

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Programa de Pós Graduação em Saúde Pública
Mestrado em Saúde Pública
Área de Concentração: Endemias, Ambiente e Sociedade/2008



**Avaliação de desempenho do programa de controle do câncer de colo
do útero: um modelo para aplicação local no município do Rio de
Janeiro**

Thaís Coutinho de Oliveira

Orientadoras
Prof Dr^a Elizabeth Moreira dos Santos
Prof^a Dr^a Marly Marques da Cruz

Rio de Janeiro
setembro / 2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Agradecimentos

Gostaria de registrar a minha gratidão a pessoas especiais que me ajudaram a construir, ao longo dessa caminhada de dois anos, um pouco mais de ciência e de vida:

Às minhas orientadoras Elizabeth Moreira dos Santos e Marly Marques da Cruz, pelos conhecimentos compartilhados e construídos, pela confiança no meu trabalho e paciência na construção delicada de um relacionamento acadêmico e pessoal.

Aos meus pais, Vilma e Clovis, pelo verdadeiro amor que há no mundo, por toda compreensão com minhas ausências e pelo conforto emocional e físico por toda vida. À toda minha família e, em especial, ao meu avô, Jovelino (*in memoriam*) e à minha avó, Dona Penha, por serem nossos exemplos de vida.

À equipe da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica e da Coordenação de Informação em Saúde do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em especial à Maria do Carmo Esteves da Costa, pelo incentivo, pela “adoção” de coração e por compartilhar de forma generosa sua experiência de vida e expertise, sem os quais este trabalho talvez nem teria nascido.

As profissionais do Departamento de Endemias da Escola Nacional de Saúde Pública (DENSP) e à equipe do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER) pela disponibilidade e convivência sempre muito profissional e amigável.

Aos profissionais da Área de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que estiveram envolvidos nesta pesquisa e que sempre me acolheram com muita confiança no trabalho. Agradeço, na esperança de que este trabalho possa contribuir para a melhoria das ações desenvolvidas por vocês com tanta dedicação e amor pela saúde.

À Dr^a Bia Andrade, às minhas amigas “Feras”, à irmãzinha Gisele, Francisco, aos colegas do mestrado de 2008 (Alonso, Bianca, Kátia, Margarete e Mary) e a todos aqueles com quem pudemos nos apoiar e, generosamente, dividir as angústias dos desafios e as alegrias das conquistas. Parabéns a todos nós!

SUMÁRIO

Lista de figuras.....	iv
Lista de quadros	iv
Lista de tabelas.....	v
Lista de siglas.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract	viii
I. Introdução	1
1.1 Panorama do controle do câncer de colo do útero em saúde pública.....	2
1.2 Metodologia	10
1.3 Resultados e Conclusão	10
1.4 Referências Bibliográficas	12
II. ARTIGO 1 - Modelo de avaliação de desempenho do programa de controle do câncer de colo do útero em nível local.....	14
Resumo.....	14
Introdução	14
Materiais e métodos	16
Bases teórico-conceituais da avaliação de desempenho	20
Modelos de avaliação de programas de controle do câncer de colo do útero.....	25
Descrição do objeto da avaliação: O Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero.....	29
Modelo de avaliação de desempenho.....	34
Análise de Stakeholders	36
Discussão	37
Conclusão.....	39
Referências bibliográficas.....	40
III. ARTIGO 2: Avaliação de desempenho do programa de controle do câncer de colo do útero em nível local no Município do Rio de Janeiro – aplicação prática	45
Resumo.....	45
Introdução	45
Materiais e métodos	47
Resultados	57
Discussão	71
Recomendações e lições aprendidas	72
Conclusão.....	74
Referências Bibliográficas	75

Lista de figuras

Introdução

Figura 1 Taxas de incidência de câncer de colo do útero ajustadas por idade em 2002.....	4
Figura 2 Taxas de incidência de câncer de colo do útero ajustadas por idade em 2008.....	4
Figura 3 Representação espacial das taxas de incidência estimada de neoplasia maligna do colo do útero (por 100 mil mulheres) estimadas para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação.....	6
Figura 4 Representação espacial das taxas ajustadas de mortalidade por neoplasia maligna do colo do útero (por 100 mil mulheres) para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação.....	7

Lista de quadros

Artigo 1

Quadro 1. Modelo Lógico do Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero Erro! Indicador não definido.	
Quadro 2. Modelo para avaliação de desempenho do Programa Viva Mulher em nível local, segundo seus componentes estratégicos, técnicos e analíticos	35

Artigo 2

Quadro 1. Quadro 1. Indicadores e parâmetros de julgamento para sub-dimensão tático-operacional do modelo integrado de avaliação de desempenho.....	43
Quadro 2. Número de exames preventivos realizados por ano e percentual de exames realizados em residentes do Município do Rio de Janeiro, 1990-2008.....	47
Quadro 3. Análise de conformidade da produção de atividades preconizadas para o Programa Viva Mulher das unidades analisadas, por componente técnico.....	51
Quadro 4. Algoritmo de atenção do CCU, adaptado para as unidades de análise.....	54
Quadro 5 Indicadores de utilização e qualidade técnica das atividades de atenção disponíveis no SISCOLO, por unidade de análise.....	55

Quadro 6. Desempenho tático-operacional dos programas de controle do CCU, por unidades de análise.....	60
--	----

Lista de tabelas

Introdução

Tabela 1 Estimativa de casos novos* e taxa de incidência** de câncer para 2008 na população feminina, segundo localização primária, no Brasil, Estado (ERJ) e Município (MRJ) do Rio de Janeiro.	6
---	---

Artigo 2

Tabela 1. Razão de exames citopatológico cérvico-vaginais na população-alvo, para Estado e Município do Rio de Janeiro, 2002 a 2007.....	52
Tabela 2. Situação de seguimento para Município e Estado do Rio de Janeiro.....	52

Lista de siglas

CAF – Cirurgia de Alta Frequência

CAP – Coordenação de Área de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

CCU – Câncer de Colo do Útero

HPV – Papilomavírus Humano

IARC – International Agency for Research on Cancer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA- Instituto Nacional do Câncer

MLP – Modelo Lógico do Programa

MS – Ministério da Saúde

MOA – Modelo Operacional da Avaliação

NCI – US National Cancer Institute

NIC/CIN - Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais

UICC/IUAC – União Internacional Contra Câncer / International Union Against Cancer

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde / World Health Organization

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development

PCCU- Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero

SISCOLO – Sistema Nacional de Informações do Câncer de Colo do Útero

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares

SIA-SUS – Sistemas de Informações Ambulatoriais

SUS – Sistema Único de Saúde

RCBP – Registros de Câncer de Base Populacional

RHC – Registro Hospitalar de Câncer

Resumo

Apesar de ser um agravo de tratamento disponível no Sistema Único de Saúde brasileiro e bom prognóstico quando diagnosticado precocemente, o câncer de colo do útero é um importante problema de saúde pública para a população feminina, em especial no Brasil e em países em desenvolvimento, onde programas de controle nacionais ou locais enfrentam muitos desafios para a redução de indicadores de incidência e mortalidade relacionadas ao agravo. A partir de revisão bibliográfica, foi formulado um modelo integrado para avaliação de desempenho de ações programáticas para o controle do câncer de colo do útero. Para verificar a adequação do modelo ao programa em nível local foi conduzido um estudo de caso em uma Área de Planejamento (AP) da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. Os resultados mostram que o modelo formulado apresenta um bom potencial para realização de avaliações de desempenho do programa em nível local. Nas unidades de saúde avaliadas, os programas obtiveram desempenho tático-operacional satisfatório. Os fatores de contexto programático que mais influenciaram foram

Conclui-se que o modelo de avaliação de desempenho tem potencial para aplicação em nível local e recomenda-se que as hipóteses levantadas sobre o desempenho observado nesta avaliação sejam debatidas junto aos atores interessados para construção de forma mais participativa da matriz de julgamento (indicadores, critérios, valores e pontos de corte) para os subdomínios da dimensão tático-operacional e dos domínios político-contextual e estratégico.

. Além disso, a organização das ações em redes sócio-técnicas poderá contribuir para o aumento da cobertura e adesão à rotina de testagem das mulheres do público-alvo de programas baseados em rastreamento. apesar da existência de novas tecnologias diagnósticas e preventivas, como a vacina contra HPV, há poucos indicadores e diretrizes definidos para o monitoramento das ações, sendo necessário para profissionais de saúde e gestores que avaliações de desempenho do programa possam indicar a influência de fatores de vulnerabilidade individual, programática e social no processo de atenção

Abstract

Despite having available public treatment and high chances of cure when early diagnosed Cervical Cancer is still an important public health issue for Brazilian women population. developing countries and where national or local control programs face a number of challenges in order to achieve lower incidence and mortality rates. Based upon an extended bibliographic review and documentation analysis, an integrated model for performance evaluation of cervical cancer control practices has been developed and applied on a testing base as a case study on a local program at Rio de Janeiro/Brazil. Evidences show that despite new technologies as HPV vaccines are available on some particular situations, guidelines and indicators for monitoring are poorly established, which leads to health professionals and program managers needs of performance evaluations that could indicate how individual, programmatic, and social vulnerability factors influence local programs performance. Networking organization should be considered for enhancing coverage and adherence of target women to systematic attendance of screening based programs.

I. Introdução

Ao longo da minha trajetória profissional como nutricionista e sanitarista, tenho procurado direcionar minha formação para assuntos que me permitam uma compreensão abrangente dos processos sociais, relacionados à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e da garantia da qualidade das ações em saúde.

Diante de tal, o tema da avaliação em saúde me pareceu propício para avançar numa proposta para a melhoria de ações no âmbito da saúde da mulher implantadas no SUS, pela necessidade tanto de formulação teórica quanto de aplicabilidade prática.

Suscitada pela oportunidade, em 2008, de acompanhar a análise de dados nacionais recentes do câncer de colo do útero junto ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), buscamos eleger esse agravo para uma pesquisa avaliativa na atenção à saúde da mulher e saúde reprodutiva, seja pela magnitude epidemiológica no cenário nacional como pela complexidade dos processos sociais e institucionais relacionados ao agravo.

Diante da magnitude do câncer cervical no perfil de morbi-mortalidade da população feminina no município do Rio de Janeiro e pela necessidade de fortalecimento de práticas e políticas no sentido da melhoria das ações de controle do câncer cervical. Ademais, percebe-se a necessidade de produção de conhecimento científico sistemático sobre avaliação de desempenho para o campo teórico de avaliação em saúde, de modo a viabilizar o estudo da relação entre aspectos operacionais do processo de execução, seus efeitos esperados e os objetivos e estratégias de ação preconizados.

O objetivo da presente pesquisa é contribuir para o desenvolvimento de um modelo de avaliação de desempenho do Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero (PCCU), adaptado a atenção em nível local e, deste modo, colaborar para a discussão e planejamento de estratégias locais de fortalecimento do programa, tendo como exemplo a investigação sobre o desempenho do programa e a influência de fatores de contexto em duas unidades de saúde no município do Rio de Janeiro.

A dissertação está estruturada na forma de dois artigos. O primeiro, a partir de uma discussão teórico-conceitual, tem como objetivos específicos contribuir para o desenvolvimento de um modelo de avaliação de desempenho do Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero adaptado para processos de atenção em nível local e colaborar para discussão e

planejamento de estratégias locais de fortalecimento do programa e de ações de monitoramento e avaliação (M&A).

O segundo artigo apresenta o estudo de caso efetuado em duas unidades de saúde com objetivos de verificar a adequação do modelo formulado para avaliação do desempenho em nível local e levantar hipóteses sobre o desempenho tático-operacional e a influência de fatores de contexto do programa implantado nas duas unidades.

A seguir apresentamos um panorama do agravo, além do resumo dos métodos empregados, conclusões principais do estudo e as recomendações para a melhoria do programa e para futuros estudos avaliativos, a serem melhor explorados no primeiro e segundo artigos.

1.1 Panorama do controle do câncer de colo do útero em saúde pública

O câncer é um agravo decorrente de alterações que determinam o crescimento celular desordenado e não controlado pelo organismo, comprometendo tecidos e órgãos. No caso do útero, estas alterações ocorrem mais comumente nas camadas de células epiteliais pavimentosas que revestem a parte externa da região chamada cérvix, ou colo, localizada entre a cavidade vaginal e a porção inferior do útero (Brasil, 2002a; National Cancer Institute, 2008).

Essas alterações, denominadas Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais (NIC), de acordo com sua extensão, podem atingir desde as camadas mais basais (NIC grau I ou leve) até as mais superficiais (NIC II ou moderada), sendo considerada grave quando atinge todas as camadas (NIC III) ou quando invadem tecido conjuntivo (carcinoma escamoso invasivo). Até chegar a câncer invasivo, a lesão não necessita passar, obrigatoriamente, por todas estas etapas, sendo as lesões graves consideradas como aquelas de real potencial precursor de câncer (Brasil, 2002a; NCI, 2008). Os tumores malignos podem gerar metástases, ou seja, quando, as células que apresentam disfunção de seu crescimento celular atingem outros tecidos, através da corrente sanguínea ou linfática, fazendo com que as alterações neoplásicas se desenvolvam em outros órgãos (UICC, 2008).

Assim, o acompanhamento do perfil de incidência destas lesões na população, conforme sua extensão e estadiamento no momento do diagnóstico, além de auxiliar o planejamento das atividades de atenção primária às mulheres, é apontado como um fator importante para a avaliação da qualidade da atenção e dos resultados das ações de controle do agravo (UICC, 2008)

Atualmente, a teoria mais aceita para a explicação do aparecimento do câncer do colo do útero repousa na transmissão sexual do Vírus do Papiloma Humano (HPV). Desde 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assume que a persistência da infecção com altas cargas virais representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença (WHO, 2005).

Em processos de carcinogênese associada à infecções são conhecidos dois mecanismos: os de ação direta, onde o agente infeccioso (bactérias, parasitas ou, principalmente, vírus) atua diretamente sobre o processo de divisão celular e nos mecanismos indiretos, que consistem na produção de agentes mutagênicos ou no desencadeamento de processos inflamatórios que podem provocar as alterações celulares malignas (WHO, 2003).

