertura obtida. Consideram também que embora as unidades de saúde ofereçam várias modalidades de atendimento, como turnos de agendamento para o exame, turnos de livre demanda ou oportunização do exame numa consulta iniciada por outra queixa, ainda assim, observa-se baixa adesão ao exame das mulheres da faixa etária preconizada, que não realizam o exame na periodicidade estabelecida.

“A gente tem uma boa disponibilidade de vagas de atendimento, mas a gente não tem essa adesão das mulheres, por exemplo, sexta feira que é o meu turno de preventivo, eu tinha dezoito preventivos agendados e apenas compareceram três pacientes pra fazer o preventivo”. E12

“Quando tem um atendimento em outro momento que não tem relação com o preventivo e a gente oferta esta consulta, oferta este exame e as mulheres falam, ‘*ah para que eu vou fazer este exame, não tem necessidade, nunca fiz e não vai ser agora que eu vou fazer*’, tem muitas mulheres com esta fala nesta faixa etária”. E5

É recorrente a citação dos entrevistados sobre o absenteísmo das mulheres agendadas, o que aponta a necessidade de medidas educativas. Peloso e Carvalho (2004) acrescentam que as informações vão instrumentalizar a população para mudanças comportamentais que levam à prevenção de doenças, propiciando um viver com qualidade e que a mídia é um poderoso instrumento de disseminação de informação em saúde.

Para Donabedian (1972), o acesso aos serviços ou recursos não consiste apenas na disponibilidade dos mesmos, mas sim, no uso por aqueles que deles necessitem. A prova do acesso aos serviços de saúde se concretiza pelo seu uso e não simplesmente pela sua existência.

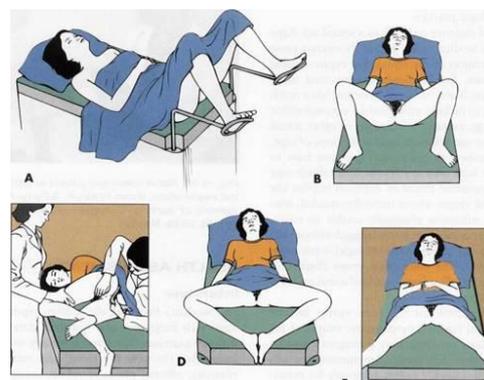
“A gente puxa uma listagem com o nome daquelas pacientes que constam ali que não fizeram o exame, aí, em cima desta lista a gente convoca elas, o que não dá muito certo, não sei por que em todas as unidades elas são resistentes. Não é ao tratamento, não. Você convoca e elas não vêm, por algum motivo, eu não sei qual, elas não vem. Eu acho que elas esperam ter alguma coisa, candidíase, uma coceirinha, alguma coisa. Elas associam muito doenças sexualmente transmissíveis mais comuns com o exame”. E10

Cabe salientar que apesar de 10 anos de expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, a adesão ao exame ainda é baixa, demonstrando que pode haver outros fatores que justificam a baixa cobertura. Os estudos demonstram que alguns sentimentos como medo da dor, desconforto, vergonha e constrangimento pela exposição da intimidade, aliados à sensação de impotência induzida pela própria posição ginecológica são fatores que influenciam a não adesão das mulheres ao exame (FERREIRA,2009; SEEHUSEN *et al*, 2006). Reduzir essas barreiras é fundamental para melhorar a cobertura do colpocitológico.

Uma pesquisa realizada pelo governo americano nos Estados Unidos demonstrou que as mulheres provenientes de meios socioeconômicos mais baixos são menos propensas ao rastreamento regular e mais propensas ao diagnóstico mais avançado da doença. Como estratégia para aumentar a adesão das mulheres, o NBCCEDP (*National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program*) utiliza educação em saúde com o foco de aumentar a consciência, lidar com as barreiras e motivar as mulheres a comportamentos de cuidados com a saúde (MILLER *et al*,2014).

Países como Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia optaram por realizar os exames em macas sem as perneiras, nas posições dorsais ou laterais na tentativa de reduzir a sensação de impotência das mulheres. Um estudo realizado no Reino Unido com 204 mulheres concluiu que as mulheres submetidas a exames sem o uso de perneiras relataram menos desconforto físico e menor sensação de vulnerabilidade (SEEHUSEN *et al*, 2006). Um médico de família canadense relata que há cerca de 15 anos realiza exames ginecológicos sem utilizar as perneiras e todas as suas pacientes, sem exceção, preferem esse método (KLASSEN, 2002).

**Figura 3** Exame em maca sem perneira



Posicionamento para mulheres para exames sem as perneiras (desenhado por Jordan Mastrodonato)



Fonte: Casa de Amaterasu. Oficina Fique Amiga Dela (2013) coordenada por Simone Diniz (Foto Ana Luisa Lacerda).

A prática da realização do exame sem o uso das perneiras pode favorecer também a coleta em domicílio das usuárias acamadas ou que tenham dificuldade de locomoção. Caso a mulher tenha interesse, ela pode visualizar o colo do útero com a ajuda de um espelho.

Os profissionais entrevistados acrescentaram a importância do vínculo do profissional com a população para aumentar a adesão das mulheres ao exame de rastreamento, e é importante lembrar que neste modelo de atenção, ESF como porta de entrada do sistema, a longitudinalidade favorece o diálogo e o vínculo com a população alvo. A PNAB, 2012, define o vínculo como “a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico”.

“A maioria dos profissionais que trabalha aqui, está há muitos anos. As enfermeiras estão há mais de 6 anos, então, eu acho que elas já criaram um vínculo muito grande com essa população, e o exame ginecológico, ele não é uma coisa agradável de se fazer, mesmo que seja você fazendo com uma mulher, existe uma inibição”. M6

“A pessoa que a gente chama, chama, chama e não vem para colher preventivo, mas se a gente chamar para um grupo, chamar para uma consulta, vem. Então, a gente vem nessa consulta e fala sobre o preventivo pra tentar colher depois”. E13

“É o tipo de exame que você precisa ter paciência, nem todo mundo fica a vontade. Demanda tempo, tranquilidade pra você conversar com a pessoa. Eu acho que é isso mesmo, é o vínculo que faz toda a diferença em todas as linhas de cuidado”. E2

Percebe-se no processo de trabalho das equipes da ESF que os atributos da APS, sistematizados por Bárbara Starfield em 1998, estão sendo construídos e aparecem nas falas dos entrevistados. São considerados atributos essenciais o cuidado continuado, a coordenação do cuidado, o acesso e a integralidade. Os atributos derivativos são a centralização na família, a competência cultural e a orientação comunitária. Portanto, fica evidente o processo de construção de vínculo entre profissionais e usuários, como uma nova prática que pode contribuir para superar a baixa cobertura do exame preventivo. Talvez ainda seja um desafio a ser alcançado um dos atributos derivativos que é a competência cultural. O tempo de existência deste novo modelo assistencial (10 anos) já permite que o vínculo seja capaz de superar os entraves culturais?

### ***Estratégias de captação para o exame***

Como estratégia desenvolvida para captação das mulheres para realização do exame preventivo houve consenso da maioria dos entrevistados que enfatizou a busca ativa a partir das listagens emitidas pelo prontuário eletrônico como principal estratégia, seguida pela captação das mulheres no setor de acolhimento, o que está em conformidade com o programa organizado de rastreamento.

