

Organização e dificuldades no rastreamento do câncer do colo do útero na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

Organization and Difficulties in Cervical Cancer Screening from the perspective of Primary Health Care professionals

Sônia Aquilino Castilho¹, Alcía Navarro Dias de Souza², Maria de Fátima Dias Gaiú³, Solange da Silva Malfacini⁴, Maria Katia Gomes⁵

Artigo Original

RESUMO

Este estudo visa compreender a organização e as dificuldades no rastreamento do câncer do colo do útero na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. Trata-se de estudo descritivo-exploratório, com 34 entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas e submetidas a análise temática. A amostra teve como critério de escolha a área programática que obteve a média de cobertura (30,38%) mais próxima da média do município (30,93%) no ano de 2015: 4 unidades com menos de 30% de cobertura, uma unidade com residência médica (36,64%) e a de maior cobertura da área (56,86%). Estudamos, ainda, a unidade de maior destaque (89,18%) do município. Constatou-se dificuldade na captação das mulheres e grande volume de pacientes por equipe impactando negativamente na cobertura. O alto absenteísmo das mulheres sugere problemas no vínculo ou questões culturais. Em relação ao registro, não existem problemas com a utilização do prontuário eletrônico, mas exames realizados fora das unidades não são contabilizados. Nas clínicas com maiores coberturas, houve mais empenho do gestor local no monitoramento deste indicador, gerando motivação e envolvimento dos profissionais em várias estratégias de captação, sugerindo que a questão gerencial é fundamental para melhor índice de cobertura.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Neoplasias do Colo do Útero. Programas de Rastreamento. Acesso aos Serviços de Saúde. Registros Eletrônicos de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to comprehend the organization and difficulties in screening uterine cancer were studied from the perspective of Primary Health Care professionals. This is a descriptive-exploratory study, with 34 semi-structured interviews, which were, recorded, transcribed verbatim and submitted to thematic analysis. The chosen samples were the ones with average coverage (30.38%) closer to the municipality average (30.93%) in the year 2015: 4 units with less than 30% coverage, one unit with medical residency (36.64%) and the unit with the greater area coverage (56.86%). We also studied the most prominent unit in the municipality (89.18%). It was detected both difficulty in attracting the women and large volumes of patients per team, negatively impacting coverage. High absenteeism among the women suggests bond or cultural issues. There are no issues with management of the electronic medical record, but tests performed outside the units are not accounted for. In the clinics with the highest coverages, there was greater effort by the local manager in monitoring this key performance indicator, generating greater motivation and involvement of professionals in various attraction strategies, suggesting that the management issue is key for the best coverage index.

Key Words: Primary Health Care. Uterine Cervical Neoplasms. Mass Screening. Health Services Accessibility. Electronic Health Records.

¹ Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro, RJ – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4770-7850> – E-mail: soniacastilhomar@gmail.com

² Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7588-5152>

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3053-839X>

⁴ Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro, RJ – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2488-4029>

⁵ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1083-8531>

INTRODUÇÃO

O controle do câncer do colo do útero (CCU) é uma prioridade no Brasil devido à sua alta incidência e mortalidade e por ser uma neoplasia cuja prevenção primária e secundária são efetivas. A prevenção primária tem como objetivo evitar a infecção pelo HPV, e a secundária, a realização do exame de rastreio para identificação precoce da doença, propiciando que o desfecho do tratamento tenha melhores resultados¹. No Brasil, com diferenças regionais, o CCU é a terceira causa mais comum de câncer entre as mulheres. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o triênio 2023/2025 são esperados 17.010 novos casos de CCU no Brasil, com um risco estimado de 13,25 casos para cada 100 mil mulheres. Na região sudeste, são esperados 6.020 casos novos, com cerca de 570 casos novos no município do Rio de Janeiro².

De acordo com a OMS, o programa de rastreamento pode ser organizado ou oportunístico. “O rastreamento organizado ocorre de forma sistemática, com uma base populacional cadastrada e população-alvo definidas e os indivíduos assintomáticos da população-alvo são convidados para a realização dos testes na periodicidade recomendada”³. Nos países desenvolvidos, que realizam rastreamento organizado, foi observada significativa redução da morbimortalidade por CCU⁴. No Brasil, onde, de modo geral, não há uma base populacional cadastrada, é realizado o rastreamento oportunístico⁴. Neste, ocorre a procura espontânea do serviço de saúde pela usuária, com o objetivo de realizar o exame de rastreio. Quando a demanda ao serviço de saúde acontece por algum outro motivo, o profissional de saúde pode oportunizar e realizar o exame. Segundo Andrade⁵, a limitação mais importante para o sucesso do rastreamento oportunístico é a porcentagem insuficiente de mulheres submetidas à coleta de citologia. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomenda o rastreio de colpocitologia para mulheres entre 25 e 64 anos, com intervalo trienal após dois primeiros exames negativos anuais^{3,6}, cujo indicador pactuado é a “Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária”, que contabiliza o total de exames realizados, não possibilitando a identificação das mulheres que não participaram do rastreio.