No caso do HPV, a infecção por aqueles tipos considerados de alto risco oncogênico (HPV 16, 18, 31 e 45, por exemplo) tem ação direta, que se dá no estímulo ao crescimento aumentado das células infectadas pela produção viral da oncoproteína E5, em conjunto com interferência em reguladores negativos de crescimento e fatores de supressão tumoral, pelas oncoproteínas E6 e E7 (WHO, 2003).

Sabe-se, porém, que a infecção pelo HPV é causa necessária, mas não suficiente para a evolução do câncer cervical. Além do tipo e da carga viral do HPV, adquire importância a associação com fatores de risco individual, como início precoce de vida sexual, uso prolongado de anticoncepcionais, imunossupressão, multiplicidade de parceiros, história de infecções sexualmente adquiridas e falta de higiene íntima adequada, além de hábitos gerais de vida como tabagismo e alimentação pobre em micronutrientes anti-oxidantes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato (Brasil, 2006, Tomita, 2008) Estes fatores podem ser considerados como fatores de risco individual e, em conjunto com fatores sociais, como baixo nível sócio-econômico e escolaridade da população feminina, devem orientar a programação de ações de promoção da saúde voltadas para grupos populacionais bem definidos, de acordo com características de cada território.

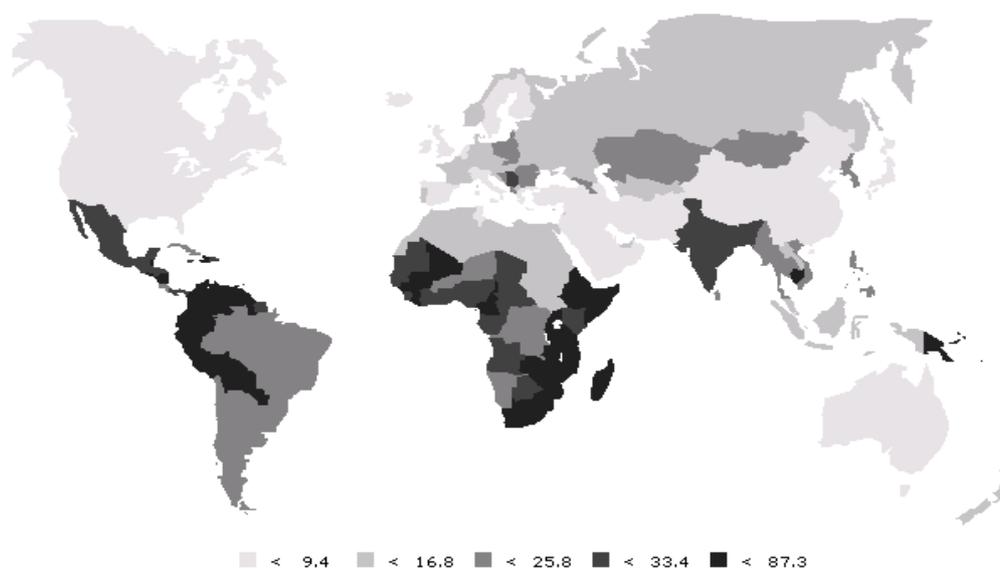
Nas últimas décadas, as taxas de incidência calculadas pela OMS apontam a América Latina, a América Central e Caribe, a África Sub-saariana e Sul e Sudeste da Ásia como regiões do mundo com maior incidência, concentrando mais de 80% dos casos novos em países em desenvolvimento (WHO, 2003).

Parkin *et al* (2004) mostram, para o ano de 2002, uma incidência média mundial de 16 casos por 100 mil mulheres, onde, nesses continentes, os países com as maiores taxas estimadas, de acordo com o ponto de corte de acima de 35 casos por 100 mil mulheres, são: na América

Central e Caribe, Haiti (87,3), Belize (52,4), Nicarágua (47,2) e El Salvador (45,6). Na América do Sul, Bolívia (55,0), Paraguai (53,4), Peru (48,2), Guiana (47,9), Equador (38,7), Colômbia (36,4) e Venezuela (36,0). Na Oceania e Ásia observam-se taxas mais altas para Ilhas Solomon (42,8), Papua Nova-Guiné (40,4) e Cambódia (38,7). Porém a maior concentração de países com alta incidência está nas regiões leste e sudeste do continente africano (figura 1).

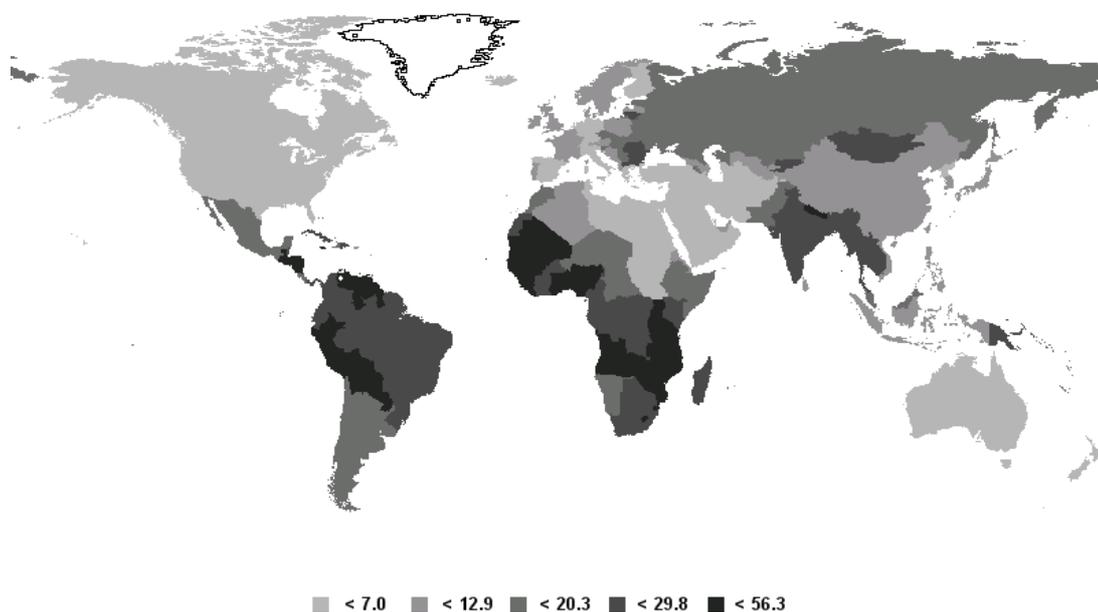
Em 2008, a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer da OMS (WHO/IARC, 2010) aponta uma queda geral na incidência mundial, com taxa média de 15,2 casos/100 mil mulheres e concentração de casos distribuídos de forma semelhante a 2002 (figura 2). As maiores taxas foram observadas nos países africanos: Guiné (56,3), Zâmbia (52,8), Comores (51,7), Tanzânia (50,9), Malauí (50,8), Moçambique (50,6), Suazilândia (50,0), Burundi (49,1), Uganda (47,5), Zimbábue (47,4), Serra Leoa (41,9), Libéria (41,8), Gana (39,5), Mali (37,7), Mauritânia (35,1), Guiné-Bissau (35,1), Benin (35,0) e Lesoto (35,0). Além desses, países da América central e Latina também registraram altas taxas: Jamaica (45,7), Guiana (44,7), Nicarágua (39,9), Honduras (37,8) e El Salvador (37,2).

Figura 1 Taxas de incidência de câncer de colo do útero ajustadas por idade em 2002



fonte: WHO/IARC/GLOBOCAN (<http://globocan.iarc.fr/>)

Figura 2 Taxas de incidência de câncer de colo do útero ajustadas por idade em 2008



fonte: WHO/IARC/GLOBOCAN (<http://globocan.iarc.fr/>)

Embora nas últimas décadas o agravo se encontre concentrado em países subdesenvolvidos, índices semelhantes já foram observados também em países desenvolvidos antes da implantação de programas de *screening* (WHO, 2005), sugerindo que adoção de programas de intervenção baseados na detecção precoce podem ser efetivos na redução dos índices de morbi-mortalidade pelo agravo. Entretanto, deve-se lembrar que a qualidade e confiabilidade e precisão ou, até mesmo, a própria existência de dados são fatores de influência direta no cálculo das taxas mundiais e que variam muito de acordo com a organização do setor saúde em cada país.

Para o Brasil, os dados mundiais apontam a manutenção ao longo dos últimos anos de taxas de incidência que podem ser consideradas médias (23,4 em 2002 e 24,5 em 2008). Porém, no período de 2002, sabe-se que os dados do Brasil foram baseados em registros hospitalares de estudos realizados apenas nas cidades de Campinas e Goiânia (Parkin *et al*, 2004), o que faz com que a extrapolação de informações regionais para a realidade do país seja questionável. Em adição, observa-se a expansão da implantação de programas organizados para a prevenção e detecção precoce em todo território nacional desde 2002. Isso fez com que o nível de implementação dos programas de atenção e o fortalecimento do sistema de informação

específico fossem variados para diferentes contextos programáticos em nível municipal, o que pode comprometer a comparabilidade de taxas estimadas.

Os dados nacionais, baseados somente em registros hospitalares, revelam uma taxa estimada para 2010 de 18,5 casos novos de câncer de colo do útero/100mil mulheres, classificando-o como a segunda neoplasia mais incidente na população feminina (tabela1). Sem considerar as lesões de pele do tipo não melanoma, o câncer de mama tem a maior expectativa de incidência (50 casos novos/100mil mulheres). Além desses, os tumores dos sistemas digestivo e respiratório, tumores de pele e leucemias são também neoplasias de incidência importante (Brasil, 2009).

Tabela 1 Estimativa de casos novos* e taxa de incidência** de câncer para 2010 na população feminina, segundo localização primária, no Brasil, Estado (ERJ) e Município (MRJ) do Rio de Janeiro.

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos					
	Brasil		Estado RJ		Capital RJ	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	49.240	49,27	7.470	88,30	4.010	114,23
Colo do Útero	18.430	18,47	2.080	24,54	810	23,21
Cólon e Reto	14.800	14,80	2.130	25,23	1.270	36,26
Traquéia, Brônquio e Pulmão	9.830	9,82	1.220	14,45	660	18,85
Estômago	7.680	7,70	810	9,60	380	10,82
Leucemias	4.340	4,33	430	5,13	230	6,48
Cavidade Oral	3.790	3,76	480	5,73	220	6,42
Pele Melanoma	2.970	2,92	180	2,12	110	3,05
Esôfago	2.740	2,69	270	3,14	90	2,45
Outras Localizações	78.770	78,83	9.780	115,59	5.150	146,62
Subtotal	192.590	192,74	24.850	293,70	12.930	368,12

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

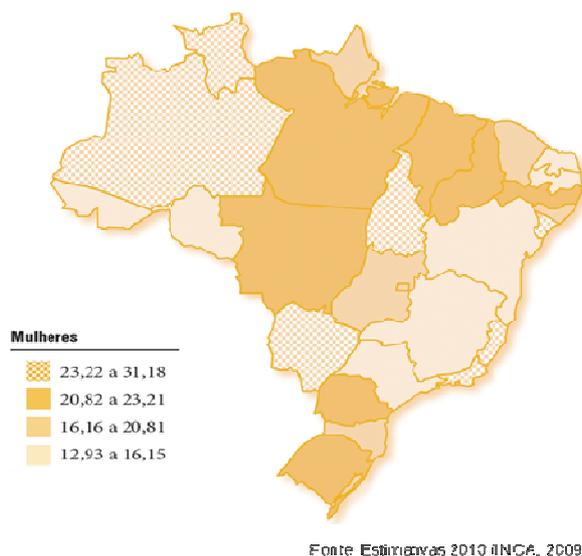
**Taxa de incidência bruta (por 100 mil mulheres)

Fonte: adaptado de Brasil, 2009

Nos últimos anos, observa-se que os estados que concentram as maiores taxas de incidência do agravo estão localizados nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. Na figura 3 observa-se que Amazonas, Tocantins, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul são os Estados com maior incidência estimada para 2010 (Brasil, 2009). Para o Estado e município do Rio de Janeiro, são estimadas taxas de incidência de câncer de colo do útero em torno de 24 casos novos para cada 100 mil mulheres, ou seja, expectativas

maiores que na região sudeste e até que a média do país, apontando grande contribuição do Estado para a situação nacional.

Figura 3 Representação espacial das taxas de incidência estimada de neoplasia maligna do colo do útero (por 100 mil mulheres) para 2010, segundo Unidade da Federação.



A mortalidade por câncer de colo de útero é considerada pela OMS como um indicador diretamente ligado a fatores de assistência à saúde. Em termos metodológicos, para permitir comparabilidade, os indicadores de mortalidade entre países devem ser relativizados com a cobertura de serviços e com as taxas de incidência específicas para idade. Dado que os programas de *screening* e assistência são geralmente orientados a faixas etárias específicas – onde há maior probabilidade para o aparecimento do câncer – dados populacionais não padronizados, como os de mortalidade geral, podem se referir tanto a pacientes cobertos pelo programa e que tiveram insucesso no tratamento quanto a aqueles que não tiveram acesso a diagnóstico e tratamento adequados (WHO, 2005).

Pelos dados mundiais, a taxa mortalidade ajustada por idade no Brasil em 2008 foi de 10,9 óbitos/100 mil mulheres, superior à taxa mundial média, que foi de 7,8 casos/100 mil mulheres (WHO/IARC, 2010). No entanto, pelos dados nacionais, calculados com base no Sistema Nacional de Informações de Mortalidade (SIM), a taxa de mortalidade ajustada registrada para o Estado do Rio de Janeiro em 2007, foi bem menor (5,3/100mil mulheres), que é a maior da região sudeste e igual à média nacional. Em que pese as diferenças regionais de

estrutura na assistência e no registro das informações, as maiores taxas de mortalidade também se concentram nas regiões norte, nordeste e centro-oeste.

Figura 4 Representação espacial das taxas ajustadas de mortalidade por neoplasia maligna do colo do útero (por 100 mil mulheres) para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação.