“Bom, a gente busca trabalhar com listagem, eu imprimo as listagens do prontuário eletrônico, das mulheres que estão dentro da faixa etária e não fizeram o preventivo ainda, e aí as agentes saem fazendo busca ativa dessas mulheres, convidando elas para vir fazer esses exames aqui na unidade”. E1

“A gente faz convite nominal, a gente prefere aquela cartinha pra chamar cada uma que a gente vê que está com o preventivo atrasado, a gente faz a carta, vai a casa, conversa, faz o primeiro grupo, faz um grupo com todo mundo, conversa naquele grupo, a gente fala sobre a importância do exame preventivo, sobre realmente a importância da prevenção e aí, depois que a gente termina o grupo, a gente faz o agendamento do preventivo pra semana seguinte, de preferência assim, na semana seguinte pra ser o mais rápido possível e não cair no esquecimento”. E13

“A lista. A gente pega a lista e vai fazer visita domiciliar, tanto o enfermeiro quanto o próprio agente”. E9

"A gente está buscando a partir da gerência de listas aquelas que de fato estão afastadas e tentar entender os motivos pelos quais não estão vindo". M3

"Do ponto de vista do trabalho, o investimento é grande, mas a gente tem um grupo que não traz os resultados, um grupo que faz preventivo em outro lugar e não traz, então a gente tem um trabalho no sentido de captar os resultados feitos fora, e um trabalho no sentido de captar as usuárias pra fazer o preventivo". M7

"Uma outra listagem que eu faço é das mulheres que fizeram preventivo em 2014, porque no final de 2017, ela vai voltar para a lista de pendência. Então, todas as mulheres que fizeram preventivo de junho a dezembro de 2014, eu já estou preparando uma lista para deixar nas mãos da equipe. Oh, essa paciente aqui precisa repetir o exame, vai fazer três anos". G1

Foram relatadas outras estratégias criativas, não previstas, como na busca ativa através da gestão da lista o agendamento das mulheres resistentes à realização do exame para uma consulta comum e nesta consulta a usuária foi orientada quanto à importância do exame; mutirão de preventivo com o foco na beleza da mulher; ou como na experiência da CF Cantagalo Pavão Pavãozinho, que além das estratégias já citadas foi utilizado o MRCOL (monitoramento rápido do colpocitológico), o que garantiu o alcance de 89.18% de cobertura nesta unidade. Isto evidencia que a busca de outras estratégias pode se constituir numa importante contribuição para a melhoria da cobertura do exame. Neste contexto incluem-se algumas medidas administrativas.

"Nós fizemos uma estratégia chamada MRCOL (Monitoramento Rápido do Colpocitológico), parti da criatividade do monitoramento da vacina. Eu olhei para aquela ficha e falei assim, vou fazer o monitoramento rápido do colpocitológico e durante dois meses, rastreamos toda a comunidade, perguntando as mulheres da idade de 25 a 64 anos, se elas já tinham realizado o preventivo no último ano ou nos últimos dois anos. A maioria que a gente abordou tinha feito o preventivo, mas tinha feito no particular ou numa outra unidade de saúde e a segunda pergunta era se a pessoa se importava de nos mostrar o resultado, ou que a gente tirasse uma foto do resultado e não teve nenhuma história de alguém que se recusou. Umas não tinham, não sabiam onde estava. Talvez esta que disse que não sabia onde estava não quisesse dar, mas a resposta era que ela não sabia, *'então você se incomoda de fazer o preventivo com a gente?'* E a gente já incluía ela no mutirão". G1

"A gente pede para o ACS fazer busca ativa, é isso que eu te falei, a gente marca uma consulta comum. *'Não quero marcar preventivo'*. *'Ok, a gente vai marcar uma consulta pra você para avaliar o estado geral'* e nessa consulta quando ela se sente a vontade, eu explico a importância do preventivo, pra que serve, às vezes a mulher não sabe, e aí ela vai e aceita colher". E16

"Eu fiz uma pasta para cada equipe e está no guichê com os ACS (mulheres com o preventivo atrasado). Todas as equipes têm. A usuária que chegou no guichê, *'ah eu vim marcar uma consulta'*. *'Qual o seu nome?'* *'Tal'*, sem precisar falar com a usuária, ele vai lá na pasta e vai ver: *'senhora, a senhora*

*“não realizou o preventivo aqui com a gente nos últimos três anos, a senhora fez em outro lugar?” Então você já afirma pra ela, eu sei que você está com o preventivo atrasado. Eu não pergunto para ela, eu afirmo”. G1*

*“Tem os dias D, dia 20 agora vai ser um dia desses que é o dia das mães, a gente vai fazer um mutirão de preventivo, e a gente dá preferência a essas pessoas que não tem preventivo atualizado aqui na unidade”. E17*

*“Mutirão que a gente faz focando a beleza da mulher. E nós temos este diferencial, que é brincar, acolher, abraçar, trazer a mulher. Nós temos duas bonecas grandonas que a pessoa se veste que no mutirão a gente chama de PPPink (Pavão Pavãozinho Pink). A PPPink se veste de rosa e fica na rua chamando as mulheres. A gente pega mulher indo para o trabalho que aceita vir fazer o preventivo naquele momento”. G1*

### **Registro do resultado no prontuário eletrônico**

Sobre o registro do resultado do exame no prontuário eletrônico cabe ressaltar dois pontos importantes: o local do prontuário para registro do resultado e o momento do registro, tendo em vista que este indicador é contabilizado a partir do registro do resultado e não do exame realizado. Cabe ressaltar que o resultado do exame deve ser registrado no ícone “rastreios oncológicos”, conforme representado na figura 4, durante a consulta ou por gestão de ficheiro, que é uma forma administrativa de registrar uma informação no PEP.

**Figura 4** Página de registro de rastreios oncológicos do PEP

The screenshot displays the PEP interface for recording cancer screening results. On the left, a patient profile is visible, including age (29 years), date of birth (23.10.1988), gender (Feminino), and blood type (O Rh-). The main area is titled 'Rastreio Câncer de Colo Uterino' and contains several fields: 'Exame clínico do colo do útero' with radio buttons for Normal, Anormal - Lesão Branca, and Anormal - Lesão Vermelha; 'Citologia' with radio buttons for Sim and Não; 'Data última menstruação' and 'Coitorrugas' with radio buttons for Sim and Não; 'Resultado da Citologia', 'Data do resultado', 'Tratamento', and 'Data do tratamento' with date pickers; and 'Estado' with a dropdown menu. An 'Observações' text area is at the bottom. The right sidebar shows navigation options, with 'Rastreios Oncológicos' highlighted in yellow and circled in red. The bottom of the screen features a toolbar with icons for search, document, information, consultation, history, agenda, and file management.

Fonte: Prontuário eletrônico vitacare. Acesso em 05/06/2017

Quanto ao momento do registro de resultado houve concordância da maioria dos entrevistados que informou que o resultado do exame é lançado por gestão de ficheiro pelo enfermeiro da equipe assim que chega do laboratório.

“Após chegarem os resultados para gente do laboratório, eu entro no prontuário eletrônico, lanço por gestão de ficheiro esses resultados, e aí o que a gente faz, eu olho e vejo se tem alguma coisa alterada, se não está alterado, eu dobro ele, grampo e o agente comunitário entrega”. E1

“O laboratório traz e eu lanço, na gestão de ficheiro, e vejo se tem alguma alteração. Se não tiver nenhuma alteração, a gente vai entregar. Eu explico isso a elas no dia da consulta e se tiver alguma alteração, aí a gente chama e conversa, explico o que está acontecendo”. E9

“Assim que chega do laboratório é separado por equipe e entregue para a equipe técnica, para o médico ou enfermeiro estar registrando”. G4

“Assim que chega do laboratório eu registro todos imediatamente no vitacare, Se a gente for deixar para registrar quando elas vierem buscar, a gente vai ficar com uma subnotificação absurda, porque elas não vêm, se você olhar ali na pasta tem preventivo de 2015 que a pessoa não veio buscar”. E2

“Não só o ginecológico, né, mas todos eles, quando chegam pra gente os resultados dos exames, primeiro são passados por uma triagem, então geralmente passa primeiro pela enfermeira, a enfermeira já faz uma avaliação e já lança o resultado no prontuário eletrônico. E dali a gente já consegue selecionar aqueles casos em que tenha uma alteração maior no exame”. M1

De acordo com os entrevistados, o resultado só é lançado durante a consulta caso o paciente leve o resultado do exame realizado em outro serviço, se o profissional consultar direto no site do laboratório devido à demora da entrega do resultado impresso ou ainda, algumas unidades de saúde preferem lançar o resultado do exame alterado no momento da consulta.