Como política de ampliação do acesso aos serviços de saúde, o Brasil tem fortalecido e qualificado a rede de atenção primária à saúde (APS) com a implementação das equipes de saúde da família, por sua comprovada eficiência na utilização dos recursos, pela efetividade das práticas e por constituir importante porta de entrada ao sistema de saúde. A APS orienta-se por eixos estruturantes representados por atributos essenciais, como a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e atributos derivados, como a centralização na família, a competência cultural e a orientação comunitária⁷. A formação do vínculo entre profissional e usuário garante laços de confiança e corresponsabilidade no cuidado,

tornando-se uma ferramenta indispensável⁸. Entre 2009 e 2016, o município do Rio de Janeiro investiu na ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que saiu de uma cobertura de 3,5% em dezembro de 2008, para 68,61% de cobertura populacional no início de 2017, quando o município possuía 113 Clínicas da Família e 111 Centros Municipais de Saúde com um total de 1.257 equipes de Saúde da Família⁹. De 2017 a 2020 houve uma redução da cobertura da ESF para 40,50%, com um total de 759 equipes de Saúde da Família¹⁰.

A territorialização e o cadastramento das famílias pela ESF, um dos pressupostos básicos da organização do processo de trabalho, permite a identificação de prioridades em termos de problemas nos grupos sociais. No período de 2009 a 2011 foi implantado, progressivamente, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) para cadastramento da população da área adscrita. Sendo assim, a partir de 2012, na cidade do Rio de Janeiro tornou-se possível a avaliação do desempenho organizacional e clínico através dos PEP¹¹. 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, uma vez que o PEP possibilita uma busca rápida das informações, além de gerar relatórios com indicadores de saúde para o monitoramento e o planejamento das ações^{12,13}.

Esse novo modelo organizacional da APS¹⁴, contou com o apoio à gestão de Organização Social para saúde (OSS). Com o objetivo de melhorar o desempenho das unidades de saúde, foi pactuado, no contrato de gestão, indicadores de pagamento por desempenho; dentre eles, a cobertura de exames colpocitológicos que está definida no indicador D1 da variável 2, “Porcentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos”, possibilitando o rastreamento organizado e não mais oportunístico. O relatório emitido pelo PEP contabiliza as mulheres entre 25 e 64 anos, que pertencem a área de abrangência da equipe e que tenham o registro do resultado no PEP nos últimos três anos. Utiliza como denominador o número total de mulheres nesta faixa etária cadastradas, demonstrando, assim, a cobertura do rastreamento do CCU daquela equipe. É gerada uma lista nominal das mulheres entre 25 e 64 anos, cadastradas, que ainda não têm o registro, para que se faça a busca ativa dessas mulheres. Para contabilizar este indicador, não é necessário realizar o exame na unidade de saúde da usuária, uma vez que esse indicador utiliza o registro do resultado do exame.

A utilização de um sistema informatizado para gerenciamento das informações é fundamental para a solidificação das ações de controle do câncer, o qual deve ser atualizado e analisado periodicamente. A meta de cobertura desse indicador é de 80% e a média alcançada no município do Rio de Janeiro no ano de 2015 foi de 30,93% de cobertura, ficando muito abaixo do esperado e apresentando valores entre 16,48% para a pior área e 39,98% para a melhor área de cobertura do município¹⁵.

O rastreamento é uma tecnologia da atenção primária, portanto, os profissionais da ESF são os responsáveis pela coordenação deste cuidado¹⁶. O PEP emite relatórios que possibilitam uma avaliação real da cobertura do colpocitológico na população cadastrada. Sua análise permite identificar as não participantes do rastreamento por meio da gestão das listas e planejar intervenções para aumentar a participação das mulheres. Portanto, alcançar uma alta cobertura do rastreamento é a principal meta para a redução da incidência e mortalidade por CCU a ser realizada pela APS⁶. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender a organização e as dificuldades de realização das ações de rastreamento do CCU na perspectiva dos profissionais da ESF.

MÉTODOS

Estudo descritivo-exploratório a partir de entrevistas semiestruturadas com gerentes/diretores, médicos e enfermeiros das unidades de saúde da Área Programática 5.2, localizada na região oeste do município do Rio de Janeiro. Optou-se em escolher a área que apresentou a média de cobertura (30,38%) que mais se aproximou da média de cobertura do município (30,93%), segundo os dados de 2015¹⁵. Por ser um estudo descritivo-exploratório, que estuda os fenômenos no seu acontecimento, entendemos que a escolha de uma área com rendimento médio seria um bom critério para investigar com maior abrangência o desempenho dos profissionais do que em uma área com desempenho muito alto ou muito baixo. Dentro desses critérios, foram selecionadas três unidades com menos de 30% de cobertura: CF1 (19,75%), CF2 (23,93%), CF3 (24,99%), duas unidades com cobertura próxima da média, CF4 (29,93%) e CF5 (36,64%) e a unidade com o melhor indicador da AP 5.2, CF6 (56,86%). Resolvemos incluir uma clínica da família de outra área, AP 2.1, localizada na região sul do município do Rio de Janeiro, CF7, por esta apresentar cobertura excepcional (89,18%) para o indicador no município. A escolha da clínica com a melhor cobertura da área estudada e a com a melhor cobertura do município, teve como objetivo fazer comparações no processo de trabalho e organização do serviço.