Fonte: Atlas de mortalidade (INCA, 2010)

Um aspecto da assistência considerado um fator de influência direta na mortalidade pelo Ministério da Saúde (MS) e por organismos internacionais em saúde pública – como a OMS e OPAS – é a cobertura das ações de detecção em massa de lesões precursoras de câncer. Para a detecção das lesões, preconiza-se a realização periódica do exame citopatológico, ou teste Papanicolaou, por ser um método de boa sensibilidade e de baixo custo.

A periodicidade do exame e o seguimento médico regular são fatores importantes na redução da morbi-mortalidade, uma vez que a evolução deste tipo de câncer, desde a fase precursora até a doença em estágio avançado, é lenta (Brasil, 2001). Assim, os programas de controle orientam-se pela teoria de que o *screening* citológico é efetivo como prevenção secundária ao câncer invasivo, uma vez que as neoplasias intraepiteliais podem ser detectadas e tratadas anos antes de evoluírem para o câncer (Miller, 1995).

A atenção ao câncer de colo do útero é feita primariamente pela oferta e realização do teste Papanicolaou (Brasil, 2002a). A realização do teste e o método “ver-tratar”, que consiste em diagnóstico e tratamento imediato por Cirurgia de Alta Frequência (CAF), são adotados na

rede de saúde pública hierarquizada no Brasil desde os primeiros programas de atenção à mulher na década de 80. Considera-se que a implantação destas ações fora de um contexto de programa organizado e o sub-aproveitamento da rede de atenção ginecológica – que atende majoritariamente a mulheres com menos de 35 anos (grupo de alta natalidade, porém com baixo risco para câncer cervical) - contribuíram para a manutenção das taxas de mortalidade até o final da década de 90. Por outro lado, a partir da campanha de 2002, considera-se que a implantação e expansão do atual programa nacional de controle, com a oferta rotineira do exame preventivo e do tratamento por CAF, tenham colaborado para o alcance a redução de taxas na última década (Brasil, 2008).

No entanto, para que os resultados sejam efetivos, é reforçada a importância da oferta de diagnóstico e tratamento de modo oportuno e com qualidade e da continuidade na seguimento das mulheres identificadas, o que requer a organização de redes de atenção integral, considerando uma linha de cuidados com ações de promoção da saúde, prevenção e detecção de lesões precursoras e atenção às mulheres (Brasil, 2002b; Brasil, 2010). Deste modo, este estudo tem por objetivo investigar o desempenho das ações de atenção, prevenção e vigilância ao câncer de colo do útero preconizadas pelo Programa Viva Mulher, a partir de um estudo de caso em duas unidades de saúde no município do Rio de Janeiro. Busca-se relacionar em que medida as estratégias preconizadas têm contribuído para os resultados observados pelos indicadores operacionais relacionados ao controle do agravo.

Diante da magnitude do câncer cervical no perfil de morbi-mortalidade da população feminina brasileira, e em especial no município do Rio de Janeiro, a avaliação do desempenho do seu programa de controle apresenta especial pertinência ao permitir relacionar os resultados obtidos em nível populacional tanto com os objetivos do programa como com aspectos operacionais do processo de execução das atividades ligadas às estratégias de ação. Assim, o presente estudo justifica-se por possibilitar a análise de aspectos primordiais para o fortalecimento ou re-orientação de práticas e políticas no enfrentamento do problema em nível local, contribuindo para aumentar o conhecimento científico sobre o desempenho das ações e subsidiar a tomada de decisão de gerentes e profissionais para a melhoria de programas já implementados.

1.2 Metodologia

No primeiro artigo, a elaboração do modelo de avaliação de desempenho do programa de controle do CCU envolveu quatro etapas: 1- revisão bibliográfica de concepções teóricas sobre avaliação de desempenho de programas de saúde e de modelos de avaliação de programas de controle de câncer de colo de útero no âmbito da atenção básica no Brasil, sendo revisadas 25 publicações, a saber: 22 artigos, um capítulo de livro e dois relatórios técnicos; 2-Análise documental para descrição de lógica operacional do programa; 3- elaboração da proposta de modelo de avaliação, integrando a leitura crítica de modelos de avaliação de desempenho e a teoria do programa (Chen, 1990) e 4- revisão do modelo proposto com stakeholders.

No segundo artigo, foi realizado um estudo de caso único com duas unidades de análise incorporadas. Utilizou-se tanto dados qualitativos como quantitativos, obtidos por métodos diversos e analisados de forma complementar, a saber: análise descritiva de dados secundários do programa (consultados nos documentos disponíveis nas unidades de saúde e no sistema de informação específico – SISCOLO – de acesso livre ao público) e análise de dados primários, coletados por entrevistas com gestores e profissionais responsáveis nas unidades e por observação do processo de trabalho nas unidades.

1.3 Resultados e Conclusão

Verificou-se que o programa de controle do câncer uterino implantado em duas unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro possui desempenho tático-operacional satisfatório. Os componentes técnicos do programa de menor produção de serviços foram comunicação e gestão, cujos fatores de vulnerabilidade programática apontados foram: uso de informação mais específica para o planejamento; falta de sistematização do monitoramento (seguimento); insuficiência de profissionais e de treinamento específico. O estabelecimento de parcerias intersetoriais pode contribuir para aumentar a captação de mulheres e utilização dos serviços.

Quadro 1 – resumos dos achados

Objetivos específicos	Métodos	Resultados	Recomendações
-----------------------	---------	------------	---------------

Artigo 1	Colaborar para construção de um modelo de avaliação de desempenho para o CCU e ações de M&A	Análise documental Revisão bibliográfica	Modelo de avaliação de desempenho de programas de controle	Adaptação do modelo para realidade local de forma participativa
----------	---	---	--	---

Artigo 2	- Verificar a adequação do modelo formulado para aplicação em nível local - Levantar hipóteses sobre o desempenho tático-operacional do programa e a influência de fatores de contexto de programático	Estudo de caso com métodos diversos: - Entrevista com gestores e profissionais Observação do processo de trabalho análise descritiva de dados secundários do SISCOLO e das unidades	Desempenho tático-operacional satisfatório nas duas unidades Fatores vulnerabilidade programática: uso do sistema de informação; sistematização do monitoramento (seguimento); insuficiência de profissionais e de treinamento específico	Envolvimento maior para construção mais participativa da matriz de julgamento (indicadores, critérios, valores e pontos de corte) para as dimensões de avaliação do modelo Estabelecimento de parcerias para aumentar captação
----------	---	--	--	---

	Pontos esperados	Pontos obtidos	
		UN 1 (policlinica)	UN2 (centro de saúde)
Indicadores de desempenho tático-operacional			
<i>Produção</i>			

Conformidade de atividades executadas	100	29,25	27
Utilização			
% de exames na população alvo	50	43,1	43,8
incremento de % de exames de 1ª vez	50	6,7	0
Qualidade técnica			
% de amostras insatisfatórias	50	50	50
Conformidade ao algoritmo preconizado	50	50	50
TOTAL	300	179,05	170,8
Grau de desempenho		59,7%	56,9%

Conclui-se que o modelo de avaliação de desempenho tem potencial para aplicação em nível local e recomenda-se que as hipóteses levantadas sobre o desempenho observado nesta avaliação sejam debatidas junto aos atores interessados para construção de forma mais participativa da matriz de julgamento (indicadores, critérios, valores e pontos de corte) para os subdomínios da dimensão tático-operacional observados, com expansão para a investigação sobre os domínios político-contextual e estratégico.

1.4 Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. 2002b Viva mulher – Câncer de colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer 2007a Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro:INCA, 2007. Disponível em www.redecancer.org.br (acessado em 18/06/2008)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. 2002a Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2010 Atlas de mortalidade 2010 *disponível em* <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/mortalidade.html> (acessado em agosto/2010)

Parkin D.M, Ferlay, F. B, Pisani P. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC CancerBase No. 5. version 2.0, IARCPress, Lyon, 2004 (dados obtidos *on line* em <http://www-dep.iarc.fr/> em 24/09/2008)

Internacional Union Against Cancer (UICC) TNM classification Informações disponíveis on line em www.uicc.org (acessado em 20/12/2008)

Miller, A. B., Editorial: Failures of Cervical Cancer Screening American Journal of Public Health , 85(6), 1995

National Cancer Institute/US (NCI) 2008 What you need to know about cancer of the cervix Booklet disponível on line em www.cancer.gov publicado em 20/11/2008 (acessado em 20/12/2008)

Tomita, L. Y. Consumo alimentar e concentrações séricas de micronutrientes: associação com lesões neoplásicas e câncer cervical [Tese de doutorado] Universidade de São Paulo, 2008 *disponível em* <http://www.teses.usp.br/> (acessado em 20/03/2009)

World Health Organization - International Agency for Research on Cancer (WHO/IARC) World Cancer Report 2003 Lyon:IARCPress, 2003

World Health Organization - International Agency for Research on Cancer (WHO/IARC) IARC Handbooks of Cancer Prevention - Volume 10 - Cervix Cancer Screening Lyon: IARCPress, 2005

World Health Organization - International Agency for Research on Cancer (WHO/IARC) GLOBOCAN 2008 - Incidence of Cervix Uteri (dados disponíveis em <http://globocan.iarc.fr/> - acessado em 02/06/2010)

II. ARTIGO 1 - Modelo de avaliação de desempenho do programa de controle do câncer de colo do útero em nível local

Resumo

Diante da centralidade do controle do câncer de colo do útero nas políticas de atenção à saúde da mulher, este artigo tem por objetivo propor um modelo de avaliação de desempenho para contribuir com o fortalecimento de estratégias de gestão do programa em nível local. A partir de revisão bibliográfica e análise documental, foram formulados o modelo lógico do programa e um modelo integrado para avaliação de desempenho de ações programáticas para o controle e atenção do câncer de colo do útero, onde o desempenho é abordado não só por aspectos normativos, mas também pela adequação entre os seus objetivos estratégicos e componentes técnicos. Considera-se que o bom desempenho é alcançado pelo equilíbrio entre as funções política, operacional e estratégica dos programas, enquanto parte de sistemas de saúde definidos. Para sua aplicação, este modelo deverá ser adaptado aos programas de atenção e controle do agravo em seu contexto local, envolvendo, de forma participativa, gestores, profissionais da assistência em saúde e usuários.

Introdução

No Brasil, políticas públicas recentes, tais como a Política Nacional de Atenção Oncológica/PNAO (Brasil, 2005), o Pacto pela Saúde, em 2006, e o Programa de Aceleração do Crescimento na Saúde (PAC-Saúde) em 2008, colocam o controle do câncer de colo do útero (CCU) e de mama como prioridades nacionais e estabelecem, mais uma vez, a atenção integral da mulher como uma ação institucional da gestão em saúde em âmbito nacional. Este processo, iniciado nos anos 80 pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi expandido para todos os municípios desde 1997, com o Programa Viva Mulher (Brasil, 2002), posteriormente desmembrado em dois programas específicos para cada câncer (Brasil 2006[1]).

O programa orienta-se pela teoria de que, sendo a evolução das lesões intra-epiteliais précancerosas um processo lento, a redução de riscos e danos do câncer em base populacional é efetiva se for garantida a realização periódica do exame citológico com tratamento das lesões de modo oportuno e com qualidade técnica para uma população alvo definida (Miller, 1995). A

execução das ações integradas em uma linha de cuidado – que envolve a promoção e incentivo à adoção de hábitos saudáveis, rastreamento, diagnóstico, tratamento de lesões precursoras e tratamento, reabilitação e cuidados paliativos do câncer – é considerada um fator chave para o sucesso de um programa de controle do câncer de colo do útero (Brasil, 2006[1]). Segundo a PNAO, essas ações deveriam ser planejadas através de *Planos de Controle* que sejam integrados aos planos municipais e estaduais de Saúde (Brasil, 2005).

A política ressalta ainda a necessidade de garantia do desempenho, avaliação e controle das ações, de que modo a permitir a melhoria dos programas de atenção. Atualmente, o monitoramento do programa a nível nacional é por meio de taxas de mortalidade e incidência estimada e pelo acompanhamento anual do alcance das metas pactuadas para os dois indicadores selecionados no Pacto da Saúde (“Razão entre Exames Citopatológicos do Colo do Útero e a População-Alvo” e “Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero”). Além destes são monitorados também a qualidade dos exames coletados e o envio das bases de dados pelos Estados, bem como sua integridade e qualidade (Brasil, 2010[4,5,6]).

A comparação entre os valores esperados e observados para indicadores (em geral construídos com base epidemiológica), relativizada por objetivos ou metas previamente estabelecidos, tem sido frequentemente utilizada como uma medida do desempenho de um programa ou política no âmbito da saúde pública (MacDavid e Hawthorn, 2006). No entanto, para que sejam levantadas evidências sobre a adequação e mérito das ações efetivadas, fazem-se necessárias avaliações que revelem aspectos particulares do processo de trabalho e de sua interação com o contexto organizacional e sócio-demográfico.

Neste sentido, a avaliação de desempenho justifica-se ao relacionar aspectos operacionais do processo de execução das atividades aos efeitos esperados, de acordo com os objetivos do programa e ações preconizadas. O presente artigo tem por objetivo contribuir para o desenvolvimento de um modelo de avaliação de desempenho do Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero que seja apropriado para ser adaptado a processos de atenção em nível local (unidades de saúde), buscando assim colaborar para a discussão e planejamento de ações de fortalecimento do programa, incluindo aquelas de Monitoramento e Avaliação (M&A).

Materiais e métodos

O processo de elaboração do modelo de avaliação de desempenho do programa de controle do CCU envolveu quatro etapas: 1- revisão bibliográfica das concepções teóricas sobre avaliação de desempenho e de iniciativas desse tipo de avaliação já implementadas no Brasil; 2- Análise dos documentos do programa para descrição de sua lógica operacional; 3- elaboração da proposta de modelo de avaliação, integrando a leitura crítica de modelos de avaliação de desempenho e a teoria do programa (Chen, 1990) e 4- revisão dos modelos propostos com *stakeholders*, ou seja, indivíduos, pertencentes a grupos ou instituições de sustentação do programa e que têm interesse direto na avaliação.