“Quando está alterado, chama-se essa mulher, e aí é lançado dentro da consulta mesmo, lá no campo específico”. G3

“O solicitado é: não digita o alterado antes de chamar o paciente, porque você pode deixar pra lá”. G1

### ***Contribuições do PEP para o planejamento das ações da Unidade***

O prontuário eletrônico tornou-se a principal ferramenta com a qual a equipe de saúde precisa lidar em suas atividades diárias. A sistematização das informações na área da saúde traz benefícios para os profissionais que a utilizam. Foram destacadas como principais contribuições do prontuário eletrônico a emissão das

listas e relatórios, credibilidade das informações, melhores registros e facilitação no processo de trabalho.

“A gente tira as listas, nós temos as listagens, e através das listagens a gente consegue identificar o paciente que há muito tempo não faz preventivo, que está em atraso. É o melhor método para a gente”. E3

“Se fosse no prontuário de papel, a gente ia ficar horas pesquisando quem está e quem não está com o exame atrasado. A chance da gente perder era muito grande, mas com o prontuário eletrônico é uma facilidade imensa porque a gente puxou ali quem está sem o resultado cadastrado, a gente pode ir atrás”. E13

“Eu acho que ele te norteia em tudo, porque você pega lá as estatísticas, aí ele não só te fala o que você fez, ele te fala o que está faltando, porque a maneira que ele foi construído, ele já tem as metas que tem que ser batidas, é igual à questão das variáveis que norteiam muito o caminho que você tem que seguir”. M6

“Hoje, se eu quiser ver numa pirâmide etária o percentual de mulher em idade fértil, eu consigo ver rapidamente e até responder uma demanda da secretaria, da coordenação de área para um planejamento ou até uma demanda também interna nossa, então o prontuário eletrônico, se bem usado, é uma ferramenta muito interessante!” G4

“Depois que entrou o prontuário eletrônico melhorou muito, agiliza mais essa questão do nosso processo de trabalho, fica mais organizado, a gente quer buscar um paciente, ver o prontuário dele rapidamente, a gente tem acesso a tudo do paciente”. E1

“Eu pego a listagem dessas mulheres que não fizeram, chamo minhas ACS e entrego por microárea, eu entreguei nas mãos delas separado o nome das mulheres e dou um dia e elas marcam e é por demanda livre”. E14

“O prontuário eletrônico é muito bom. A gente consegue ver o resultado anterior. A gente consegue ver o que o outro profissional antes da gente registrou, pelo menos na última consulta! A gente consegue controlar quando foi realmente a data, porque a mulher, ela perde o preventivo, ela perde o resultado e é importante para a gente saber quando e qual foi o último resultado. É um registro que não se perde e a gente tem o controle”. E16

“Essa é uma ferramenta que eu não diria nem de que forma, na verdade, eu diria que é o responsável pra auxiliar, porque através das listas de pendências a gente consegue filtrar com pouquíssimos erros. Eu sou um admirador do PEP. O prontuário é a minha ferramenta, os relatórios são bastante importantes e são precisos porque ele me mostra o percentual”. G1

Apesar dos profissionais entrevistados afirmarem conhecer o relatório de monitoramento do citopatológico e a lista de pacientes geradas a partir deste relatório, nos pareceu que a rotina da emissão dos mesmos fica a cargo do gerente/diretor. Foi observada melhor cobertura nas unidades em que o gerente monitora com mais rigor este indicador, demonstrando o quanto a prioridade da gestão é fundamental no cumprimento destas metas.

“Porque eu puxo a lista nominal. Aí eu dou para a microárea 1, *‘aqui estão as suas pacientes que precisam marcar preventivo’*. Aí eles pegam e vão botando Ok, vão grifando, e na reunião seguinte: *‘oh, eu marquei essas cinco pacientes’* e eu falo, *‘tá, mas eu quero saber depois as que vieram e as que faltaram’*. G2

“Tem a questão dos preventivos que o gerente sempre bate muito em cima”. E17

“Toda reunião de equipe eu puxo a variável 2 e a listagem nominal. Em toda reunião de equipe eu passo para eles, olha, na semana passada estava 50% de colpocitológico, esta, estou com 52% e semana que vem eu quero 54%. Puxo a lista nominal e entrego agente por agente para agendar com as enfermeiras, e as enfermeiras deixam vagas para esta minha demanda enquanto gerente”. G2

O PEP possui uma função de “alerta”, que é um ícone localizado no campo esquerdo do prontuário que, no prontuário da mulher, informa se os exames de rastreamento do câncer de colo do útero, câncer de mama e câncer de cólon e reto, se o IMC e se as vacinas estão atualizados. Ao abrir o prontuário e clicar no ícone alerta, o profissional já visualiza se a usuária está com os exames em atraso. No que tange à utilização do ícone “alerta”, somente quatro profissionais referiram utilizar de rotina esta função.

“Essa função de alerta, dele mostrar para gente que está no período dela fazer o exame, que está com atraso, isso é muito prático, porque às vezes você está atendendo a mulher por outro motivo e você consegue perceber imediatamente que ela está precisando fazer. Eu, pelo menos, já vou no automático, eu abro o prontuário e já clico ali no alerta, porque já consigo ver se a vacina está em atraso, se o preventivo está atrasado, se a mamografia está atrasada, então assim, eu acho que ajudou muita coisa, muito, muito mesmo”. E2

“Essa coisa de trabalhar em cima dos alertas, depois que a gente começou a ter estes instrumentos, aí a gente já vê o alerta e já oferece a mulher. A gente já tinha essa oferta do exame e o vitacare começou a ajudar muito mais, porque já fica aquele alertinha ali, *‘ah, você está precisando fazer o preventivo, vamos fazer agora? Tá preparada?’*” E8

“O prontuário eletrônico consegue identificar quem é essa mulher que não está colhendo, ele está lá me sinalizando o alerta: *‘oh, se você veio numa consulta, você está na idade preconizada para colher, mas você não realizou, quando eu abrir a sua consulta porque você está com dor de garganta, o PEP vai me sinalizar que você está em falta da cobertura do colpocitológico’*. E tem auxiliado bastante neste sentido”. G3

“O prontuário eletrônico, por ser um programa de computador, já tem as informações todas mastigadinhas para a gente, então, você tem os locais exatos que você já vê ali, eu estava falando da questão do alerta. Então, tem o alerta do que está faltando, por exemplo, rastreio do câncer de colo, rastreio do câncer de mama, vacina, IMC, aqui, este aqui [aponta para o ícone do alerta] rastreio de câncer do colo de útero, tudo isto tem ali aberto pra sinalizar para que a gente possa ficar atento!” M1

Foram considerados como fator de dificuldade na utilização do PEP o sistema travado, a internet lenta, a interrupção frequente da internet, o treinamento precário, o prontuário complexo e a demora no tempo de resposta aos problemas apontados.

“Eu acho esse vitacare muito ruim, porque é um prontuário muito grande. Porque eles demoram muito lançando, esta é a queixa de todos os funcionários. Poxa, esse prontuário é muito chato, se por exemplo tivesse uma página, livre demanda, eu cliquei ali, igual grupo, igual emergência: queixa, diagnóstico provável, tratamento, se houve encaminhamento ou não. Acabou, fechou. Não, até a livre demanda você tem que abrir um milhão de abas. Colpocitológico deveria ser uma página só, o que foi visto, sei lá, queixa, último preventivo colhido, acabou, mas não, é uma janela, outra janela e aí trava, uma coisa que você podia fazer em 20 minutos, você demora uma hora com o prontuário”. G2

“Tem determinadas coisas que é mais trabalhoso, a gente perde tempo, se o vitacare estiver lento, às vezes a gente perde informações, entendeu? Ele poderia ser um pouco mais prático, eu não sei te dizer como, mas ele poderia ser um pouco mais prático, mais sucinto, e as informações ficariam melhores”. E8

“É muita burocracia e a gente também quer ter esse tempo, esse olho no olho, elas precisam disso, a gente precisa disso, e não dá. Então, como é que eu vou olhar no teu olho e vou ficar digitando aqui”. E6

“Tem algumas coisas no prontuário que a gente ainda não tem muita transparência, que às vezes a gente se vê registrando muita coisa e muita coisa não aparecendo e a gente vai descobrir lá adiante, meses depois, que foi aquele campo, esse campo aqui que deixou de preencher, às vezes, um campo que não precisa tá ali ou não faz o menor sentido que ali esteja”. M3

“Às vezes você tem dúvida de uma coisa, aí você pergunta pra outra colega e você fala: caramba, dá para fazer tal coisa no prontuário que eu não sabia que dava pra fazer”. M6

Apesar de algumas críticas ao prontuário eletrônico, houve consenso de que o PEP é um facilitador, diminuindo o grande volume de papéis que burocratizam o trabalho.