Todos os profissionais convidados das clínicas escolhidas (7 gerentes/diretores, 10 médicos e 17 enfermeiros) aceitaram participar e assinaram o TCLE. Só não participaram os profissionais ausentes da unidade no período da pesquisa. As entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho dos entrevistados, em sala específica, com o ambiente tranquilo e sem interferência externa. Foram realizadas 34 entrevistas, com média de duração de 13,40 minutos, sendo a mais curta de 6,44 minutos e a mais longa de 89,57 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio, no período de março a junho de 2017, transcritas e analisadas por meio da Análise de Conteúdo 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. 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), seguidas pela identificação numérica.

A análise de conteúdo revelou temas referidos a categorias apriorísticas, isto é, categorias criadas a partir do referencial teórico, e temas emergentes, em consonância com os objetivos do estudo proposto. A partir das categorias apriorísticas, foram desenvolvidos na análise das entrevistas os seguintes temas: ações prioritárias desenvolvidas na unidade de saúde; cobertura do exame preventivo e sua apreciação pelos profissionais de saúde; estratégias de captação das mulheres para a realização do exame e registro do resultado e utilização do PEP na condução das ações de rastreamento. Entre os temas emergentes, foram produzidos: sobrecarga de trabalho e número de usuários por equipe; acesso avançado *versus* ação programática; conhecimento do Protocolo do Rastreamento do CCU e associação do exame preventivo ao serviço de ginecologia pelas usuárias.

A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (CAAE 59824216.5.0000.5238) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE 59824216.5.3001.5279).

RESULTADOS

Dos 34 profissionais participantes deste estudo, a maioria possuía menos de 40 anos de idade e menos de 10 anos de serviço na APS, o que demonstra coerência com o tempo de expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1– Características dos profissionais entrevistados

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

Fonte: elaborada pelas autoras

De modo geral, os relatos dos entrevistados sobre estes temas foram bastante homogêneos, ainda que com maior ou menor grau de profundidade. A partir das categorias apriorísticas obtivemos as respostas apresentadas a seguir.

Ações prioritárias desenvolvidas na unidade de saúde

Dentre as ações prioritárias desenvolvidas na unidade, as mais mencionadas foram: o atendimento a pessoas acometidas por hipertensão arterial, diabetes mellitus e tuberculose e ações relacionadas à linha de cuidado da criança e da saúde da mulher. O rastreamento do CCU foi especificamente destacado por 15 dos 34 profissionais entrevistados, tendo sido priorizado especialmente nas unidades de melhor cobertura, quando o papel do gerente se destacou na fala dos entrevistados.

“Tem a questão dos preventivos que o gerente sempre bate muito e a caderneta vacinal (caderneta da criança) que a gente também corre muito atrás por causa do bolsa família e do cartão carioca. Estas são as linhas de cuidado que a gente tem muita ação envolvida”. E25

“A parte da saúde da mulher, a gente teve que focar na questão do preventivo, que era muito fraco na unidade. No ano passado, 3,5% das mulheres tinham o preventivo em dia”. M27

“Aqui tem muita demanda, mas a gente tenta dar prioridade aos programas da saúde da mulher, criança, diabetes e hipertensão. É onde a gente tem mais foco e são as maiores cobranças. Na saúde da mulher o foco é gestante e preventivo”. M31

Cobertura do exame preventivo e sua apreciação pelos profissionais de saúde

Vinte e dois dos 34 entrevistados consideraram que suas equipes possuem baixa cobertura. Os outros 12 entrevistados consideraram a cobertura boa, no entanto, para 4 profissionais, boa cobertura significava boa oferta de serviços. A maioria dos profissionais destacou que, apesar de a unidade oferecer várias modalidades de agendamento, há baixa adesão das mulheres da faixa etária preconizada.

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

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

“Sim, a nossa cobertura é boa. O vínculo com os pacientes foi importante para aumentar a cobertura. No começo elas tinham a preocupação que o ACS teria acesso ao resultado, não por ser ACS, mas por ser um vizinho”. G2

“Eu acho que sim, poderia ser maior, mas o número de faltas é muito grande”. M31

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

Estratégias para captação das mulheres para a realização do exame

Houve consenso da maioria dos entrevistados sobre a busca ativa, principalmente por agentes comunitários de saúde, a partir de as listagens emitidas pelo PEP se tornarem a principal estratégia para captação, o que está em conformidade com o programa de rastreamento organizado.

“A gente busca trabalhar com listagem das mulheres que estão dentro da faixa etária e não fizeram o preventivo ainda. As agentes comunitárias saem fazendo busca ativa dessas mulheres, convidando para vir fazer o exame”. E1

“A lista. Nós pegamos a lista e fazemos visita domiciliar, que pode ser feita pelo enfermeiro ou pelo agente comunitário”. E9

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

“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’*. O ACS verifica na pasta e fala *‘a senhora não realizou o preventivo aqui com a gente nos últimos três anos, a senhora fez em outro lugar?’* Então, você já afirma para ela, eu sei que você está com o preventivo atrasado”. G1

Dentre as mulheres que buscam espontaneamente o exame, há uma parte que realiza na rede privada de saúde. Segundo os profissionais entrevistados, a mulher, ao realizar o exame fora da unidade, dificilmente apresenta o resultado para a equipe registrar no PEP. Sendo assim, esses resultados não são contabilizados, o que leva à baixa proporção de mulheres cadastradas com resultado no PEP, dificultando alcançar o indicador.