Na primeira etapa, foi feita revisão bibliográfica a partir de fontes disponíveis em bases de dados indexadas (*scielo, scielo saúde pública, pubmed, science direct, scopus*) e em sites institucionais específicos (WHO, OPAS e INCA). As palavras-chave utilizadas foram: avaliação em saúde, avaliação de desempenho em saúde, avaliação de programas de controle de câncer de colo do útero, além de seus correspondentes em inglês: *health evaluation, health performance evaluation* (ou *assessment*), *cervical cancer control* (ou *screening*) *program evaluation*. A busca considerou artigos completos, com ano de publicação entre 2000 e 2009. A partir de referências bibliográficas coincidentes em algumas fontes, foram resgatados sete artigos publicados antes de 2000, devido a sua importância como artigos de revisão ou de referência teórica tradicionalmente citados. Após leitura dos resumos, foram selecionadas 25 publicações, sendo 22 artigos, um capítulo de livro e dois relatórios técnicos.

As publicações selecionadas foram organizadas de duas formas. Primeiramente, algumas foram agrupadas com intuito de identificar as diferentes concepções teóricas em avaliação de desempenho de programas de saúde, para contribuir na fundamentação das bases do modelo proposto. Em seguida, buscou-se levantar a discussão recente sobre modelos de avaliação de programas, com especial foco no acompanhamento de programas de controle de câncer de colo de útero, principalmente no âmbito da atenção básica no Brasil, uma vez que essa é uma esfera de atenção crítica para a execução dos processos de controle do CCU em nível local.

Quadro 1 Resumo das concepções de desempenho e modelos de avaliação presentes nas referências bibliográfica revisadas, organizadas por tema e ordem cronológica

Autor(es)	Ano	Concepção sobre desempenho
<i>Bases teórico-conceituais da avaliação de desempenho</i>		
Habicht, Victora & Vaughan	1999	Investigação sobre em que condições particulares o programa é mais ou menos efetivo (contexto), no sentido da obtenção de objetivos ou metas preconizados, de acordo com a população de estudo.
Infante <i>et al</i>	2000	Resgata o histórico de reformas setoriais e gerenciais no final do século XX, que podem ser entendidas como contexto político para o avanço das avaliações de desempenho.
Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD)	2000	Relatório técnico que coloca o desempenho como utilização para prestação de contas, relacionada a recursos investidos em intervenções em países pobres.
Valente	2002	Crítica à PMS/OMS na metodologia pouco transparente, não-reprodutível e excessivo reducionismo dos resultados.
Ugá et al	2001	Crítica à PMS/OMS quanto à forma de divulgação em forma de um “ranqueamento” dos países, que desconsiderava a existência de dados para a totalidade dos requisitos da avaliação.
Viacava <i>et al</i>	2004	Crítica à concepção da PMS/OMS e proposição de uma matriz para análise de desempenho que tem como eixo transversal a garantia de equidade.
Poister	2004	Avaliação de desempenho como comparação entre resultados esperados e metas e apresenta ferramentas de monitoramento, com incorporação do componente <i>Inovação e Aprendizagem</i> .
Macdavid & Hawthorn	2006	Avaliações de desempenho são ligadas a processos gerenciais em caráter de complementariedade.

Champagne <i>et al</i>	2005	Desempenho como o equilíbrio entre quatro funções principais do sistema de saúde (adaptação, alcance de metas, produção de serviços e manutenção de valores), enquanto um sistema de ação social.
Contandriopoulos <i>et al</i>	2008	
World Bank	2009	Relatório técnico que revisa as intervenções implantadas desde 1997, onde o desempenho é visto como base para avaliação comparativa de sistemas de saúde, no contexto da Pesquisa mundial de saúde – PMS/OMS.
Santos, Reis e Cruz	2010	A análise sistêmica é dada pelo equilíbrio entre três domínios principais (político-contextual, estratégico e tático-operacional), cuja análise se dá por operações de tradução.
<i>Modelos de avaliação de programas de controle do CCU</i>		
Gillam	1991	Expõe o modelo de crenças (Health Belief Model – HBM), proposto na década de 70 e sua aplicação para avaliar os resultados de programas de controle do câncer de colo do útero.
Harrison, Mullen & Green	1992	Revelam a inadequação do uso do HBM em relação ao comportamento entre adultos, colocando que análises reduzidas a fatores individuais podem gerar valores preditivos inconsistentes.
Castiel	1999	Discute sobre a relatividade da percepção de riscos sob enfoque individual e aponta para uma interpretação abrangente dos processos saúde-doença.
Ayres <i>et al</i>	2003	A manifestação de um agravo é determinada não só por fatores biológicos, mas também por outros que predisõem a ocorrência do agravo, ou seja, situações de vulnerabilidade social e programática.
Pinho & França-Junior	2003	Propõem um <i>modelo contextual</i> em oposição ao HBM e incluem as dimensões de acesso e utilização dos serviços

		de controle do câncer cervical na avaliação do programa.
Felisberto	2006	Contextualiza o debate sobre a institucionalização da Avaliação no SUS.
Almeida e Macinko	2006	Desenvolvimento de metodologia de avaliação rápida de desempenho da atenção básica, aplicado em um município selecionado do Estado do Rio de Janeiro.
Facchini <i>et al</i> ,	2006	Estes estudos fazem parte do conjunto dos Estudos de Linha de Base (ELB) da avaliação do PROESF. Utilizando a metodologia desenvolvida por Almeida e Macinko (2006), o objetivo é divulgar a implementação de métodos inovadores para estabelecer o desempenho da atenção básica, além de fornecer base comparativa da situação de saúde da população contemplada. O desempenho do sistema de saúde é citado como componente do contexto político institucional e a utilização de serviços no controle do câncer cervical é dada como um marcador da qualidade da atenção.
Ibañez <i>et al</i> ,	2006	
Szwarcwald <i>et al</i> ,	2006	
Bottari, Vasconcelos e Mendonça	2008	
Almeida & Giovanella	2008	Artigo de revisão que apresenta estudos de avaliação da Atenção Básica publicados entre 2000 a 2006
Felisberto	2009	Capítulo de livro que trata do processo de meta-avaliação dos estudos avaliativos do PROESF e aponta a caminhos da institucionalização da avaliação na Atenção Básica

Na segunda etapa, realizou-se análise documental com objetivo de identificar os componentes técnicos estruturantes do programa atual, considerando três documentos normativos brasileiros mais recentes, a saber, o Caderno da Atenção Básica nº13 (Brasil, 2006), as diretrizes atuais do Programa Nacional de Controle do câncer de colo do útero em sua versão revisada de setembro de 2010 (Brasil, 2010[1]) e o Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero (Brasil, 2010 [2]). O produto desta etapa foi a formulação de uma proposta de Modelo Lógico do Programa - MLP (quadro 2).

Na terceira etapa, o modelo para avaliação de desempenho do programa foi desenhado baseando-se na leitura crítica do programa e do modelo de avaliação formulado por Contandriopoulos *et al* (2008). Ao fim de cada período de elaboração, ambos os produtos - o MLP e o modelo integrado de avaliação - foram discutidos com os principais envolvidos nesta etapa avaliação (gestores federais), uma vez que um objetivo central da pesquisa é desenvolver um modelo teórico que sirva como uma ferramenta para auxiliar a melhoria do programa.

Este artigo integra a dissertação de mestrado em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), aprovada nos Comitês de Ética em Pesquisa desta instituição, em julho de 2009 (parecer nº 0074.0.031.000-09) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em dezembro de 2009 (pareceres nº 0210.0.314.031-09 e nº 0211.0.314.031-09)

Bases teórico-conceituais da avaliação de desempenho

A preocupação com o desempenho de programas e projetos na área da saúde deve ser compreendida no contexto das reformas sociais e gerenciais implementadas em diferentes setores da administração pública no final do século XX. Até o ano 2000, Infante *et al* (2000) identifica na América Latina uma grande variedade de modelos de reformas no setor saúde, que demonstram seu caráter complexo e intimamente ligado aos processos de descentralização dos práticas assistenciais, gerenciais e de financiamento do setor saúde.

A partir do final da década de 90, instituições mundiais financiadoras, tais como o Banco Mundial (World Bank, 1999) e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, 2000), estabelecem grupos de trabalho específicos para implementar estudos de acompanhamento e avaliações sobre a eficiência e custo-efetividade dos programas em países em desenvolvimento. Tais estudos visavam relacionar o investimento de recursos destinados à estruturação de serviços de atenção primária à saúde nestes países com efeitos obtidos. Com base em pesquisas epidemiológicas, as avaliações empreendidas neste período voltam-se tanto para intervenções focais, tais como ações específicas em nutrição ou em doenças transmissíveis como tuberculose, HIV/AIDS, malária e hanseníase, quanto para objetos mais abrangentes, como a legitimação política e a estruturação de modelos de atenção básica baseados nos moldes do Programa de Saúde da Família e integrados a sistemas de saúde nacionais ou locais (World Bank, 2009).

No contexto das reformas setoriais de Estado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma pesquisa no ano 2000 para avaliação de sistemas de saúde, que teve como foco central o desempenho de sistemas de saúde. Os resultados da pesquisa mundial trouxeram o debate sobre desempenho de sistemas e de serviços de saúde à tona e carregaram também uma série de posições e objeções acerca da pesquisa. As críticas se referiam não só ao modelo teórico utilizado (Viacava *et al*, 2004), como também à metodologia pouco transparente e portanto não-reprodutível adotada pela OMS e ao excessivo reducionismo dos resultados (Valente, 2002). A sua divulgação, em forma de um “ranqueamento” dos países, desconsiderava que apenas cinco deles apresentaram dados para a totalidade dos requisitos da avaliação, incluindo-se aí o Brasil, que, no entanto, ocupou a 125ª posição (Ugá *et al*, 2001).

Este debate aponta que o entendimento sobre o que é o desempenho de uma intervenção em saúde não é consenso na literatura especializada, sendo um tema recorrente no contexto de consolidação do campo da avaliação. Para alguns, mensurações do desempenho de sistemas de saúde são atividades integradas ao gerenciamento dos programas, e que, por isso, não se constituiriam como objeto de estudos avaliativos. Nesse caso, a carência de suporte metodológico para estabelecer nexos causais acabaria por restringir a medida de desempenho de um programa ou intervenção a uma aferição comparada entre os objetivos e resultados preconizados e aqueles obtidos após a intervenção, sendo realizada primordialmente pelos gestores dos processos e não por avaliadores (MacDavid e Hawthorn, 2006).

No entanto, outros autores do campo da avaliação reconhecem a complementaridade entre a mensuração de desempenho e a avaliação dos programas em saúde, em especial quando integrados a modelos de gestão por resultados. Nesse caso, os objetivos da avaliação priorizam o auxílio à tomada de decisões e melhoria do programa, sendo o aporte teórico ancorado em ferramentas e métodos utilizados para estudos de efetividade do programa, porém com especial foco no processo e não nos efeitos finalísticos do programa. Isso aumentaria também as possibilidades de maior participação no processo avaliativo, uso das evidências para melhoria do programa e para a prestação de contas (“accountability”) tanto para o público-alvo quanto para os atores envolvidos no processo de gestão (MacDavid e Hawthorn, 2006).

Como exemplo de ferramentas a serem utilizadas nos processos de monitoramento e avaliação de desempenho, Poister (2004) apresenta três formas de mensuração: a) através da comparação de resultados observados com objetivos, metas e padrões formalmente estabelecidos; b) aferição dos resultados obtidos em relação aos esperados, visualizados através

do Modelo Lógico do Programa (MLP) e c) mensurações associando metas estabelecidas, com foco em quatro perspectivas (financiamento, público-alvo, gerenciamento e inovação e aprendizagem), utilizando-se o instrumento *balanced scorecard*. Nessa proposta, destaca-se a introdução da perspectiva “inovação e aprendizagem” na avaliação de desempenho de programas enquanto um elemento que traduz o aspecto de dinamismo da vida do programa, ou seja, de renovação não só de aspectos tecnológicos, mas também das relações sociais presentes no cotidiano do programa.

Ainda sobre a complementaridade da avaliação de desempenho em processos gerenciais, Habicht, Victora & Vaughan (1999) estabelecem que o desenho de um estudo avaliativo dependerá de qual grau de certeza ou nível de inferência causal necessário para a gestão, diante do tempo e recursos financeiros disponíveis.

Os autores afirmam que a investigação sobre o desempenho de ações pode ser entendida como a adequação das ações implementadas em relação à preconizadas (processo) ou como a efetividade global do programa (obtenção de resultados e impactos esperados). Assim, o desenho do estudo poderá privilegiar, no primeiro caso, a conformidade, que responde a perguntas avaliativas sobre se as ações esperadas ocorreram. Já para avaliações de desempenho que privilegiam impactos, é necessário que haja investimentos da gestão do programa para a implementação de estudos com desenhos experimentais (ou *quase-experimentais*), do tipo coorte ou caso-controle, para que possam ser estabelecidas inferências causais, como plausibilidade ou probabilidade. Em ambos casos, a investigação deve contemplar a análise de contextos, ou seja, estabelecer sobre em que condições particulares o programa é mais ou menos efetivo, a partir da redução de riscos e danos na população em estudo (Habicht, Victora & Vaughan, 1999).

Compreendo de sistema de saúde enquanto um sistema de ação social, Contandriopoulos e colaboradores (Champagne *et al*, 2005; Contandriopoulos *et al*, 2008) apresentam a definição de desempenho como o equilíbrio entre quatro funções principais do sistema de saúde, a saber: adaptação, alcance de metas, produção (de serviços) e manutenção de valores.

Para os autores, a composição do sistema de saúde seria resultante da interação entre estruturas físicas particulares (unidades de saúde, espaço físico, dispositivos tecnológicos, recursos públicos ou privados, etc.), relações político-organizacionais (políticas de saúde governamentais ou não, organização de grupos sociais, etc.) e representações simbólicas (representações de saúde e doença, da vida, valores e normas coletivas). Os principais grupos

sociais – que, no caso da saúde, organizam-se em quatro grupos principais (profissionais, gestores, financiadores e atores “políticos”) – atuam dentro da estrutura do sistema, em um constante jogo de cooperação e competição por sua concepção e controle.