Todavia, apesar dos benefícios trazidos pela adoção do PEP, o avanço dessa tecnologia no setor de saúde exige além do investimento por parte das instituições de saúde, uma educação dos profissionais e um estudo destinado a melhorar as práticas de registro. Uma possibilidade para minimizar estas questões foi a criação de uma equipe de informação por área programática pra dar suporte à ESF no sentido de verificar as dificuldades identificadas pelas equipes, além de monitorar a utilização dessa tecnologia pelas diferentes categorias profissionais que a utiliza, sanando as dificuldades por meio da educação permanente.

“Eu fui treinado, mas você sabe que não dá para saber tudo que você precisa saber e você vai pouco a pouco, devagar, você vai aprendendo muita coisa que o prontuário tem. Às vezes você tem dúvida de uma coisa, aí você pergunta pra outra colega e você fala ‘*caramba, dá para fazer tal coisa no prontuário que eu não sabia que dava pra fazer*”. M7

### 5.2.2. Categorias não apriorísticas ou temas emergentes

A discussão a seguir foi desenvolvida a partir da análise de conteúdo das categorias não apriorísticas ou temas emergentes surgidos na pergunta livre ao final da entrevista, quando o entrevistado pôde acrescentar algo sobre o que não tinha sido perguntado.

#### ***Sobrecarga de trabalho e número de usuários por equipe***

“É uma demanda muito maior do que deveria ser e assim você não consegue fazer medicina de família”. M4

“Essa questão é fundamental, eu acredito que para o sucesso da estratégia, você não pode superlotar uma equipe e jogando paciente, paciente, paciente e achar que o médico ou o enfermeiro vai dar a mesma cobertura, a mesma qualidade de atendimento para estes pacientes com 5 mil do que com 2.500, entendeu? Então isso é o diferencial, o principal diferencial é este, a quantidade de paciente por equipe. Se você consegue ter esta adequação é muito melhor para a saúde, para o paciente e até mesmo para o médico que consegue fazer o trabalho dele melhor”. M1

Segundo o Ministério da Saúde cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas de uma determinada área, sendo recomendada uma média de 3 mil pessoas que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a sua saúde. Em populações de maior vulnerabilidade o número de pessoas vinculadas deve ser ainda menor. Embora muitos médicos da família e comunidade defendam o limite de 2 mil pessoas por médico, não se observa a exigência do cumprimento do limite de 4 mil pessoas pelo Ministério da Saúde (FONTENELLE, 2012).

“A gente deveria sair mais da clínica, a gente como enfermeira, eu sinto muita falta disso, de fazer essa ação fora da unidade, essa captação, seja de mulheres na idade fértil ou de hipertenso, de idoso. Eu tenho pouco tempo de estratégia, mas quem já trabalhou anteriormente fala que já trabalhou mais em campo, esse trabalho era bem melhor, a gente conseguia contato melhor com o paciente. A demanda está muito grande também, porque a clínica da família está absorvendo muita demanda de UPA, das outras emergências e a gente está com tempo reduzido pra trabalhar fora da unidade”. E12

“Só que a primeira coisa que eu falei pra ela (gerente), cheguei no *accountability* do ano passado, foi dizer que não dá pra melhorar se continuar com essa mesma população, é impossível, porque quando você joga em

porcentagem, você está esquecendo que a porcentagem é em número absoluto”. M2

“Implica em fazer com que as pessoas assumam os seus papéis, se valorizem, saia do modelo da luta de classe, pra poder fazer. Eu acho que o agente comunitário na busca ativa de tuberculose, do preventivo não realizado, da puericultura não realizada, sabe, junto com os outros técnicos que resolve, fora disso, enfermeiro, médico, não tem como, não tem condição, não, vai parar, vai inviabilizar o programa”. M7

### ***Acesso avançado versus ação programática***

“A gente não tem uma preocupação de ficar fazendo uma agenda programática como era antigamente baseada em doença, o nosso foco principal é fazer o trabalho de atendimento da demanda da população em APS. A gente entende que a unidade é um recurso da comunidade e como tal a comunidade deve estar utilizando o recurso da melhor forma que pode”. M3

A lógica das ações programáticas é baseada em critérios epidemiológicos que tem como objeto a saúde-doença no coletivo e segue a diretriz para a organização dos serviços com a priorização dos grupos de risco, enquanto que o acesso avançado tem como base uma agenda dinâmica que tem como ideia principal “fazer o trabalho de hoje, hoje”, ou seja, oferecer consultas aos pacientes que demandam no mesmo dia, evitando o adiamento do atendimento e com isto a redução drástica do tempo de espera dos pacientes, alcançando um equilíbrio entre a oferta e a demanda. O resultado é um atendimento mais oportuno, maior satisfação do paciente e melhor eficiência na prática. Se houver uma falta de correspondência entre oferta e demanda, ou seja, se a demanda for maior do que a oferta, esse sistema não funcionará. Para o acesso avançado o número ideal de usuários por equipe é 2.500 (MURRAY, 2005). Entretanto, é primordial a integração entre promoção/prevenção e acesso ao cuidado, sendo de grande importância equilibrar essas ações no cotidiano do serviço, para que não privilegie um em detrimento do outro.

“A captação do problema de hoje, hoje, ou seja, se ela me traz uma queixa de dor pélvica, de uma dispareunia, de um atraso menstrual, vou colocar essa moça na mesa pra poder ver o que está acontecendo. Então, se ela não tem um preventivo colhido, eu já aproveito e já faço a coleta”. M3

“Então a gente trabalha desta forma, porque quando a gente trabalhava apenas oportunizando a demanda agendada, às vezes você não conseguia atingir este público, esta mulher que não vem na consulta, não está preocupada com o cuidado, então, no momento que a gente abre mais para atender a demanda livre, a gente cria um vínculo melhor com a comunidade, dá mais acesso e acaba dando credibilidade maior ao serviço, porque ela

veio por uma dor no joelho e fez o preventivo dela. É a forma que a gente tem tentado contornar pra conseguir captar essas mulheres que não estão fazendo o Papanicolau”. M8

“Com essa forma do acesso avançado e da agenda aberta, o médico ou o enfermeiro colher o exame preventivo naquele momento da abordagem, acho que isto também tem facilitado, foi o que deu uma melhora nos nossos indicadores do ano passado pra cá”. G4

De acordo com os entrevistados, para o gerenciamento do estrangulamento do atendimento do dia é comum optar-se por remover dos médicos qualquer trabalho que possa ser feito por outra pessoa. Neste sentido, embora 70% dos médicos que responderam o questionário tinham informado que realizam o exame preventivo e são capacitados para a coleta, é prática comum solicitá-la à enfermagem com a justificativa de otimização do trabalho em equipe e melhor aproveitamento de seu tempo em outras ações de impacto comparável. O mesmo vale para o lançamento de resultados do exame no prontuário eletrônico.

[...] fazer transferência de função, cada profissional tem que se concentrar em fazer aquilo que só ele pode fazer e o resto, outro, se é possível ser feito por outro profissional, que o outro profissional faça”. M4

“Normalmente é o enfermeiro que vai colher estes exames.” G1

### ***Conhecimento do protocolo do rastreamento do câncer do colo do útero***

Embora 95% dos respondentes do questionário tenham relatado conhecer o protocolo do rastreamento do CCU, nos chamam a atenção as muitas dúvidas com relação à faixa etária do início do rastreamento.