Registro do resultado no PEP

O resultado do exame preventivo pode ser lançado durante a consulta ou por gestão de fichero, que é o registro de informação complementar no PEP sem a presença do paciente e que não configura uma consulta. Quanto ao momento do registro do resultado, houve concordância da maioria dos entrevistados sobre o registro do exame ser feito por gestão de fichero, assim que chega do laboratório, no ícone “rastreios oncológicos”, pelo enfermeiro da equipe. Essas falas evidenciam o conhecimento dos profissionais sobre o manuseio do PEP e a organização do serviço, com o lançamento do resultado do exame em tempo oportuno.

“Assim que chega do laboratório eu registro todos os exames imediatamente no PEP. Se a gente for deixar para registrar quando elas vierem buscar o resultado, a gente vai ficar com uma subnotificação absurda, porque elas não vêm”. E2

“Após chegarem os resultados do laboratório, eu entro no PEP, lanço por gestão de ficheiros e vejo se tem algum resultado alterado; se não está alterado, eu dobro ele, grampeio e o agente comunitário entrega para a paciente”. E1

“As equipes recebem o resultado e registram no PEP. Quando a mulher vem para pegar o resultado, o preventivo já está lá lançado, porque acontece de o resultado chegar e a mulher não vir buscar. Então, se fosse lançar quando ela viesse buscar, ia ficar lá mais uma mulher em falta”. G6

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

Contribuições do PEP para o planejamento das ações da Unidade

O PEP tornou-se a principal ferramenta da equipe em suas atividades diárias. Foram destacadas, como principais contribuições, a emissão das listas e relatórios, a credibilidade das informações, melhores registros e a facilitação no processo de trabalho.

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

“Eu acho que ele te norteia em tudo, você pega as estatísticas, aí ele te mostra o que está faltando, porque a maneira que ele foi construído já tem as metas que têm que ser batidas e as variáveis te norteiam muito o caminho que você tem que seguir”. M6

“Essa é uma ferramenta que é a responsável por auxiliar a gestão. Através das listas de pendências a gente consegue filtrar com pouquíssimos erros. Eu sou um admirador do PEP, os relatórios são bastante importantes e são precisos, porque ele me mostra o percentual”. G4

Dentre os entrevistados, quatro profissionais valorizam e utilizam rotineiramente o ícone de alerta do PEP, o qual sinaliza o atraso das usuárias com os exames de rastreios oncológicos.

“Essa função de alerta, de mostrar para a gente o que o paciente precisa, é muito prático, porque às vezes você está atendendo a mulher por outro motivo e consegue perceber imediatamente que ela está precisando realizar o preventivo”. E2

“O PEP tem o alerta de que está faltando, por exemplo, rastreio do câncer de colo, rastreio do câncer de mama, vacina, IMC, tudo isso tem ali aberto e sinalizado para que a gente possa ficar atento”. M1

Foram considerados como fator de dificuldade na utilização do PEP: sistema “travado”, internet lenta, treinamento precário, prontuário complexo e demora no tempo de resposta aos problemas apontados. Apesar dessas críticas, houve consenso de que o PEP é um facilitador, diminuindo o grande volume de papéis que burocratizam o trabalho. No entanto, os próprios entrevistados reconheceram que os nomes na lista emitida pelo PEP não possibilitavam que eles reconhecessem a maioria das mulheres ali listadas, nem tampouco que soubessem o motivo da não realização do exame por parte das pacientes.

A seguir, apresentaremos os temas emergentes identificados pela análise de conteúdo, especialmente nas respostas à pergunta aberta do final da entrevista, a qual estimulou os entrevistados a dizer livremente algo mais que considerassem importante sobre o rastreamento do câncer do colo de útero.

Sobrecarga de trabalho e número de usuários por equipe

Os entrevistados salientaram que a sobrecarga de trabalho e número elevado de usuários por equipe dificulta o acompanhamento das ações programáticas, inclusive o rastreamento do CCU.

“Essa questão é fundamental. Eu acredito que, para o sucesso da estratégia, você não pode superlotar uma equipe e ir jogando paciente e achar que o médico ou o enfermeiro vai dar a mesma cobertura, a mesma qualidade de atendimento para uma equipe com 5 mil quanto para uma com 2.500 pacientes. Então, o principal diferencial é a quantidade de pacientes por equipe”. M1

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

“A gente deveria sair mais da clínica. Como enfermeira eu sinto muita falta de fazer ação fora da unidade; essa captação de mulheres na idade fértil, de hipertenso ou de idoso. A demanda está muito grande, porque a clínica da família está absorvendo muita demanda de UPA e das outras emergências e a gente está com tempo reduzido para trabalhar fora da unidade”. E12

“Já tem seis anos de clínica implantada com 100% da população cadastrada, então a gente já conhece a nossa população. Mas a gente sofre uma influência direta, que é o excesso de cadastros. Uma vez que o ideal é ter três mil a três mil e quinhentos cadastros, hoje a gente tem equipes com cinco mil, então isso também influencia diretamente todo o nosso planejamento em saúde”. G4

Acesso avançado versus ação programática

A lógica do acesso avançado tem como base uma agenda dinâmica que permite maior absorção da demanda espontânea e tem como objetivo oferecer consultas aos pacientes que demandam no mesmo dia, enquanto as ações programáticas são baseadas em critérios epidemiológicos e segue a diretriz para a organização dos serviços com a priorização dos grupos de risco¹⁷.