Nessa disputa, a finalidade principal do sistema de saúde seria reduzir e evitar a frequência e intensidade de doenças e agravos (riscos e danos), em atenção aos aspectos de satisfação dos usuários, formação profissional e instituição de uma percepção coletiva de segurança em relação a doenças. Deste modo, de acordo com os autores, o desempenho de uma intervenção em saúde - que é integrante de um sistema de ações e serviços de saúde e está inserida em um contexto definido e datado - é expresso pelo equilíbrio entre quatro funções.

A *adaptação* se refere à capacidade da organização de saúde em obter e administrar os recursos necessários, inovar-se e adaptar-se às necessidades do seu público, atraindo e mobilizando a comunidade. Os autores colocam que, nessa dimensão, o desempenho de uma organização está ligado à sensibilidade dos gestores e demais atores na tomada de decisão sobre detecção e utilização de oportunidades para melhorar a saúde pública e promover bem estar diante de cenários científicos, técnicos, políticos e sociais diversos e dinâmicos, considerando fatores de governabilidade para a adoção de estratégias inovadoras.

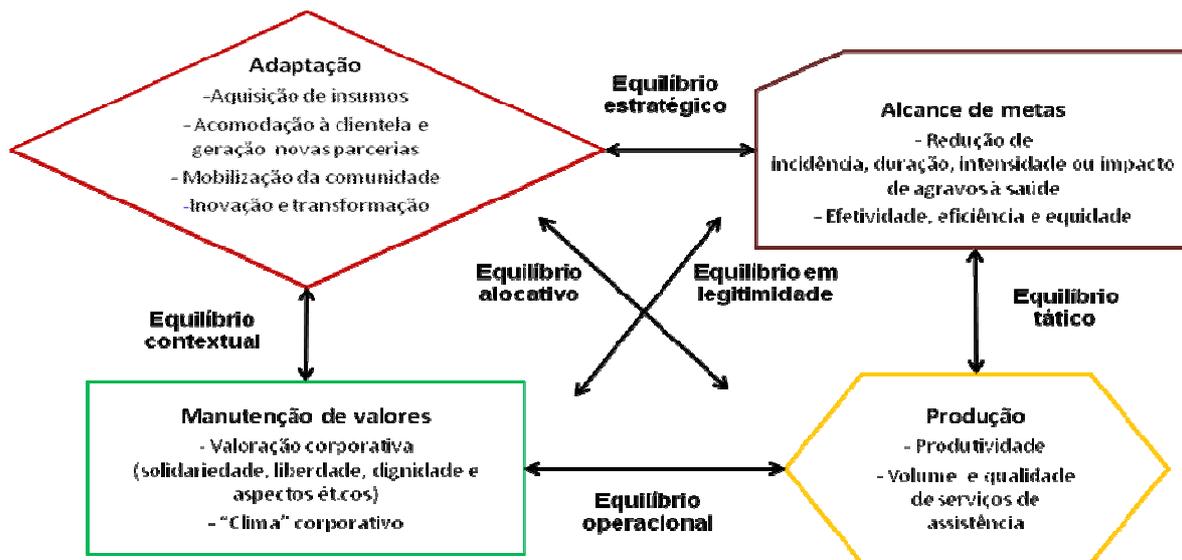
A função *alcance de metas* revela a capacidade do setor saúde ou da organização em cumprir sua missão, na medida em que há metas e objetivos definidos e que podem ser mensurados através dos efeitos obtidos, tais como a redução da incidência, duração, intensidade e os impactos de um problema de saúde, como indicadores de efetividade, eficiência e equidade, além de indicadores de promoção da saúde e prevenção e satisfação do usuário.

A função *produção* está ligada ao processo de oferta e utilização de serviços de saúde individual ou coletiva, considerando o volume, intensidade, qualidade e produtividade das atividades de cuidado, sejam estas organizadas em programas de saúde ou não. Também está relacionada à coordenação e continuidade dos serviços em seus níveis de complexidade e à cooperação entre os níveis assistenciais e administrativos ou entre programas de naturezas complementares (promoção da saúde, monitoramento, vigilância em saúde, detecção de agravos ou de efeitos adversos, imunização, etc.).

Por fim, a função *manutenção de valores* exprime o modo como valores e princípios da sociedade guiam o sistema de saúde e atuam facilitando ou limitando o funcionamento das três dimensões supracitadas, através de três valores principais: solidariedade, equidade, e dignidade.

Para um bom funcionamento do sistema de saúde, estas funções deverão operar em equilíbrio dinâmico e relacionam-se, entre elas, através de seis sub-dimensões: equilíbrios estratégico, alocativo, tático, operacional, legitimação e contextual (Contandriopoulos *et al*, 2008), tal como visualizado no esquema abaixo

Figura 1. Dimensões das funções de um Sistema de Saúde e sub-dimensões para determinação do seu desempenho



Fonte: Adaptado de Contandriopoulos *et al* (2008)

Santos, Reis e Cruz (2010), discutindo esse modelo à luz da teoria de ator-rede de Bruno Latour, sintetizam as quatro funções principais e seus seis tipos de interações, descritas no modelo de Contandriopoulos *et al*, em três domínios: Político-contextual, Tático-operacional e Estratégico. Desta forma, o domínio Político-contextual refere-se à função de *manutenção de valores*, indicando como a reprodução e incorporação de novos princípios afeta o alcance de objetivos ligados à prestação de contas, à existência e funcionamento dos dispositivos de legitimidade do programa e alcance de equidade nas ações. O domínio Tático-operacional articula as dimensões de *adaptação* e de *produção*, relacionando a mobilização de insumos com a produção de serviços de qualidade técnica assegurada, de acordo com as funções de coordenação e gestão. O terceiro domínio – Estratégico – evidencia as potencialidades do sistema para a regulação e/ou o controle de riscos e danos, considerando a efetividade e eficiência das estratégias utilizadas e a incorporação de inovações para reforçar ou reorientá-las.

A relação entre os três domínios e seus subdomínios é dada por operações de tradução e o desempenho da intervenção é definido pelo equilíbrio entre os domínios – que é dinâmico e mutável ao longo do tempo.

Em suma, observa-se pela literatura consultada que, por um lado, a avaliação de desempenho de intervenções em saúde tem sido utilizada nos últimos anos para determinar o grau de conformidade de ações em saúde organizadas de forma programática e/ou inseridas em um contexto de sistemas de saúde, visando o controle de riscos e danos à população diretamente beneficiada na utilização dos serviços analisados. As aferições são comumente feitas a partir da comparação dos seus efeitos obtidos com padrões ou metas estabelecidos em nível operacional. Por outro lado, o desempenho pode ser entendido também como o equilíbrio entre as dimensões do sistema de saúde ou de uma intervenção específica, sendo interpretado como um indicativo da pertinência e sustentabilidade da intervenção, da necessidade de incorporação de novas estratégias e tecnologias ou de reorientações no seu *modus operandi*.

A partir desse enfoque mais abrangente sobre avaliação de desempenho, discutiremos a seguir o ajuste entre essa visão e as avaliações de desempenho implementadas em âmbito institucional nos últimos anos, com especial ênfase no programa de controle do câncer uterino enquanto integrante do conjunto de processos da Atenção Básica à Saúde no Brasil.

Modelos de avaliação de programas de controle do câncer de colo do útero

Nos últimos anos observa-se que o debate sobre avaliação de programas e ações em saúde tem sido frequente e impulsionado não só por discussões teóricas do campo da pesquisa em saúde, como também por iniciativas institucionais. Em 2003, como resposta à referida pesquisa mundial da OMS sobre desempenho de sistemas de saúde, Viacava *et al* (2003) desenvolveram uma proposta metodológica para a avaliação de desempenho do sistema de saúde no Brasil, no projeto conhecido como PRO-ADESS. Como método para análise, é apresentada uma matriz, onde todas as dimensões que compreendem o funcionamento do sistema de saúde devem ser apreciadas por uma perspectiva de *equidade*, como um eixo transversal de análise do grau de desempenho do sistema de saúde.

Assim, o projeto propõe que o desempenho de um sistema de saúde seja avaliado a partir do delineamento do seu contexto político, social, econômico e da conformação do Sistema de Saúde, para que deste possam ser elencados os indicadores mais relevantes para a primeira

dimensão da matriz (determinantes de saúde), de acordo com subdimensões analíticas de: aspectos ambientais, sócio-demográficos, comportamentais e biológicos. Por conseguinte, esta análise preliminar determinará os indicadores das outras dimensões: condições de saúde (morbidade, mortalidade, estado funcional e bem estar) e estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos). Assim, as evidências observadas nas três dimensões citadas fornecem os elementos para a análise de desempenho do sistema de saúde, que seria conduzida através de indicadores para seis atributos do sistema de saúde (acesso, aceitabilidade, respeito ao direito individual, continuidade, adequação, segurança, efetividade e eficiência).

Para esses autores, a metodologia desenvolvida dialoga com propostas de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde canadense, australiano, inglês e da Organização Pan Americana de Saúde (Viacava *et al*, 2003). Observa-se que, realmente, ela avança ao incluir a equidade e a análise de fatores de contexto em posições de destaque interessantes, porém ainda é identificada a necessidade do estabelecimento de indicadores e critérios factíveis para levantamento de evidências e de determinada intervenção ou sistema de saúde. Além disso, e em especial se a avaliação considerada tiver algum caráter somativo, o estabelecimento dos critérios para o julgamento de mérito sobre o desempenho deve ser integrado às funções de gerenciamento do sistema de saúde, contribuindo para a institucionalização de M&A.

No Brasil, dentre as experiências de institucionalização da avaliação implementadas nos últimos anos, observam-se duas iniciativas de grande abrangência política, localizadas no Programa Nacional de DST/AIDS (Santos, Reis e Cruz, 2010) e no Departamento de Atenção Básica (Felisberto, 2006; Almeida & Giovanella, 2008)

Enfocando especialmente a atenção básica – por ser este o nível de atenção onde concentram-se os processos essenciais para a detecção precoce e ‘porta de entrada’ para a linha de cuidado prevista para o controle do CCU - observa-se que a incorporação das ações de monitoramento e avaliação foi concomitante à reformulação do modelo assistencial no âmbito do SUS em diversos municípios. Esse processo foi impulsionado a partir de 2003 pelo PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família. O projeto, que contou com recursos financeiros internacionais, promoveu a implantação de serviços de saúde da família, nos moldes propostos pela OMS, nos municípios, e, ao mesmo tempo, contribuiu para a institucionalização de uma política nacional de avaliação da Atenção Básica (Felisberto, 2009).

Ainda que o foco naquele momento tenha sido a implementação de ações da atenção básica, especificamente para o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, a situação

do câncer cervical estava contemplada desde as pesquisas efetuadas em todas as regiões do país durante a primeira fase do projeto em 2005, denominadas *Estudos de Linha de Base – ELB* (Facchini *et al*, 2006; Ibañez *et al*, 2006; Szwarcwald *et al*, 2006). Os estudos utilizaram a metodologia desenvolvida por Almeida e Macinko (2006) e atenderiam os objetivos de divulgar a implementação de métodos para estabelecer o desempenho da atenção básica, através da aferição do grau de utilização de serviços básicos de saúde, e fornecer base comparativa da situação de saúde da população contemplada no programa.

No Estado do Rio de Janeiro, Szwarcwald *et al* (2006) identificaram que, apesar de já ser verificada uma alta cobertura de realização do exame preventivo, o elevado tempo de entrega do resultado do exame é preocupante por dificultar o diagnóstico precoce do câncer, apontando a necessidade de investigação com as usuárias sobre a qualidade da atenção recebida para o estabelecimento de metas e prioridades de ação.

Em todos esses estudos, ligados ao estabelecimento da linha de base do PROESF, o câncer cervical é utilizado como um marcador da qualidade da atenção. Em um dos municípios do RJ contemplados nos ELB, um conjunto de indicadores divididos nos *temas*: acesso; contexto político institucional; organização da atenção básica e PSF; recursos humanos; perfil dos serviços e capacidade instalada; integralidade e práticas de atenção à saúde; condições de registros nos estabelecimentos e mortalidade, onde o desempenho do sistema de saúde é citado como componente do contexto político institucional (Bottari, Vasconcelos e Mendonça, 2008).

Em investigação sobre a cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e os fatores que influenciam as mulheres na sua realização, Pinho & França-Junior (2003) propõem um “modelo contextual” para avaliação das dimensões de acesso e utilização dos serviços de controle do câncer cervical. Ao considerar os modelos explicativos referidos na literatura e adotando a discussão sobre relatividade de riscos proposto por Castiel (1999), eles formulam e propõem um modelo teórico que suplantaria o “modelo de crenças em saúde”. Esse modelo, proposto por Marshall Becker na década de 70 e sistematizado por Green na década posterior foi amplamente utilizado nos estudos epidemiológicos sobre o controle e vigilância do câncer nas décadas de 80 e 90 e considera o chamado comportamento preventivo em saúde como uma postura assumida no plano individual, a partir de crenças relacionadas à auto-percepção de severidade, de susceptibilidade e risco e adoção de atitudes (Gillam, 1991).

No caso do teste de Papanicolaou, este modelo identifica essas crenças a partir da concepção individual de câncer como uma doença fatal e incurável (severidade), que pode

atingir determinadas mulheres ou grupos sob risco (susceptibilidade à doença), onde a detecção precoce por meio do teste pode ser pouco efetiva em relação à cura (risco) e envolve fatores limitantes à percepção dos benefícios ou barreiras para a adoção da prática recomendada, tais como o custo do teste, desconforto, vergonha e medo ou preferência por não saber o resultado (Gillam, 1991; Pinho & França-Junior, 2003). A partir de uma revisão sistemática, Harrison, Mullen e Green (1992) revelam a inadequação do uso deste modelo em relação ao comportamento entre adultos, colocando que valores preditivos inconsistentes podem ter sido identificados em função das análises serem reduzidas a fatores predisponentes individuais.