“Antigamente o Ministério da Saúde preconizava o exame preventivo ginecológico em todas as mulheres que já tivessem vida sexual ativa e de um determinado tempo para cá, pesquisas aconteceram e daí se colocou a idade, idade mínima de 25 anos e a idade máxima de 64 anos e daí a gente entende que existem meninas de 11 anos iniciando sua vida sexual, muitas vezes desprotegida, e acontece da gente abordar meninas de 16, 17 anos com NIC, já com alguma lesão que possa vir acarretar num câncer de colo do útero. Apesar do Ministério dizer que essas lesões envolvem nas mulheres em idades menores de 25 anos, mas eu ainda acho isso um ponto de interrogação, eu ainda fico um pouco preocupada em dizer para a minha população: *‘olha, você já tem relação, um relacionamento sexual, mas você não vai colher preventivo neste momento’*”. E3

“A única coisa que eu tenho visto na captação de mulheres mais jovens, menores de 24 anos é que elas iniciam a vida sexual muito cedo e já aconteceu, por exemplo, uma de 19 anos já ter uma lesão. Então assim, se a gente fecha muito essa idade, eu acho que a gente pode perder um pouco de tempo no tratamento”. E16

“Nós estamos pegando muitas mulheres com alteração fora da faixa etária preconizada e assim, aqui na unidade, a gente faz em todas as mulheres que quer colher preventivo. Não importa a idade, a gente não limita a faixa etária.”  
E14

Vários estudos demonstram a baixa eficiência do rastreamento em mulheres com menos de 25 anos, pois a incidência da lesão invasora do colo do útero nesta faixa etária é muito baixa. Um estudo inglês evidenciou que para prevenir um caso de carcinoma invasor do colo do útero numa mulher com menos de 25 anos de idade seria necessário realizar de 12 mil e quinhentos a 40 mil exames em mulheres entre 20 e 24 anos e tratar entre 300 e 900 mulheres, que resulta em significativo sobretratamento e um limitado benefício (BRASIL, 2016).

Segundo o INCA (BRASIL, 2016, p. 35)

O tratamento de lesões precursoras do câncer de colo em adolescentes e mulheres jovens está associado ao aumento de morbidade obstétrica e neonatal, como parto prematuro. Portanto, a redução das intervenções no colo do útero em mulheres jovens se justifica, uma vez que a maioria delas ainda não tem prole definida.

De acordo com o Ministério da Saúde, é importante a distinção entre rastreamento e diagnóstico de doenças, uma vez que no rastreamento os testes são aplicados em pessoas saudáveis, portanto é necessária a garantia de benefícios frente aos riscos e danos possíveis da intervenção (BRASIL, 2013).

“Esse teu assunto, alguns aspectos dele são muito complexos porque envolvem relações sociais, percepção dos protocolos como adequados ou inadequados, então aí começa a envolver muitos fatores que a gente pode pensar neles. Seria muito importante uma relação melhor com as sociedades de especialidades que ainda mantém, especialmente no Brasil, recomendações muito dúbias, muito incertas e falas em congresso que não se coordenam com o que há de evidências científicas, com que há de pesquisa, diferente de outras sociedades no mundo que as últimas recomendações do ACP, do colégio americano de médicos, são sobre coleta de preventivos, de dez recomendações, sete ou oito são sobre como fazer menos, o que não fazer, o porquê da faixa etária. Tentar fazer a tradução dessas evidências científicas para prática inclusive dos médicos do serviço privado, que aí talvez comecem a ter uma fala semelhante a nossa e esse diálogo possa ser mais simples”. M4

### ***Associação do exame preventivo ao serviço de ginecologia pelas usuárias***

Foi destacado como um dos fatores de baixa cobertura o fato de as mulheres associarem o exame preventivo ao serviço de ginecologia e, portanto, optarem por fazer com o médico ginecologista, mesmo que seja num serviço privado.

“A figura do ginecologista privado como médico da mulher, onde ela vai fazer uma revisão anual, e a coisa de ser anual foi tão massificada, e aí, isso que começa a fazer com que algumas mulheres façam os seus preventivos regularmente, mas nunca aqui, e a gente não conseguir esses dados, porque também, quando a gente quer fotografar o resultado ou quer que ela traga, mais ainda é uma demanda nossa. E aí, *‘é claro, eu te mostro’* e o ACS vai lá buscar, *‘não encontrei, volta depois’*, acho realmente improvável por mais que essa seja uma estratégia que a gente use, que isso vá trazer um ganho muito significativo de cobertura!” M4

“Uma grande maioria que a gente abordou tinha feito o preventivo, mas tinha feito no particular ou numa outra unidade de saúde que tenha ginecologista. Então, a gente está fazendo agora um resgate de trazer esta pessoa para o atendimento conosco, então não basta ela só nos fornecer o resultado. A gente interessa que essa mulher esteja acompanhada com a gente, porque se der alguma alteração, a gente precisa saber”. G1

“A relação da mulher com o serviço, porque talvez se eu tiver resfriada, com diarreia ou até com câncer eu possa ir à clínica, mas pra preventivo é melhor que seja com um ginecologista do que com um médico que não é um ginecologista, muito menos com uma enfermeira”. M2

Os entrevistados relataram que muitas mulheres que estão na lista sem resultado do exame preventivo registrado, informaram que já realizaram o exame no serviço privado de saúde, ou em outro serviço, e muitas dessas mulheres não entregam o resultado do exame para ser registrado no prontuário eletrônico e assim permanecem pendentes na lista.

“E claro que simples, muito simples, seria que o laboratório registrasse de uma maneira que chegasse no prontuário, isso é um negócio que tanto, pra algumas coisas tem tanto ímpeto da gestão de dizer que os resultados precisam ser melhores e que talvez se você desviar o foco da pessoa da ponta para um prestador intermediário como o do laboratório”. M2

“A gente pode se desdobrar em vinte aqui dentro tentando melhorar o registro, a cobertura e tal, mas com uma canetada, você faz isso para o município inteiro né, e me parece que é um mau uso dos recursos humanos, botar nós, profissionais da ponta uma responsabilidade de ultrapassar barreiras que de alguma maneira são colocadas ou são deixadas por uma ineficiência de algum aspecto de gestão. Então, outra coisa que talvez pudesse acontecer nesse sentido seria uma relação formal, oficial, da secretaria de saúde com os laboratórios privados onde são feitas as coletas privadas, né! Os cadastros nacionais que você citou no início que acontece na maioria dos países, na maioria dos países que há cadastros nacionais, há um sistema privado muito pequeno, muito fraco e que ter cadastro nacional é muito equivalente a ter uma boa organização das coletas e registros públicos, né!” M4

A maioria dos profissionais entrevistados relatou dificuldade com algumas usuárias em obter o resultado do exame realizado em outro serviço. É importante salientar que a integração dos laboratórios com o sistema de informação das unidades de saúde para o registro dos resultados do exame no cadastro das usuárias é fundamental para que se dimensione a real cobertura do rastreamento.