Para os entrevistados, não só o excesso de pacientes cadastrados, mas também o acesso avançado, entre outras dificuldades, contribui para a baixa cobertura do rastreamento do CCU.

“A gente não tem preocupação de ficar fazendo uma agenda programática 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

“O meu raciocínio é assim, uma vez que você garante o acesso, aí o que vier a gente cuida, a gente acaba fazendo mais, tendo em vista a oportunização do contato, do que de uma grande programação prévia.” M4

De acordo com o relato dos entrevistados, apesar da coleta do exame citopatológico ser uma atribuição do médico e do enfermeiro da equipe, é prática comum a atribuição desta tarefa à enfermagem com a justificativa médica de otimização do trabalho em equipe e melhor aproveitamento de seu tempo em outras ações de impacto comparável. Isso vale para o lançamento de resultados do exame no PEP.

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

Conhecimento do Protocolo do Rastreamento do CCU

Apesar de os profissionais relatarem conhecer o protocolo do rastreamento do CCU, chamou a atenção os questionamentos sobre a faixa etária estabelecida para o início do rastreamento estabelecido no protocolo do MS⁵.

“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 para o início do tratamento.” E16

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

Associação do exame preventivo ao serviço de ginecologia pelas usuárias

Foi destacado como um dos fatores de baixa proporção de usuárias, com registro de resultado no PEP, o fato de as mulheres associarem o exame preventivo preferencialmente ao especialista da ginecologia e não ao médico de família. Nestes casos, a mulher opta por fazer o exame com o médico ginecologista, mesmo que seja em um serviço privado, e não retorna à clínica da família para registrar o resultado.

“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 isso começa a fazer com que algumas mulheres façam os seus preventivos regularmente, mas nunca aqui, e a gente não consegue esses dados, porque também, quando a gente quer fotografar o resultado ou quer que ela traga, é uma demanda nossa. E aí, para nós ela responde: ‘é claro, eu te mostro’; quando o ACS vai lá buscar, ‘não encontrei, volta depois’. Acho realmente improvável que isso vá trazer um ganho muito significativo de cobertura, por mais que essa seja uma estratégia que a gente use.” M4

“A maioria das mulheres que a gente abordou tinha feito o preventivo, mas tinha feito no serviço particular ou em outra unidade de saúde que tivesse ginecologista. Então, a gente está fazendo agora um resgate de trazer esta mulher para o atendimento conosco. Não basta ela só nos fornece o resultado. Nos interessa que essa mulher esteja acompanhada aqui, porque se der alguma alteração, a gente precisa saber.” G1

Os entrevistados atribuíram a não apresentação do resultado do exame realizado em outra unidade de saúde pela mulher, para registro no PEP, como um dos fatores de efeito negativo do indicador, conduzindo a interpretação de não realização do exame.

“É claro que simples, muito simples, seria que o laboratório registrasse o resultado de uma maneira que chegasse no prontuário.” M2

“Me parece que é um mau uso dos recursos humanos colocar em 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. Uma relação formal, da secretaria de saúde com os laboratórios privados onde são feitas as coletas privadas para registro de resultado no PEP.” M4

A experiência bem-sucedida da CF7 descrita na fala a seguir, aponta que o processo de trabalho deve ser revisto.

“Nós fizemos uma estratégia de monitoramento rápido do colpocitológico durante dois meses. Nós fomos de casa em casa com os agentes de saúde e rastreamos toda a comunidade, perguntando às mulheres, da idade de 25 a 64 anos, se elas já tinham realizado o preventivo nos últimos dois anos. Uma grande maioria que a gente abordou tinha feito o preventivo, mas tinha feito no particular ou numa outra unidade de saúde. A segunda pergunta era se a pessoa se importava de nos mostrar o resultado, ou que a gente tirasse uma foto do resultado. Ninguém recusou, todas prontamente aceitaram. Um não tinham ou não sabiam onde estava. Talvez, esta que disse que não sabia onde estava não quisesse dar, mas a resposta era que ela não sabia onde estava. ‘Então você se incomoda de fazer o preventivo com a gente?’ E a gente já a incluía no mutirão. Foram resgatados mais de 500 exames.” G7

DISCUSSÃO

Em nossa pesquisa, menos da metade dos profissionais destacaram especificamente o rastreamento do CCU como ação prioritária, embora tenha havido consenso sobre a linha de cuidado da saúde da mulher como uma ação prioritária dentre as outras. Valorizando a fala dos participantes, percebemos que os gerentes manifestam uma preocupação explícita com o rastreamento do CCU. No município do Rio de Janeiro, a ação gerencial foi destacada também em um projeto de intervenção¹⁸ numa única equipe de uma clínica da família, cuja média da cobertura no rastreamento do CCU passou de 22% para 44% após intervenção realizada por essa equipe.