Para a avaliação do uso do teste de Papanicolaou, Pinho & França-Junior (2003) também consideram este sistema de crenças como inadequado. Os autores argumentam sua limitação às esferas psicossocial (ou comportamentalista), considerando apenas características individuais (por aspectos sócio-demográficos - idade, estado civil, escolaridade e renda - e aspectos sexuais e reprodutivos - início da vida sexual, número de gestações e uso de métodos contraceptivos) e desconsiderando outros fatores, como a disponibilidade e acesso à serviços, estrutura dos sistemas de saúde e a posição sociocultural, econômica e política das mulheres no contexto da sociedade na qual estão inseridas (Pinho & França-Junior, 2003). Assim, no modelo contextual proposto, os autores consideram que os fatores influentes no acesso e utilização dos serviços de atenção se apresentam em três planos – o individual, o organizacional/programático e o social – onde a realização do teste preventivo seria o produto da interação de fatores contidos nos planos.

Deste modo, reformula-se o conceito de risco biológico individual presente no modelo de crenças para o conceito de vulnerabilidade. Para Ayres *et al* (2003), a manifestação de um agravo é determinada não só por fatores biológicos, mas também por outros que predisõem a ocorrência do agravo, indicando situações de vulnerabilidade social, tais como baixo nível socioeconômico da população, alto analfabetismo e de vulnerabilidade programática que, no caso, referem-se à organização das ações de atenção à saúde, específica para cada território.

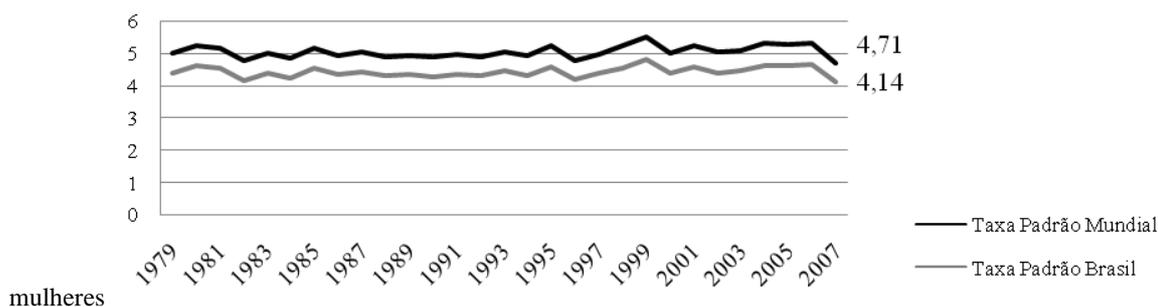
Logo, avaliações do programa de controle do CCU que levem em conta a vulnerabilidade no julgamento de seu desempenho devem identificar os fatores que estejam exercendo alguma influencia sobre os aspectos técnicos desses processos de trabalho, para além da mensuração de indicadores de atenção básica, associados aos padrões normativos apresentados a seguir.

Descrição do objeto da avaliação: O Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero

Na segunda etapa desta pesquisa, buscou-se descrever os objetivos e ações preconizadas para prevenção e controle ao câncer cérvico-uterino no Brasil, fornecendo elementos para a formulação de uma proposta de Modelo Lógico do Programa. A utilização do MLP cumpre a função de descrever a lógica operativa do programa, sintetizando as seqüências de eventos fundamentais para o funcionamento do programa e obtenção dos efeitos que levem à mudança de uma situação-problema identificada, considerando-se uma subjacente teoria causativa específica (CDC, 1999).

No caso do câncer de colo do útero, atualmente o Brasil enfrenta desafios para alterar a situação epidemiológica do agravo observada nos últimos anos. De acordo com os dados nacionais, a incidência média do agravo para o país em 2010 é estimada em 18,2 casos por 100 mil mulheres, e pode ser considerada próxima à taxa mundial (15,2 casos/100 mil) em 2008 (Brasil, 2010[3]; WHO, 2008). No entanto, observa-se grandes diferenças regionais para incidência, que chegam a até 31 casos/100 mil, em especial nas regiões centro-oeste, nordeste e norte do País, sendo esta última prioritária para implementação de esforços para redução de barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde e de informação em saúde. Observa-se ainda a manutenção ao longo dos últimos anos de taxas médias de mortalidade também consideradas medianas – em torno de quatro a cinco óbitos/ 100 mil (gráfico 1).

Gráfico1. Distribuição de taxas ajustadas de mortalidade para população mundial e brasileira, por 100 mil



Fonte: Atlas de mortalidade (INCA, 2010[3])

Deste modo, o objetivo geral do programa em âmbito federal é “Diminuir a incidência, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer do colo do útero” (Brasil, 2010[1]: pg: 4). Para atingir esse objetivo, o programa atual preconiza como base de organização das ações programáticas uma ‘linha de cuidado’, composta por:

1. *Promoção da saúde*, entendida como ações de comunicação e educação para prevenção do CCU, seja esta inespecífica – como estímulo de hábitos saudáveis, alimentação equilibrada, redução do tabagismo e estímulo ao uso de camisinha– ou específicas, pelo aumento do nível de conhecimento das mulheres sobre o câncer de colo de útero, suas formas de prevenção e sensibilização para adesão à rotina de realização do exame preventivo
2. *Detecção precoce e rastreamento*. São ações que ocorrem, prioritariamente, no âmbito da atenção básica voltadas para *realização do exame preventivo* - com adoção de critérios de qualidade para a coleta, transporte do material do exame e processamento laboratorial - e *confirmação do diagnóstico clínico* com realização de exames complementares, quando necessário. A partir desta etapa, a mulher deve seguir para encaminhamento de tratamento de lesões ou, em caso de exame inalterado, ser incluída na rotina de testagem periódica, com registro pelo Sistema de informação específico (SISCOLO).
3. *Tratamento*, que compreende a *adoção de condutas terapêuticas* com eficiência, qualidade técnica e em tempo oportuno para cada diagnóstico (Brasil, 2006[1,2]), na esfera de atenção adequada. Preconiza-se que as mulheres encaminhadas para tratamento específico em média ou alta complexidade sejam ainda incorporadas na rotina de seguimento na própria unidade de tratamento ou na unidade básica de origem, conforme condutas preconizadas.

O conjunto dessas ações pode ser definido como os *componentes técnicos* do programa, com base na proposta de Santos *et al* (2005) para avaliação de processos endêmicos, que foram organizados segundo *framework* proposta pelo CDC (1999), que segue a estrutura de um modelo lógico. O modelo (quadro 2) foi elaborado em etapas, mesclando a leitura dos documentos oficiais e a revisão com *stakeholders* (gestores do programa federal), em um processo de construção compartilhada, como exposto mais adiante.

Além dos componentes estruturantes da linha de cuidado, foi incluído no modelo o componente *gestão* que deverá contemplar ações voltadas para o aperfeiçoamento técnico e operacional do programa e garantia da efetividade da linha de cuidado. De acordo com o *Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero* (Brasil, 2010[2]), as ações gerenciais devem ser voltadas para cinco ações prioritárias: 1- fortalecimento do rastreamento descentralizado e integrado na atenção primária; 2- garantia de qualidade do exame citopatológico; 3- garantia de tratamento adequado das lesões precursoras; 4- intensificação das ações de controle do CCU, em especial na região norte e 5- avaliação de

tecnologias alternativas de controle. No modelo lógico apresentado (quadro 2), propomos a organização do componente *gestão* em três processos principais:

1- Desenvolvimento organizacional, que agrega as ações prioritárias para organização da linha de cuidado, conforme descritas no plano de ação (Brasil, 2010). Nele estão incluídos processos tais como: Planejamento e adequação de processos internos; Ampliação da oferta, utilização e qualidade de serviços; Qualificação dos sistemas de informação utilizados (SISCOLO, SIA, SIM, RCBP, etc); Capacitação e qualificação profissional na implementação e gestão dos processos de cuidado; e ajuste de competências entre níveis de complexidade, tal como a implementação e melhoria de sistemas de referência e contra-referência.

2- Monitoramento, ou seja o acompanhamento dos efeitos oriundos da produção de serviços. A produção implica na disponibilidade oportuna e em tempo tecnicamente recomendado de insumos e realização de procedimentos de qualidade, sendo o acompanhamento sistemático dos seus produtos e resultados um importante passo para a readequação dos processos de trabalho. Como exemplo, destaca-se os Programas interno e externo de Monitoramento de Qualidade de exames (MIQ e MEQ), previsto nas diretrizes do PCCU.

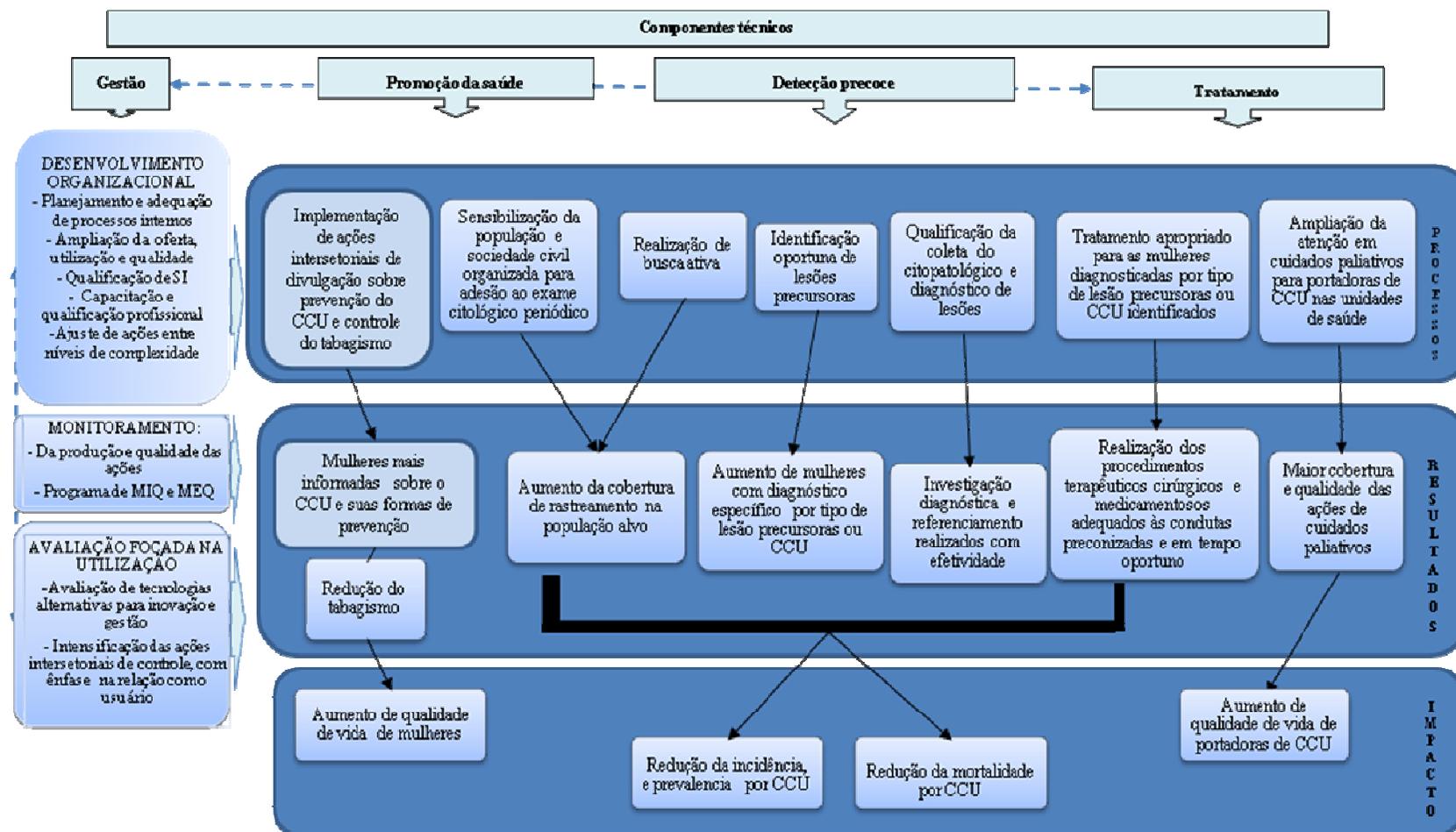
3- Avaliação, entendida como um processo contínuo de levantamento de evidências e julgamento, com foco na utilização dos achados para melhoria do programa. Neste sentido, enfatiza-se a realização ou o acompanhamento de estudos avaliativos sobre tecnologias alternativas para prevenção (como vacinas), diagnóstico e sobre a introdução de outros fatores inovadores que venham beneficiar a linha de cuidado preconizada e seus processos de gestão. Além deste, também são identificados como importantes avaliações que forneçam subsídios para o alcance de ações preconizadas e ainda em estágio de implantação, tal como o estabelecimento e intensificação de ações intersetoriais para o controle e de canais de comunicação direta com a comunidade e com usuárias do programa.

Considerando a realização de avaliações com foco nos processos de atenção ao câncer uterino, os processos fundamentais aqui descritos devem ser verificados e adaptados de acordo com a realidade de cada programa a ser avaliado. Assim, devem ser interpretados aqui como um “*rol*” de processos preconizados, ou seja, uma lista a ser validada e complementada com as atividades específicas e seus respectivos insumos e produtos pertinentes para cada esfera administrativa de atuação (federal, estadual, municipal ou nível local). O nível local é entendido como o território da “porta de entrada” da mulher na linha de cuidados, isto é, unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, etc.

Quadro 2. Proposta de Modelo Lógico para Programas de Controle do Câncer de Colo do Útero

Problema: Verifica-se manutenção de elevadas taxas incidência e mortalidade por câncer de colo do útero na população brasileira nas últimas décadas, o que pode ser influência de fatores como escolaridade, baixa renda e problemas na implementação e efetividade de ações programáticas esperadas. Diante da centralidade do controle do CCU na agenda da saúde, o desafio atual da gestão do programa em nível nacional é garantir a qualidade das ações de rastreamento e de tratamento no contexto de atenção integral à saúde da mulher

Objetivo geral do Programa: Diminuir a incidência, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer do colo do útero.