## 6. CONCLUSÕES

- 1- A maioria dos profissionais que respondeu ao questionário informou que conhece o protocolo do rastreamento CCU; conhece e utiliza os relatórios emitidos pelo prontuário eletrônico nas ações de prevenção do câncer do colo;
- 2- A maioria dos profissionais que respondeu à entrevista insere o resultado do exame no ícone correto do PEP em tempo hábil; conhece e utiliza os relatórios emitidos pelo prontuário eletrônico nas ações de prevenção do CCU. A alimentação do sistema de informação pelos profissionais está ocorrendo sem maiores dificuldades, tendo em vista que esta já é uma etapa alcançada;
- 3- Foi observada a realização de coletas desnecessárias, em intervalos menores e/ou em grupos etários não previstos no programa de rastreamento, em desacordo com as diretrizes do MS, causando sobrecarga ao serviço, que poderia canalizar os esforços para ações com grupos populacionais específicos sobre os quais devem ser focalizadas as intervenções. Indicando portanto, a necessidade de educação continuada para o melhor domínio do protocolo de rastreamento preconizado pelo MS para o controle do câncer do colo do útero;
- 4- Apesar da excelência do PEP no monitoramento do indicador estudado, foi observado que não está sendo utilizado todo o potencial desta ferramenta, como por exemplo, para caracterização do perfil das mulheres que não realizam o exame e formulação de estratégias para captação desta demanda. A elaboração de um manual de utilização do PEP com as principais informações de uso poderia auxiliar os usuários do sistema;
- 5- O processo de expansão da ESF tem ampliado o acesso da população feminina para realização do exame de rastreamento do CCU. Entretanto, a má utilização da oferta pelas usuárias, percebida pelo alto número de absenteísmo para este procedimento, pode sugerir a presença de outros fatores relacionados com a qualidade do vínculo devido à alta rotatividade dos profissionais nas unidades de APS ou a questões culturais;
- 6- Para as questões culturais como possíveis causas de absenteísmo, apontadas inclusive na literatura internacional, foi observado que não basta

- ampliar o acesso ao exame, sendo necessárias medidas proativas de maior efeito, incluindo ações educativas com o objetivo de reduzir os fatores que se associam à não realização do exame;
- 7- Os profissionais entrevistados relataram que ainda persiste a cultura da realização do exame de rastreamento CCU pelo serviço de ginecologia, ainda que seja realizado no serviço suplementar de saúde, o que traz como consequência, grande dificuldade na obtenção do resultado do exame para registro no PEP, interferindo diretamente no percentual da cobertura alcançada. Algumas medidas de maior impacto como o alinhamento entre as sociedades de especialidades com o MS para um melhor diálogo quanto aos protocolos de rastreamento uniformizando as orientações e a integração dos laboratórios com os prontuários eletrônicos poderia diminuir/sanar o problema;
  - 8- Levando em conta que menos da metade dos entrevistados consideram o rastreamento do CCU como uma das ações prioritárias desenvolvidas na unidade de saúde, constatamos a importância da ação do gestor local no monitoramento deste indicador. Nas unidades entrevistadas que apresentaram as melhores coberturas, havia maior cobrança do gerente para melhorar o registro do resultado do exame, aumentar a captação das mulheres em idade alvo para realização do exame e monitorar as agendas com busca ativa das faltosas, demonstrando que a questão gerencial é fundamental para o cumprimento de metas;
  - 9- Foi observado que na CF Cantagalo Pavão Pavãozinho, que se destacou das outras unidades de saúde com uma cobertura de 89.18%, além da cobrança do gestor local motivando a equipe e monitorando o indicador, havia também, um grande envolvimento de toda a equipe de saúde na busca destas mulheres, e na utilização de várias estratégias simultâneas de captação bem como do registro de resultado no PEP, incluindo aqui, estratégias inovadoras. É fundamental que o monitoramento da cobertura do rastreamento seja incorporado na rotina da equipe e da gestão da saúde de modo a tornar-se instrumento essencial para o estabelecimento de ações de prevenção e controle do câncer e de seus fatores de risco.

## 7. RECOMENDAÇÕES

Realização de investigação específica com identificação das mulheres que não aderem ao exame para entender do ponto de vista delas o motivo da não adesão;

Realização de estudo que identifique o percentual de usuárias que realizam o exame na rede privada.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMORIM, Vivian Mae Schimidt Lima *et al.* **Fatores associados a não realização do exame de Papanicolau: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, nov, 2006.

ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados.** Rev. Panam. Salud Publica; 29(2): 84-95, fev. 2011.

ANDRADE, Jurandir Moreira. **Limitações para o sucesso do rastreamento do câncer de colo no Brasil.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(6):245-7.

ATLAS de Mortalidade por câncer. Disponível em: <[http:// mortalidade. inca. gov.br/ Mortalidade/](http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/)>. Acesso em: 23 abr 2015.

BORGES, MFSO *et al.* **Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados a não realização do exame.** Cad. Saúde Pública vol.28 n.6. Rio de Janeiro, jun/2012.

BOTTARI, Clarissa Moraes de Sousa *et al.* **Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica.** Cad. Saúde Pública vol.24 suppl.1. Rio de Janeiro, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Controle do Câncer do Colo Uterino: Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo Uterino.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva; 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva Mulher. câncer do colo do útero: Informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas.** Rio de Janeiro: INCA, 2002a. 78p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002b. 59 págs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, xx p.: il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Regulamentos. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** 72p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2006c.

BRASIL. **Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero Programa Nacional de Controle do Câncer**. Sumário Executivo. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. MS. INCA. Rio de Janeiro, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária sobre Rastreamento**, caderno 29. Brasília. Ministério da Saúde, 2010b. 95 p. : il., (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer . **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO): manual gerencial**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011<sup>a</sup>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 2. ed. revista, atualizada e ampliada. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do útero**. Rio de Janeiro. INCA, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento Organizado do Câncer de Mama**. A experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, INCA, 2011c.

BRASIL. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília. DF, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. Série E. Legislação em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia**. Rio de Janeiro, 2012c. 188p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Caderno de Atenção Básica nº 13. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015**. 2. ed. Brasília. DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Avaliação de Indicadores das Ações de Detecção Precoce dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama - Brasil e Regiões, 2013.** Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA n. 497 de 09 de maio de 2016. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Atualização.** Disponível em: <[http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/10.05.16\\_1.pdf](http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/10.05.16_1.pdf)>. Acesso em: 15 jun 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero Programa Nacional de Controle do Câncer.** Sumário Executivo. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. MS. INCA. Rio de Janeiro, 2010.

BRATS. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em Saúde.** Ano VI. n. 17. Dezembro, 2011.

BRITO-SILVA, Keila et al. **Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso.** Rev Saúde Pública 2014; 48(2):240-248.

CAPILHEIRA, Marcelo F; SANTOS, Iná da Silva. **Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos.** Rev Saúde Pública, 2006; 40(3):436-43.

CASARIN, Micheli Renata; PICCOLI, Jaqueline da Costa Escobar. **Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS.** Ciênc. saúde coletiva vol.16 n. 9. Rio de Janeiro, 2011.

CASTRO, José Eduardo Couto. **Acesso ao diagnóstico precoce e o desafio da regulação do sistema. O plano de regulação oncológica do estado do Rio de Janeiro.** IV Fórum de discussão de políticas públicas do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/institutooncoquia/o-plano-de-ateno-oncolgica-do-estado-do-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

CASTRO, Verônica Pedersane Nunes. **Educação em Saúde da Mulher: Integralidade e Empoderamento.** Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação e Saúde Coletiva da faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica da saúde da família. Belo Horizonte, 2010.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens.** 3. ed. Porto Alegre. Ed. Penso, 2014.

COSTA E SILVA, Vanessa et al. **Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(8):3593-3604, 2014.

DESLANDES, SF; ASSIS, SG. **Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças.** In: Minayo MCS, Deslandes SF (Org.). Caminhos do Pensamento. Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002. p.195-226.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. \*. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME/OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em 15 de jun. 2017.

DONABEDIAN, Avedis. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan. Volume I, 1972.

FERREIRA, MLSM. **Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 378-84.

FREITAS, H et al. **Dinâmica do processo de coleta e análise de dados via web. CIBRAPEQ.** Congresso Internacional de Pesquisa Qualitativa. 24 a 27 de março, Taubaté/SP, 2004. 12p.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. **Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica.** Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2012 Jan.-Mar.; 7(22): 5-9.

GASPERIN, Simone Iara; BOING, Antônio Fernando; KUPEK, Emil. **Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional.** Caderno de Saúde Pública vol. 27 n. 7, Rio de Janeiro, 2011.

GIRIANELLI, VR; THULER, LCS; SILVA, GA. **Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol. 36 n. 5. Rio de Janeiro, 2014.

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

IARC, International Agency for Research on Cancer, 2005. **Cervix cancer screening. IARC.** Handbooks of Cancer Prevention. vol. 10. IARC press, Lyon, pp. 1–302.

IARC, International Agency for Research on Cancer. **Working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Human papillomaviruses.** Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, v. 90, p. 1-636, 2007. Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol90/mono90.pdf>>. Acesso em: 05 jun 2016.