Já na discussão sobre cobertura do exame preventivo e sua apreciação pelos profissionais de saúde, é recorrente a citação dos entrevistados sobre o absenteísmo das mulheres agendadas. As narrativas dos profissionais apontam para a culpabilização das

mulheres no que diz respeito à baixa cobertura na realização do exame preventivo, uma vez que as unidades de saúde oferecem 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. Em contraponto, Donabedian¹⁹ argumenta que o acesso aos serviços ou recursos não consiste apenas na disponibilidade dos mesmos, mas sim no uso por aqueles que dele necessitem, e se materializa pelo seu uso e não pela sua existência. Além disso, Diógenes acrescenta a importância do acolhimento com uma escuta ativa e a aproximação da usuária para a construção de uma relação de confiança, indispensável para a ampliação do rastreamento²⁰.

No tocante às estratégias para captação das mulheres para a realização do exame, parece que há uma dificuldade dos profissionais de ir além na compreensão do que pensa a mulher com relação ao preventivo, o que aponta a necessidade de medidas educativas dialógicas. Os estudos demonstram que outros fatores como medo da dor, vergonha, desconforto e constrangimento, aliados à sensação de impotência induzida pela própria posição ginecológica são fatores que podem influenciar a não adesão das mulheres ao exame^{21,22,23,24}. Na tentativa de reduzir essas barreiras, alguns países optaram em realizar o exame em macas sem as perneiras. Um estudo realizado no Reino Unido concluiu que as mulheres submetidas a exames sem o uso de perneiras apresentavam menos desconforto físico, menor sensação de vulnerabilidade e maior adesão ao procedimento²⁵.

Considerando a contribuição do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) para o planejamento das ações da Unidade, embora tenham sido relatadas algumas críticas, houve consenso entre os participantes de que o PEP é um facilitador, diminuindo o grande volume de papéis que burocratizam o trabalho. O PEP traz inúmeros benefícios para o setor da saúde, entretanto, é crucial que além do investimento, por parte das instituições de saúde, haja uma educação continuada dos profissionais. Soranz¹¹ destaca o prontuário eletrônico como ferramenta fundamental para a gestão clínica, qualificando o processo do cuidado através da realização de análises no nível local.

As ações programáticas, entre elas a realização do exame de rastreamento do CCU, são baseadas em critérios epidemiológicos e têm como diretriz a priorização dos grupos de risco. Em contrapartida, o acesso avançado implantado na ESF do Rio de Janeiro, tem como ideia principal “fazer o trabalho de hoje, hoje”, ou seja, oferecer consulta aos pacientes que demandam, no mesmo dia, evitando o adiamento do atendimento, reduzindo o tempo de espera dos pacientes²⁶. Segundo Murray²⁷, para este sistema funcionar seria necessário a correspondência entre oferta e procura, sendo 2.500 o número ideal de usuários por equipe. O Ministério da Saúde normatiza que 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 saúde. Em populações de maior vulnerabilidade, o número de pessoas vinculadas deve ser menor²⁸. Neste contexto, o desafio é integrar promoção/prevenção (ações programáticas) e acesso ao cuidado, sendo necessário equilibrar as ações e as demandas dos usuários por atendimento no cotidiano do serviço para que não haja privilégio de um em detrimento do outro e ainda para que não haja demasiada sobrecarga de trabalho.

Nosso estudo investigou o conhecimento do protocolo do rastreamento do CCU, e nos chamou a atenção o fato de haver muitas dúvidas com relação à faixa etária do início do rastreamento, com discordância das diretrizes vigentes. Os protocolos de saúde são recomendações de boas práticas baseadas na melhor evidência científica. Em 2016 houve uma Consulta Pública para a revisão das diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Controle do CCU, que manteve a recomendação para a faixa etária de 25 a 64 anos e a periodicidade do exame²⁹, por ser esta a faixa etária de maior ocorrência da doença. A infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV é uma condição necessária para o desenvolvimento do CCU. De acordo com o INCA, a maioria das infecções cervicais por HPV regredem espontaneamente no período de até 2 anos, causando apenas alterações cervicais temporárias, especialmente em mulheres abaixo de 30 anos de idade. Vários estudos demonstram a ineficácia do rastreamento em mulheres com idade inferior a 25 anos e o aumento do risco de sobretratamento nesta faixa etária. Ademais, “o tratamento de lesões precursoras do CCU em mulheres jovens está associado ao aumento da morbidade obstétrica e neonatal em futuras gestações”¹⁶.

Por fim, os entrevistados apontaram como fator de dificuldade a importante associação, feita pelas mulheres, da realização do exame preventivo pelo médico ginecologista, o que dificulta que o exame seja realizado por outro profissional de saúde. Para Brischiliari³⁰, os profissionais da ESF deveriam esclarecer a importância do exame colpocitológico e oportunizar a coleta no momento da consulta, e, assim, desvincular a prática da ida ao ginecologista para exames de rotina da mulher, como a mamografia e o preventivo.

Vários estudos apontam que a atenção primária deve funcionar como o primeiro contato com o sistema de saúde, ressaltando a importância do fácil acesso à atenção na redução da morbimortalidade⁶, como o apresentado por Machino e Mendonça³¹, que destacam o impacto da expansão da ESF na saúde da população, melhorando o acesso e a utilização do serviço com melhores resultados de saúde e redução da mortalidade infantil e adulta. Resende³² demonstrou a relação entre a cobertura da ESF com maior proporção de pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados pelas equipes de saúde e, além disso, a existência de forte correlação entre ampliação da ESF com redução de internação por condições sensíveis à atenção primária^{33,34}. Entretanto, verifica-se, ainda, lacunas relacionadas à qualidade do vínculo e à abordagem de

fatores socioculturais que precisam ser objetos da formação profissional e da educação continuada de forma a qualificar a atenção primária.