Os indicadores de resultado descritos no MLP representam os efeitos intermediários de uma cadeia de eventos necessários para a obtenção do impacto desejado (CDC, 1999) e são ligados à implementação dos processos descritos anteriormente. Como as ações apresentadas muitas vezes não são exclusivas do setor saúde, alguns resultados também devem ser adaptados de acordo com as estruturas existentes em cada local, com a definição compartilhada de indicadores mensuráveis. Por exemplo, o resultado “redução do tabagismo” é tido como um efeito acumulado de diversas ações de como estímulo para redução da aceitação social do tabaco, sensibilização e divulgação da oferta de tratamento do fumante, etc. São ações de prevenção inespecíficas para o CCU, consideradas aqui como ações de promoção da qualidade de vida da mulher, cuja existência e adequação deve ser verificada no programa a ser avaliado, assim como os indicadores de resultados específicos do programa, em cada nível de complexidade.

Alguns resultados, quando específicos do programa, como realização de tratamento oportuno e adequado de lesões e do câncer, aumento de cobertura do rastreamento, etc, podem ser acompanhados utilizando indicadores disponíveis no SISCOLO (Brasil, 2006[2]). Embora atualmente, o sistema não contabilize mulheres, mas sim exames realizados - que podem ser agregados de acordo com município, faixa etária, renda, tempo do último preventivo, unidade de coleta e laboratório – algumas informações registradas no sistema têm sido utilizadas para monitorar a situação de indicadores operacionais, como o envio de base de dados pelos Estados, e dos indicadores que constam do Pacto da Saúde (Razão de Exames Citopatológicos na População-Alvo e Percentual de seguimento/tratamento informado), através de publicações como os “informes de detecção precoce” (Brasil, 2010 [4,5,6]) e do site da Rede de Atenção Oncológica (www.redecancer.org.br).

Verificam-se nos documentos consultados poucas referências sobre metas ou *benchmarks* (padrões) esperados para obtenção do impacto e ao cumprimento do objetivo geral do programa. Existem somente metas estabelecidas para os indicadores do pacto com Estados e municípios e alguns resultados, como cobertura da população-alvo e percentual de amostras insatisfatórias, também têm padrões mínimos, estabelecidos segundo recomendações internacionais da OMS. Estes indicadores, juntamente com outros disponíveis nos diferentes sistemas (SISCOLO, SIA, SIM, etc) podem contribuir para a construção de indicadores mais específicos que revelem ou sirvam como uma aproximação (“*proxy*”) da obtenção dos resultados descritos no MLP.

Por fim, a pertinência dos componentes e ações aqui descritos deverá ser debatida, de forma participativa, com os atores do programa em cada esfera de atenção a ser avaliada e com a definição dos indicadores específicos para os produtos, resultados e seus parâmetros de julgamento, contribuindo assim para o desenvolvimento de ferramentas de monitoramento e avaliação do desempenho do programa.

Modelo de avaliação de desempenho

Para a avaliação da dimensão desempenho de programas de controle do Câncer de Colo do Útero, formulou-se um **modelo integrado** de avaliação, pois considera os componentes técnicos do programa e a atuação dos fatores de vulnerabilidade individual, programática e social. O modelo deverá ser considerado face às adaptações de componentes descritos no MLP (quadro 2), de acordo com o nível de complexidade e território do programa a ser avaliado.

A elaboração do modelo integrado está embasada na concepção de Chen (1990) de avaliação orientada pela teoria do programa. O autor aborda modelos de avaliação segundo a concepção teórica da intervenção, problematizando-a em dois eixos. O primeiro eixo expressa a teoria de causalidade entre a intervenção e o efeito, no caso específico deste estudo, a redução da incidência, prevalência e mortalidade por câncer de colo de útero. O segundo refere-se à “teoria de funcionamento” da intervenção. Chen aborda a avaliação do modo operativo do programa, comparando a execução das ações ao planejado, o chamado ‘modelo normativo’, onde fatores de contexto são tidos apenas como o cenário (*‘landscape’*) da intervenção.

Contandriopoulos *et al* (1997; 2008) utiliza-se de ambos eixos e, como parte da concepção sistêmica da intervenção, agrega à avaliação normativa, “funções” não incluídas nesse modelo, tais como as dimensões “adaptação” e “manutenção de valores”, já explicitadas. Sintetizando, a dimensão avaliativa subjacente ao modelo normativo de Chen é conformidade e no modelo de Contandriopoulos é o equilíbrio funcional.

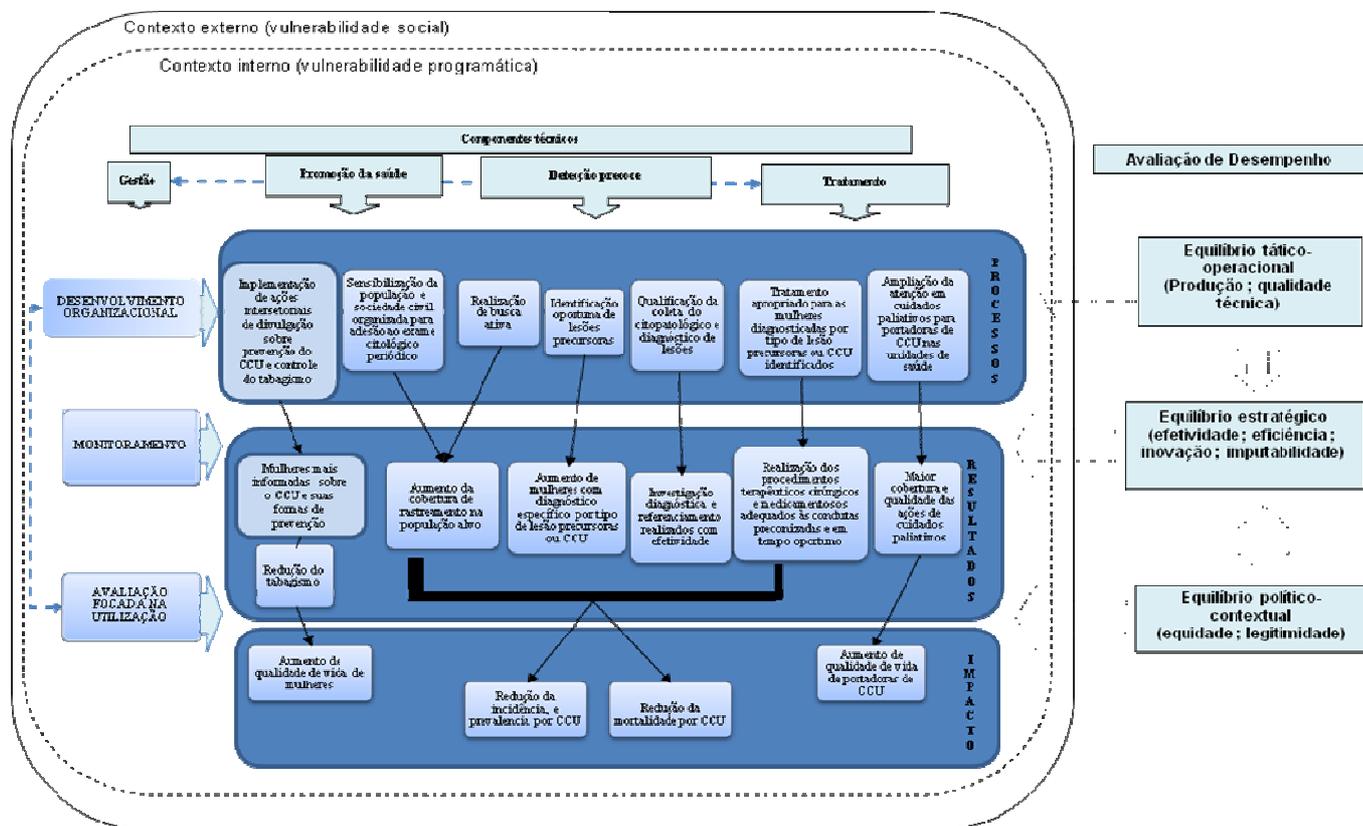
O modelo operacional que propomos articula a conformidade e o equilíbrio, por meio da análise dos três domínios já apontados por Santos, Reis e Cruz (2010). Os domínios dialogam com o modelo de avaliação de desempenho de Contandriopoulos *et al* (2008), na

medida em que expressam, de forma concisa, os aspectos políticos, operacionais e estratégicos de programas de controle de agravos, tal como visualizado no quadro 3.

Assim, a determinação do desempenho se dá, em primeiro lugar, pela verificação da conformidade de indicadores em cada subdomínio em relação ao preconizado cada componente técnico do programa. A seguir, a avaliação completa-se com o julgamento sobre a adequação entre os indicadores aos objetivos e metas do programa, integrando o contexto de implementação da intervenção, não só como cenário estático, mas sim como fator explicativo dos achados, e então, finalmente, com a análise do equilíbrio entre os domínios.

O conjunto de indicadores utilizados para avaliação de desempenho do programa deve considerar os indicadores operacionais já estabelecidos, além de outros complementares que sejam mensuráveis e possam indicar as atividades e efeitos esperados, de acordo com a discussão em cada programa a ser avaliado. Os aspectos de contexto relevantes devem ser interpretados como fatores de sustentabilidade do programa, se atuam de forma positiva, ou de vulnerabilidade individual, programática e social, quando atual de forma negativa.

Quadro 3. Modelo para avaliação de desempenho do Programa Viva Mulher em nível local, segundo seus componentes estratégicos, técnicos e analíticos



Análise de Stakeholders

Na etapa de construção teórica do modelo de avaliação, a elaboração dos modelos foi feita por etapas, mesclando análise documental e entrevistas com *stakeholders*, para referendar a pertinência dos componentes técnicos descritos. Neste momento, os atores convidados a participar consistiram em gestores do programa em âmbito federal (INCA) e gestores do programa local onde um teste para verificar a adequação do modelo de avaliação foi aplicado (uma Área de Planejamento – AP – da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro).

O primeiro modelo foi elaborado ainda na fase de construção do projeto de pesquisa, a partir da leitura das bases técnico-gerenciais do programa em sua fase de expansão (Brasil 2002). O documento fornecido pelos gestores federais, que estava em processo de revisão, possibilitou um desenho inicial do programa com atividades e resultados de acordo com cinco direções estratégicas: Consolidação do programa em base municipal (resumida como “municipalização”); Articulação de uma rede de comunicação com a mulher (“comunicação”); Redimensionamento da oferta de tecnologia para o diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero (“oferta de serviços”); Informação, capacitação e reciclagem de recursos humanos envolvidos na atenção ao câncer de colo de útero (“qualificação profissional”); e Criação de um plano de vigilância e avaliação do câncer de colo do útero (“vigilância”).

Após qualificação do projeto de pesquisa, o modelo foi revisto e apresentado aos gestores federais, sendo excluídas algumas atividades pertinentes somente ao programa em âmbito nacional, além de outras que já haviam sido revistas no programa, com intuito de gerar um modelo com maior possibilidade de generalização e aplicação em programas de outros níveis (municipal, local, etc). Esse modelo também foi apresentado aos gestores locais para sua leitura e adaptação, em etapa prévia à aplicação do modelo *in loco*.

Após essa primeira aplicação do modelo, as dimensões estratégicas do programa também foram redefinidas, entendendo-se que, em programas de controle de processos endêmicos, essas devem ser correspondentes às etapas de prevenção definidos por Levin & Clark, a saber: promoção da saúde e qualidade de vida, redução de riscos (casos) e redução de danos (mortes). Seguindo essa linha, na incorporação e releitura dos documentos normativos mais recentes fornecidos pelo INCA, verificou-se também que estas direções estratégicas encontram-se em correspondência às etapas básicas das ações preconizadas na linha de cuidado (promoção da saúde, detecção precoce e tratamento). Em reunião com os gestores do

programa nacional, o componente gestão foi acrescido, como forma de enfatizar os processos gerenciais descritos nos documentos e que são fundamentais para a implementação, monitoramento e avaliação das bases da linha de cuidado e incorporação de inovações no programa. Por fim, o modelo foi resumido e sintetizado, agregando algumas atividades identificadas nos documentos como ‘processos’, que deverão ser especificados segundo a realidade do programa a ser avaliado.

Em suma, verificou-se nesse processo que o envolvimento dos *stakeholders* foi fundamental para refinar a descrição do programa e para averiguar entre os interessados as expectativas sobre resultados a serem obtidos, dando legitimidade à avaliação. Foi confirmada a pertinência da pesquisa para o programa nacional, tendo como expectativa inicial de que a avaliação pudesse contribuir para o processo de reformulação de suas bases – que já estava acontecendo – ao sistematizar a lógica operacional do programa e fornecer base para discussões sobre a adoção de futuras avaliações do programa em âmbito nacional. Quanto aos gestores locais, as expectativas iniciais consistiam no auxílio para a definição de indicadores operacionais mensuráveis e adaptados ao local, voltados para o monitoramento e redirecionamento de algumas estratégias, tal como a ampliação da oferta de exames do programa. A aplicação do modelo ao programa local, descrita em publicação específica (artigo 2 - pág 46), revelou ainda que, mesmo com constrangimentos de tempo, o processo de construção participativa do modelo de avaliação foi positivo e deve ser reforçado, em especial com o aumento da capacidade avaliativa de atores internos do programa.

Discussão

A partir da literatura consultada, percebe-se que há uma crescente necessidade de avaliações sistemáticas do desempenho dos programas de controle do câncer de colo de útero. Considerando o câncer de colo de útero como um processo endêmico, cuja evolução e padrões de distribuição em um território sofrem influência de determinantes não só biológicos, mas principalmente aqueles do contexto social e institucional (Sabroza *et al*, 1992), o desempenho do programa deve ser determinado não só através da aferição de resultados em conformidade à diretrizes propostas, mas por análises que considerem os componentes técnicos e a influência de fatores de vulnerabilidade individual, programática e social.