INCA. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Dados Apresentados.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dados-apresentados.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2016.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional do Câncer do Colo do Útero. **Legislação.** Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_coloutero/legislacao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_coloutero/legislacao)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Consulta Pública.** Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/diretrizes\\_para\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_consulta\\_publica](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/diretrizes_para_rastreamento_cancer_colo_uterio_consulta_publica)>. Acesso em: 19 fev. 2016.

KLASSEN, D. **Preference for the no-stirrup method.** *Can Fam Physician* 2002; 48: 457.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa.** 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MENDONÇA MHM, MARTINS MIC, GIOVANELLA L, ESCOREL S. **Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família.** *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2355-2365.

MILLER, JW *et al.* **Public Health National Approach to Reducing Breast and Cervical Cancer Disparities.** *Cancer* 2014; 120 (16 suppl):2537-9. Published 2014.

MINAYO, Maria Cacília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves, SOUZA, Ednilsa Ramos. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Ed. Fiocruz, 2014.

MINAYO, Maria Cacília de Souza, DESLANDES, Sueli Ferreira. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método.** Ed. Fiocruz, 2008.

MINAYO, Maria Cacília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** Ed. Hucitec. São Paulo, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MURRAY, M. **Answers to your questions about “same day scheduling”.** American Academy of Family Physicians. Copyright, 2005.

NASCIMENTO, Maria Isabel; MONTEIRO, Gina Torres Rego. **Características de acesso ao preventivo de câncer de colo do útero: três etapas metodológicas da adaptação do instrumento de coleta de informação.** *Cad. Saúde Pública* vol.26 n.6. Rio de Janeiro, June/2010.

NOVAK. **Tratado de Ginecologia.** Editora Guanabara Koogan SA, Rio de Janeiro, 1990.

OAKESHOTT, Pippa; HAY, Phillip. **Commentary: Best practice in primary care.** Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/bmj/333/7560/173.full.pdf>>. Acesso em: 02 jun 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.349 p.: il.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. **Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino**. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004.

PORTUGAL. **Programa de rastreio do cancro do colo do útero na Região Norte**. Portugal, Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARSN), Departamento de Estudos e Planeamento (DE P), Coordenação Regional dos Rastreios Oncológicos. Porto: ARSN , 2009.

ROBBINS, SP. **Comportamento organizacional**. 9 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

RYAN, GW; BERNARD, HR. **Field Methods: Techniques to Identify Themes**. *Field Methods*, Vol. 15, No. 1, February 2003 85–109. DOI: 10.1177/1525822X02239569© 2003 Sage Publications.

SAMPAIO, LRL *et al.* **Influência do Gênero do Profissional na Periodicidade do Exame. Papanicolau**. The influence of the professional's gender in the periodicity of Pap Test. RBPS, Fortaleza, 23(2): 181-187, abr./jun., 2010.

SADOVSKY, Ana Daniela Izoton *et al.* **Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(7):1539-1550, jul, 2015.

SMS RJ. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Painel de Indicadores**. Disponível em: <<http://subpav.org/painel/aps.php>>. Acesso em 05 jan. 2016.

SMS RJ. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **TABNET**. Disponível em: <[http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/tabnet?sia/definicoes/producao\\_2008.def](http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/tabnet?sia/definicoes/producao_2008.def)>. Acesso em 25 fev. 2016.

SEEHUSEN, Dean A. et col. **Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial**. Cite this article as: BMJ, doi:10.1136/bmj.38888.588519.55 (published 27 June 2006).

SENAR (Serviço Nacional de Aprendizagem Rural). Disponível em: <[www.senar.org.br/programas/útero](http://www.senar.org.br/programas/útero)>; <<http://mshoje.com/informativos/6018-exame-papanicolaue-realizado-gratuitamente-no-interior-do-estado/>>. Acesso em: 24 set. 2012.

SERRAINO, Diego et al. **Changes in cervical cancer incidence following the introduction of organized screening in Italy**. Preventive Medicine 75 (2015) 56–63.

SOLOMON, Diane; NAYAR, Ritu. **Sistema bethesda para citopatologia cervicovaginal: definições, critérios e notas explicativas**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

SORANZ, D; PINTO, LF.; PENNA, GO. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21 (5): 1327-1338, 2016.

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

TEMPERINI, Rosana Soares de Lima. **Fundação das Pioneiras Sociais: Contribuição Inovadora para o Controle do Câncer do Colo do Útero no Brasil, 1956-1970**. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(3): 339-349.

TESSER, Charles Dalcanale, NORMAN, Armando Henrique. **Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia da Saúde da Família**. *Saúde Soc. São Paulo*, v 3, n 3, p. 869-883, 2014.

WHO. **Cervical Cancer Screening in Developing Countries**. Report of a WHO Consultation. Geneva, 2002.

WHO. IARC. **Monographs on the Evaluation of Carcinogenic risks to humans. Human Papillomaviruses**. Volume 90. Lyon, France, 2007.

WHO. Regional Office for Europe. **Regional Cervical Cancer Prevention meeting**. 11-12 October 2011 – Istanbul, Turkey. Meeting report. 2012.

WHO. **Guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women**. World Health Organization, 2013.

WHO. **Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, World Health Organization, 2014. Second edition.

WHO. **Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer**. Fact sheet no 380. World Health Organization. Reviewed March, 2015.

<https://casadeamaterasu.wordpress.com/2015/11/04/rotinas-ginecologicas-mulheres-tomem-as-redeas-de-seus-corpos-e-sua-saude/>. Acesso em 25/05/2017.

## 9. ANEXOS

### I. QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE DE AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO EMITIDOS PELO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Pesquisa: ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NAS AÇÕES DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Este questionário destina-se à coleta de informações para a melhoria da cobertura do exame citopatológico nas Unidades de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro. Seu objetivo é identificar a utilização dos relatórios emitidos pelo Prontuário Eletrônico. Sua identificação não é obrigatória. Sua participação é fundamental.

Nome:

Unidade de Saúde:

Data da Entrevista:

#### 1- Função

- Gerente
- Médico
- Médico RT
- Enfermeiro

#### 2- Qual é o tipo de sua Unidade de saúde:

- Unidade tipo A (clinica da família)
- Unidade tipo B (unidade tradicional + equipe de Saúde da família)

#### 3- Tempo de funcionamento da Unidade

- 3 anos ou mais
- < 3 anos

#### 4- Você fez residência/especialização em Saúde da Família?

- Sim
- Não

#### 5- Há quanto tempo você atua na Atenção Primária à Saúde?

- em anos

- 6- Há quanto tempo você trabalha nesta unidade de saúde?  
( ) em anos
- 7- Você utiliza o prontuário eletrônico?  
( ) sim  
( ) não
- 8- Você recebeu treinamento para utilização do prontuário eletrônico?  
( ) sim  
( ) não
- 9- Você conhece o protocolo do rastreamento do câncer do colo do útero?  
( ) sim  
( ) não
- 10-Você realiza o exame preventivo?  
( ) sim  
( ) não
- 11-Em que momento você realiza o exame preventivo?  
( ) existe turno específico e as mulheres são agendadas  
( ) existe turno específico de livre demanda para o exame  
( ) o exame preventivo é realizado quando a usuária vem na unidade por outro motivo e o momento é oportunizado para coleta do exame  
( ) eu não realizo o exame
- 12-Você insere o resultado do exame no prontuário eletrônico?  
( ) sim  
( ) não
- 13-Você conhece a atual cobertura de citopatológicos em mulheres entre 25 e 64 anos da sua equipe/unidade de saúde?  
( ) não sei  
( ) até 20%  
( ) 20 a 40%  
( ) 40 a 60%  
( ) 60 a 80%  
( ) 80 a 100%

- 14-Você conhece o relatório emitido pelo prontuário eletrônico sobre cobertura do exame citopatológico, da variável 2?
- sim
- não
- 15-Como é feita a captação das mulheres que não realizam o exame citopatológico?
- não fazemos busca ativa. As mulheres chegam na unidade por demanda espontânea.
- visita domiciliar por ordem alfabética do cadastro.
- pela lista nominal emitida pelo prontuário eletrônico.
- 16-Você autoriza a utilização dos dados e as informações contidos neste questionário para fins da dissertação de mestrado e de outros trabalhos acadêmicos e científicos, mantendo sigilo absoluto.
- sim
- não

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Sônia Aquilino Castilho

Pesquisadora responsável

E-mail: soniacastilhomar@gmail.com Tel.: (21) 964228685

Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

UFRJ /Centro de Ciências da Saúde/Faculdade de Medicina

## II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO EMITIDOS PELO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Pesquisa: ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NAS AÇÕES DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Este questionário destina-se a coleta de informações para melhoria da cobertura do exame citopatológico nas Unidades de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro. Seu objetivo é identificar a utilização dos relatórios emitidos pelo Prontuário Eletrônico. Sua identificação não é obrigatória. Sua participação é fundamental.