Dentre as limitações encontradas neste estudo, podemos destacar a não realização da investigação com as mulheres que não aderem ao exame de rastreamento para entender o motivo da não adesão e não ter realizado estudo para identificar o percentual de usuárias que realizam o exame na rede privada. Outro aspecto se refere à dificuldade de comparações com outros estudos, pela escassez de pesquisas que abordem essa temática.

CONCLUSÕES

Os resultados evidenciaram que os profissionais utilizam o sistema de informação de forma correta e em tempo hábil, deixando claro que a alimentação do sistema não é um problema. A utilização das listas emitidas pelo PEP para a captação das mulheres através de busca ativa tem sido realizada em todas as unidades estudadas, principalmente pelo agente comunitário de saúde. Concordam que o PEP é uma excelente ferramenta para o monitoramento do indicador através dos relatórios de cobertura, da gestão de listas e da busca ativa dessas mulheres.

Ainda que a ESF tenha garantido o acesso da população feminina para realização do exame de rastreamento, o elevado absenteísmo relatado aponta para a necessidade de maior empenho dos profissionais da APS em adquirir novas estratégias para o desenvolvimento de ações, além de prover informações. Estudos evidenciam que, embora o conhecimento seja um pré-requisito, somente a transmissão da informação para os indivíduos não é suficiente para modificar o comportamento em saúde^{35,36}.

Apesar do acesso à listagem, os profissionais das equipes da ESF não conhecem as mulheres e quais os seus motivos para a não realização do exame. Este conhecimento é fundamental para definir estratégias de intervenção mais eficientes e adequadas às reais necessidades dessas mulheres. Por fim, a realização da coleta de citologia em intervalos menores e/ou em grupos etários não previstos no programa de rastreamento, em desacordo com as diretrizes do MS, indica a necessidade de educação continuada para o melhor domínio dos profissionais e a ampla divulgação para as usuárias do protocolo de rastreamento.

Foi observado que, na CF7, que se destacou das outras unidades, além de um maior monitoramento deste indicador pelo gestor local, havia, também, um grande envolvimento de toda a equipe de saúde na atenção às mulheres sem o resultado registrado no PEP. Decerto, a utilização de várias estratégias de captação, incluindo estratégias inovadoras, levou a uma cobertura de 89,18% em 2015. Na unidade da AP 5.2, que apresentou a melhor cobertura, foi também destacado pelos entrevistados um maior monitoramento da gestão local para este

indicador, demonstrando que a questão gerencial é importante para um melhor índice de cobertura.

Dessa forma, os achados deste estudo apontam que o rastreamento com a população cadastrada em prontuário eletrônico não é suficiente para atingir a cobertura necessária, evidenciando, assim, a necessidade de maior engajamento das equipes de saúde da APS no acolhimento diferenciado a essas mulheres, como também a busca de novas formas de captação para aumentar a adesão ao exame de rastreamento do CCU, sobretudo nos grupos de maior vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Second edition 6 July 2021. Guideline. 89p [Internet]. [Acesso em 20 nov 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa. [Internet]. [Acesso em 19 nov 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/rio-de-janeiro-capital>
3. 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). [Internet]. [Acesso em 12 dez 2016]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf
4. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control: a guide to essential practice. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, World Health Organization. 2 ed. 2014; 393p.). [Internet]. [Acesso em 18 nov 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf;jsessionid=1CEF20854AA45CD9D8D53489274915D7?sequence=1
5. Andrade JM. Limitações para o sucesso do rastreamento do câncer de colo no Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2012; 34(6):245-7. [Internet]. [Acesso em 21 fev 2017]. Disponível em: https://www.siga.fiocruz.br/arquivos/ss/documentos/editais/111_artigo5%20ma%20pascm%20turma%202020%20andrade%20jurandy%20moreira%20de.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do útero. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: 2016. 2 ed. 114p. [Internet]. [Acesso em 17 dez 2016]. Disponível em: http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf
7. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. [Internet]. [Acesso em 05 jan 2017]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política