1- Qual a sua Área Programática?

- CAP 1.0
- CAP 2.1
- CAP 2.2
- CAP 3.1
- CAP 3.2
- CAP 3.3
- CAP 4.0
- CAP 5.1
- CAP 5.2
- CAP 5.3

2- Função:

- Gerente
- Médico
- Médico RT
- Enfermeiro
- Enfermeiro RT

3- Qual é o tipo da sua Unidade de saúde:

- Unidade tipo A (Clínica de Família)
- Unidade tipo B (Unidade tradicional + Equipe de Saúde da família)

4- Tempo de funcionamento da Unidade:

- Menos de 3 anos
- Mais de 3 anos

5- Você fez Residência/Especialização em Saúde da Família?

- Sim
- Não

6- Há quanto tempo você atua na Atenção Primária à Saúde?

- < 1 ano
- 1 - 3 anos
- 3 – 5 anos
- > 5 anos

7- Há quanto tempo você trabalha nesta unidade de saúde?

- < 1 ano
- 1 - 3 anos
- 3 – 5 anos
- > 5 anos

8- Você recebeu treinamento para utilização do prontuário eletrônico?

- sim
- não

9- Você conhece o protocolo do rastreamento do câncer do colo do útero?

- sim
- não

10- Você realiza o exame preventivo?

- sim, em todas as mulheres que procuram o serviço
- sim, de acordo com o protocolo de rastreamento (faixa etária e periodicidade)
- eu não realizo o exame preventivo

11- Em que momento você realiza o exame preventivo?

- existe turno específico e as mulheres são agendadas
- existe turno específico de livre demanda para o exame
- não existe turno específico, o exame é realizado de acordo com a agenda
- não existe turno específico, o exame preventivo é realizado quando a usuária vem à Unidade por outro motivo e o momento é oportunizado para coleta do exame.
- Eu não realizo o exame

12- Você insere o resultado do exame no prontuário eletrônico?

- sim, quando eu recebo os resultados do laboratório
- sim, durante a consulta, no momento da entrega do resultado do exame para a usuária

eu não insiro o resultado do exame no prontuário eletrônico

13- Você conhece o relatório da variável 2 emitido pelo prontuário eletrônico sobre cobertura do exame citopatológico?

sim

não

14- Como é feito a captação das mulheres que não realizam o exame citopatológico?

Não fazemos busca ativa. As mulheres chegam na unidade por demanda espontânea

Visita domiciliar de rotina

Visita domiciliar a partir da lista nominal das mulheres emitida pelo PEP

Grupos de educação em saúde

15- Você autoriza a utilização dos dados e as informações contidos neste questionário para fins da dissertação de mestrado e de outros trabalhos acadêmicos e científicos, mantendo sigilo absoluto.

Sim

Não

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Sônia Aquilino Castilho

Pesquisadora responsável

E-mail: soniacastilhomar@gmail.com Tel.: (21) 964228685

Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

UFRJ /Centro de Ciências da Saúde/Faculdade de Medicina

### III. CARTA CONVITE PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Prezado(a) Senhor(a),

A pesquisa “Análise da utilização do prontuário eletrônico nas ações de rastreamento do câncer do colo do útero no município do Rio de Janeiro” tem como objetivo principal analisar a organização das ações de rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro utilizando os relatórios emitidos pelo prontuário eletrônico.

Sua contribuição é de fundamental importância no sentido de colaborar na identificação de fatores que contribuam para a baixa cobertura do exame citopatológico nas unidades de saúde pesquisadas e na identificação de possíveis fatores que interferem na etapa de registro do resultado do exame citopatológico no prontuário eletrônico.

O questionário visa obter informações acerca da formação dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, tempo de atuação na atenção primária à saúde, verificar o conhecimento dos profissionais sobre o protocolo de rastreamento do câncer do colo do útero e utilização dos relatórios emitidos pelo prontuário eletrônico nas ações de rastreamento do câncer do colo do útero e a estratégia utilizada para a captação das mulheres para realização do exame preventivo.

O envio do questionário preenchido será considerado como aceite à participação na pesquisa.

Informamos que:

- Ao todo são 15 perguntas de múltipla escolha.
- O armazenamento das respostas, em nosso banco de dados, é feito a partir do envio do questionário.

Qualquer dúvida, estou à disposição para melhores esclarecimentos. Você pode me contatar pelo e-mail [soniacastilhomar@gmail.com](mailto:soniacastilhomar@gmail.com) ou pelos telefones (21) 91845051 / 964228685.

Desde já, agradeço por sua disponibilidade e participação.

Cordialmente,

Sônia Aquilino Castilho

#### IV. ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Pesquisa: ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NAS AÇÕES DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dados de Identificação:

Nome:

Categorial Profissional:

Função:

Idade:

Tempo de Serviço na Atenção Primária de Saúde:

- 1- Quais são as ações prioritárias desenvolvidas na sua unidade?
- 2- Você considera que a sua Unidade tem boa cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero?
- 3- Quais as estratégias desenvolvidas na sua Unidade para a captação das mulheres para realização do exame preventivo do câncer do colo do útero?
- 4- Como é feito o registro do resultado do exame preventivo no Prontuário Eletrônico?
- 5- De que forma a utilização do Prontuário Eletrônico tem contribuído para o planejamento das ações da Unidade?
- 6- Você deseja acrescentar algo que não tenha sido perguntado?

V. **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde**

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Análise da utilização do prontuário eletrônico nas ações de rastreamento do câncer do colo do útero no Município do Rio de Janeiro”, que tem como objetivo analisar a organização das ações de rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro utilizando os relatórios emitidos pelo prontuário eletrônico; Identificar fatores que contribuam para a baixa cobertura do exame citopatológico nas unidades de saúde pesquisadas; Verificar o conhecimento dos profissionais quanto à utilização dos relatórios emitidos pelo prontuário eletrônico nas ações de rastreamento do câncer do colo do útero; Identificar possíveis fatores que interferem na etapa de registro do resultado do exame citopatológico no prontuário eletrônico.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador sempre que julgar necessário.

A pesquisa terá duração de um ano, com o término previsto para o mês de junho de 2017.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder uma entrevista semiestruturada. A entrevista será realizada em local reservado para garantir o sigilo e o caráter confidencial das informações, zelando pela sua privacidade. A gravação e o material escrito ficarão de posse do pesquisador responsável pela entrevista, garantindo que sua identificação não seja exposta nas conclusões ou publicações futuras, portanto, não há qualquer risco em participar como entrevistado desta pesquisa.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos desta pesquisa são o constrangimento ao responder a entrevista, sendo minimizado pela pesquisadora responsável tendo a garantia da privacidade e não quebra do sigilo da identificação do participante da pesquisa. Caso você se sinta constrangido ao responder alguma pergunta, você poderá não respondê-la. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa estarão voltados para população feminina do Município do Rio de Janeiro, contribuindo para

elaboração de estratégias para aumentar a cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero, visando à redução da mortalidade por esta doença.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

---

Sônia Aquilino Castilho

Pesquisador responsável

E-mail: soniacastilhomar@gmail.com Tel.: (21) 964228685

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Recebi uma via assinada deste documento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome legível do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Participante: \_\_\_\_\_

CEP – SMSRJ - Telefone: 2215-1485 – e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br