- Nacional de Humanização. – 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [Internet]. [Acesso em 16 dez 2016]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf
9. SMSRJ. Relação de Unidades [internet]. Superintendência de Atenção Primária. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde; 2017. [Internet]. [Acesso em 05 jan 2017]. Disponível em: <https://subpav.org/cnes/>
 10. Brasil. Ministério da Saúde/Departamento da Saúde da Família – DESF [Internet]. [Acesso em 2021 jan 17]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
 11. Soranz D, Pinto LF, Camacho LAB. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2017;22(3):819-830. [Internet]. [Acesso em 16 jan 2018]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LSLKbSXJqmbBqJzszmr5r4y/?lang=pt&format=pdf>
 12. Pinto VB. Prontuário Eletrônico do Paciente: Documento Técnico de Informação e Comunicação do Domínio da Saúde. *Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.*, Florianópolis, n.21, 1º sem. 2006. [Internet]. [Acesso em 18 abr 2017]. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2006v11n21p34/329>
 13. Canêo PK, Rondina JM. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. *J. Health Inform*. 2014 Abril-Junho; 6(2): 67-71. [Internet]. [Acesso em 6 mar 2017]. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289>
 14. Soranz D, Pinto LP, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1327-1338, 2016. . [Acesso em 21 nov 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9ZwCk6XXyXtCZWcrgVgzM4w/?format=pdf&lang=pt>
 15. SMSRJ. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Painel de Indicadores [Internet]. [Acesso em 2016 dez 17]. Disponível em: <http://subpav.org/painel/aps.php>
 16. Brasil. Ministério da 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. 124p. [Internet]. [Acesso em 11 jul 2016]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf
 17. Cirino FMS, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, Fracolli LA. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2020 Jan-Dez; 15(42):2111. [Acesso em 24 nov 2022]. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2111/1537>
 18. Maia MN Silva POR, Santos LPR. Organização do Rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro. *Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade*. Rio de Janeiro, 2018 Jan-Dez; 13(40):1-10. [Internet]. [Acesso em 24 mar 2017]. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1633/911>
 19. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Health Administration Press*. Ann Arbor, Michigan. 1972; V1.
 20. Diógenes MAR *et al*. Barreiras a realização periódica do papanicolaou: estudo com mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil. *Rev. APS*; 2011; jan/mar; 14(1); 12-18. [Acesso em 28 nov 2022]. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14550/7817>

21. Gomes DS *et al.* Fatores que interferem na não adesão de mulheres ao teste de Papanicolaou: revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde | ISSN 2178-2091. 2021. [Internet]. [Acesso em 21 nov 2022]. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9278/567422>.
22. Alencar MLS, Mendes AN, Carvalho MTS. Dificuldades enfrentadas para realização do exame ginecológico preventivo. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. V.26, n.1, pp.75-79 (Mar - Mai 2019). [Acesso em 24 nov 2022]. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190407_140613.pdf
23. Casarin MR, Piccoli JCE. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva. 2011; v16; n9. [Internet]. [Acesso em 7 mai 2017]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YdnLN6yxz5YX545jhwRv6yL/?format=pdf&lang=pt>
24. Andrade CB *et al.* Percepção dos enfermeiros da atenção básica à saúde do município de Jeremoabo frente à resistência das mulheres na realização do exame citopatológico de colo de útero. Revista Saúde em Foco – Edição nº 9 – Ano: 2017. [Acesso em 24 nov 2022]. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/006_percepcao_dos_enfermeiros_da_atencao_basica_a_saude.pdf
25. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K *et al.* Improving women’s experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: 2006; Jun. [Internet]. [Acesso em 18 mai 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1513491/>
26. Stelet BP. *et al.* “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00588191. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Mh5ZTwScWpNYt4QnsZGqpgB/?format=pdf&lang=pt>
27. Murray M. Answers to your questions about same-day scheduling. Fam Pract Manag. 2005; 12(3):59–64. [Internet]. [Acesso em 20 abr 2017]. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2005/0300/fpm20050300p59.pdf>
28. Fontenelle LF. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis: 2012 Jan-Mar; 7(22); 5-9. [Internet]. [Acesso em 11 fev 2017]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/417/441>
29. Instituto Nacional de Câncer [internet]. [Acesso em 20 fev 2017]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/aprovadas-diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-cancer-colo-utero-apos-consulta>
30. Brischiliari SCR *et al.* Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(10):1976-1984, out, 2012. [Acesso em 02 dez 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SLwv4kY5MRqGKZ6vHNXqD9b/?format=pdf&lang=pt>
31. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, setembro 2018. [Acesso em 25 nov 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?format=pdf&lang=pt>
32. Resende APGL, Barbieri AR. Interações por condições sensíveis à atenção primária à saúde decorrentes das doenças cardiovasculares. Texto Contexto Enferm, 2017; 26(3): e 6570015. [Acesso em 26 nov 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/tTfKgBGtKkzrGRCbKgrmKgR/?format=pdf&lang=pt>

33. Rodrigues MM, Alvarez AM, Rauchi KC. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. Rev Bras Epidemiol 2019; 22: E190010. [Acesso em 26 nov 2022]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/skTfn5KgN68k3D4Nntq4PPp/?format=pdf&lang=pt>
34. Silva SS, Pinheiro LC, Loyola Filho AI. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre idosos residentes em Minas Gerais, Brasil, 2010-2015. Cadernos Saúde Coletiva, [S. l.], v. 30, p. 135–145, 29 abr. 2022. [Acesso em 29 nov 2022]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/fKpg4d775tNb93D93RjKMPG/?format=pdf&lang=pt>
35. Cyrino AP, Schraiber LB, Teixeira RR. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. Interface - Comunicação Saúde Educação. 2009; v13; n30; p.93-106. [internet]. [Acesso em 26 mai 2017]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/PX938B6Khn6HyxLbpKbTLMQ/?format=pdf&lang=en>
36. Ayres JR. Mudanças de comportamento exigem mais do que simples informação. [Entrevista a Roxane Ré]. Jornal da USP, Instituto de Estudos Avançados, Faculdade de Medicina e Rádio USP. 2017; [Internet]. [Acesso em 2018 fev 3]. Disponível em:
<https://jornal.usp.br/atualidades/mudancas-de-comportamento-exigem-mais-do-que-simples-informacao/>

Artigo recebido em agosto de 2021

Versão final aprovada em dezembro de 2022