Em nível local, as avaliações de desempenho podem contribuir para a compreensão e reorganização do processo de prevenção, tratamento e vigilância do CCU. Há que se ressaltar que a captação de mulheres de uma população alvo definida, feita por rastreamento (*screening*), seguida de diagnóstico e tratamento precoce de lesões pré-cancerígenas e acompanhamento sistemático das mulheres são tidas internacionalmente como as atividades essenciais para o bom desempenho de um programa de controle do agravo (WHO, 2002)

Esta observação baseia-se em evidências coletadas desde a década de 50 em países desenvolvidos, tais como a Inglaterra e países membros da União Européia, que, ao implementar programas baseados nestas ações, conseguiram alcançar o impacto esperado pelo programa – redução das taxas de morbi-mortalidade ajustadas por idade – e registrar melhora em indicadores de longevidade, tal como Anos Potenciais de Vida Perdidos, relacionada ao agravo (Parkin & Moss, 1986; Van Ballooijen et al, 2000; Hakama et al, 2008). Destaca-se como modelo o caso do programa implantado na província canadense de British Columbia em 1949 (Anderson, 1988) e que foi pioneiro em registrar, no período de 1955 a 1985, queda de indicadores de impacto ao estabelecer normas para a organização da captação de forma mais sistemática (e menos oportunista ou aleatória) para a inserção das mulheres em programas de prevenção e controle do câncer cervical.

No campo da avaliação de sistemas de saúde, a mudança em indicadores de impacto, além de ser observada em longos espaços de tempo, dificilmente pode ser atribuída a uma única intervenção. Assim, tais evidências são válidas para construção de indicadores que identifiquem a adequação das atividades implementadas e de hipóteses sobre a efetividade do programa, porém, em geral, tem pouco poder explicativo que auxilie o julgamento do sucesso (ou não) no alcance dos efeitos esperados (Parkin e Moss, 1986; Ewart, 1991; Feitosa, 2008)

A elaboração de modelos matemáticos que apontem o custo-efetividade de mudanças na política de prevenção a partir da introdução de novas tecnologias diagnósticas (Flores, 2003, Goldie, 2008; Gutiérrez-Delgado, 2008), tais como técnicas de coleta do material citopatológico, e de dispositivos para a identificação e prevenção de lesões e dos tipos oncogênicos do HPV, como as vacinas recém desenvolvidas e já comercializadas (Caetano, 2006), tem sido acompanhada pelos formuladores de políticas como subsídios para a tomada de decisão sobre sua incorporação no sistema público de saúde (Brasil, 2010[2]), sendo necessários estudos avaliativos que possam fornecer informações confiáveis para auxiliar a tomada de decisão.

Assim é fundamental que avaliações de desempenho dos programas possam identificar não só a obtenção de metas estabelecidas mas também das fragilidades e potencialidades do sistema de saúde para o enfrentamento em contextos específicos, além de incorporar a visão de diferentes atores sobre o processo de atenção ao agravo. Para isso, novas ferramentas, tal como a Rede de Atenção Oncológica, podem ser criadas ou aprimoradas tanto para essa definição plural e ampliada dos aspectos de desempenho do programa como para a promoção da reorganização das ações em redes colaborativas (Santos, Reis e Cruz, 2010), uma vez que tem o potencial de promover o compartilhamento de conhecimento e recursos.

Conclusão

Para que se possam ser elucidadas estratégias de melhoria da qualidade das ações de controle do câncer de colo do útero e alcance da redução da morbi-mortalidade relacionada ao agravo, a avaliação do desempenho de programas de controle em nível local deve superar a noção corrente de simples verificação de indicadores gerenciais focados no indivíduo ou na organização e contemplar, não só aspectos normativos, mas também a adequação entre os componentes técnicos e os aspectos estratégicos e objetivos do programa, considerando o equilíbrio entre funções política, operacional e estratégica dos programas de controle e atenção ao agravo, enquanto parte do sistema de saúde em seu contexto local.

Recomenda-se que a definição de critérios e padrões de julgamento para aplicação do modelo de avaliação proposto priorizem métodos participativos, com a incorporação dos atores interessados na construção de um modelo de avaliação integrado como forma de estimular a utilização dos achados da pesquisa, orientar o planejamento e os processos de tomada de decisão pelos gestores.

Referências bibliográficas

Almeida, C. & Macinko J., Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

Almeida, P.F & Giovanella, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos 2000 e 2006 Cad. Saúde Pública, 24(8):1727-1742, 2008

Anderson, G. H., Boyes, D.A., Benedet, J.L, Riche, J.L.,Jasenka P., Maticic, J.P., Suen K. C., Worth A.J., Millner A., Bennett, O.M. Organisation and results of the cervical cytology screening programme in British Columbia, 1955-85 British Medical Journal, (296): 1988

Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.

Bottari, C.M.S, Vasconcelos , M.M, Mendonça, M.H.M, Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S111-S122, 2008

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. 2002 Programa Viva Mulher – Câncer de colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002

Brasil. Ministério da Saúde 2005 Política Nacional de Atenção Oncológica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. 2006[1] Cadernos de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama disponível em www.saude.gov.br (acessado em 18/06/2008)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. 2006[2] Nomeclatura Brasileira de Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas disponível em www.saude.gov.br (acessado em 18/06/2008)

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. 2010[1] Diretrizes do programa de controle do câncer de colo do útero (versão revisada em 14 de setembro de 2010 – *in mimeo*)

Brasil, 2010[2] Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero disponível em www.inca.gov.br (acessado em dezembro/2010)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2010[3] Atlas de mortalidade 2010 *disponível em* <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/mortalidade.html> (acessado em agosto/2010)

Brasil, Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer 2010[4] Informe Detecção Precoce nº 1 disponível em www.inca.gov.br

Brasil Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer 2010[5] Informe Detecção Precoce nº 2 disponível em www.inca.gov.br

Brasil Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer 2010[6] Informe Detecção Precoce nº 3 disponível em www.inca.gov.br

Caetano R., Vianna, C. M. M., Girianelli, V. R. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 16(1):99-118, 2006

Castiel , L. D Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. *In:* Castiel LD. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 1999. p. 37-66.

Champagne, F. Contandriopoulos, A.P., Picot-Touché, J., Béland, F., Nguyen, H. Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS. [*Resumo de relatório técnico*] Group de Recherche Interdisciplinaire en Santé/Université de Montréal, 2005

Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. MMWR 1999;48(No. RR-11)].

Chen, H. Theory-driven evaluations. Newbury Park: Sage Publications, 1990

Contandriopoulos, A; Champagne , F.; Denis, J.; Pineault, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz/Hartz ZA, 1997

Contandriopoulos, A.P, Trottier, L.H, Champagne, F. Improving performance: a key for Quebec's health and social services centres. *Infolleter (Thema)*, v.5 (2), 2008:2-6

Ewart, H.E. The audit of cervical cytology screening programmes: discussion paper *Journal of the Royal society of Medicine*, 84:488-490, 1991

Facchini, A. U, Piccini, R.X, Tomasi, E., Thumé E., Silveira, D.S, Siqueira, F.V, Rodrigues, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.669-682, 2006.

Feitosa, T.M. P Identificação de municípios com padrão semelhante de desempenho para as ações de rastreamento do câncer do colo do útero [*tese de doutorado*] Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2008

Felisberto, E.. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc. saúde coletiva*, 11(3), 2006: 553-563

Felisberto, E., Benavides, I.A., Hartz, Z.M.A., Matos, K. Estudos de impacto do Proesf: considerações e diretrizes preliminares necessarias à sua proposição *in: Hartz, Z.M.A, Felisberto E., Silva,L.M.V. Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: Teoria e Prática*, Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2009

Flores, Y., Bishai, D., Lazcano, E., Shah, K, Lörincz,A., Hernández, M., Salmerón, J. The Morelos HPV Study Collaborators. Improving cervical cancer screening in Mexico: Results from the Morelos HPV Study *Salud Pública de México* 45(3), 2003:S388-S398

Gillam, S.J., Understanding the uptake of cervical cancer screening: the contribution of the health belief model *British Journal of -General Practice*, 41: 510-513,1991

Goldie S.J., Diaza, M. , Constenlac D., Alvisd N., Andruse J. K., Kima S. Mathematical Models of Cervical Cancer Prevention in Latin America and the Caribbean *Vaccine* 26S (2008): L59–L72

Gutiérrez-Delgado, C., Báez-Mendoza C., González-Pier E., Rosa, A. P, Witlen, R. Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas *Salud Pública de México*, 50 (2), 2008

Habicht, JP , Victoria, CG, Vaughan, JP, Evaluation designs for adequacy plausibility and probability of public health programme performance and impact *International Journal of Epidemiology*,1999 28:10-18

Ibañez, N. Rocha, J.S.Y, Castro, P.C., Ribeiro, M.C.S.A., Foster, A.C. Novaes, M.H.D., Viana, A.L.A. Avaliação do desempenho da Atenção básica no estado de São Paulo *Ciência de saúde coletiva* 11(3):683-703, 2006

Infante et al, 2000 Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev panam Salud Publica* 8(1/2):13-19

Janz, N. K. & Becker, M. H. The Health Belief Model: A Decade Later *Health Education & Behavior* 11(1): 1-47, 1984

MacDavid J.C & Hawthorn, L.R.L. Key Concepts and issues in program evaluation and performance measurement in: ____ *Program Evaluation and performance measurement – An introduction to practice USA: Sage*, 2006

Miller, A. B., Editorial: Failures of Cervical Cancer Screening *American Journal of Public Health* , 85(6), 1995

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) *Measuring up – improving health system performance in OECD countries* OECD:Canadá, 2002

Parada R., Assis M., Silva, R.C.F., Abreu, M. F., Silva, M. A.F, DiasM. B. K, Tomazelli, J. G. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer *Rev. APS*, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2008

Parkin D.M & Moss S.M, An evaluation of screening policies for cervical cancer in England and Wales using a computer simulation model *Journal of Epidemiology and Community health*, 40:143-153, 1986.

Pinho A.A & França-Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou *Rev. bras. saúde matern. infant*, 3 (1): 95-112, 2003

Poister, T.H *Performance Monitoring in Wholey, JS, Hatry, H.P, Newcomer, K.E Handbook of Practical Program Evaluation USA:John Wiley&Sons, 2ªed., 2004.*

Sabroza, P. C: Toledo, L. M. e Osanai, C. H.- A organização do espaço e os processos endêmicos-epidêmicos. *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. (Org. M. do C. Leal, P. C. Sabroza, R. H. Rodriguez e P. M Buss). Volume II. Processos e consequências sobre as condições de vida. São Paulo- Rio de Janeiro : HUCITEC-ABRASCO. (p. 57- 77), 1992

- Santiago S.M, Andrade, M.G.G. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(2):571-578, mar-abr, 2003
- Santos, E.M, Reis, A.C., Cruz, M.M. Avaliação de desempenho: desafios e possibilidades de Monitoramento do Programa de controle DST e AIDS (MONITORAids) [*artigo submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*], 2010
- Santos E.M. Hartz, Z., Natal, S. Sabroza, P. Barbosa, A. Pascon, A.R.P. Avaliação dos Programas de controle da malária, dengue, tuberculose e hanseníase na Amazônia legal: uma proposta teórica e metodológica comum aos processos endêmicos in: Santos, E.M (org) *Série Ensinando avaliação*, v.2 Rio de Janeiro:ABRASCO, 2005
- Szwarcwald, C.L., Mendonça, M.H.M., Andrade, C.L.T., Indicadores da atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):643-655, 2006
- Ugá, A. D. *et al.* Considerations on methodology used in the World Health Organization 2000 Report. *Cad. Saúde Pública*, 17(3):705-712, 2001.
- Valente, J.G. 2002 Uma avaliação crítica sobre o índice composto *Rev. Bras. Epidemiol.* Vol. 5, supl.1 1: 83-90, 2002
- Van Ballegooijen M. et al Overview of important cervical cancer screening process values in European Union (EU) countries, and tentative predictions of the corresponding effectiveness and cost-effectiveness *European Journal of Cancer* 36 (2000): 2177-2188
- Viacava F., Célia Almeida C., Caetano R., Fausto M., Macinko J., Martins M., Noronha J.C., Novaes H.M.D., Oliveira E.S., Porto S.M., Silva L.M.V. Szwarcwald C.L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):711-724, 2004
- World Bank, 2009 *Improving Effectiveness and Outcomes for the Poor in Health, Nutrition, and Population - An Evaluation of World Bank Group Support Since 1997* The World Bank:Washington, D.C.2009
- World Health Organization - International Agency for Research on Cancer (WHO/IARC) GLOBOCAN 2008 - Incidence of Cervix Uteri (*disponível em <http://globocan.iarc.fr/>*)

III. ARTIGO 2: Avaliação de desempenho do programa de controle do câncer de colo do útero em nível local no Município do Rio de Janeiro – aplicação prática

Resumo

Embora o câncer de colo do útero seja considerado como um agravo de bom prognóstico quando o diagnosticado de forma precoce, a distribuição de taxas em níveis populacionais agregados se mostra insuficiente para caracterizar e compreender adequadamente o contexto dos programas de atenção e controle em nível local. Para verificar a adequação de um modelo para avaliação de desempenho para o nível local, foi conduzido um estudo de caso em duas unidades básicas da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. Os resultados mostram o desempenho tático-operacional satisfatório do programa nas unidades e identificam os fatores de vulnerabilidade programática ligados ao uso do sistema de informação, sistematização do monitoramento (seguimento) e insuficiência de profissionais com treinamento específico. Recomenda-se o estabelecimento de parcerias como meio para aumentar captação de mulheres e o maior envolvimento dos profissionais para construção participativa da matriz de julgamento das dimensões de avaliação propostas pelo modelo. Indica-se também a continuidade do debate das hipóteses levantadas sobre o desempenho observado e de possíveis ações de planejamento, monitoramento e avaliação.

Introdução

No Brasil, a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) em 1983 é considerada um marco nas políticas de saúde da mulher. Em acordo com as tendências mundiais, a política promoveu a organização das ações de atenção à saúde reprodutiva, que já ocorriam de forma isolada em algumas regiões do país desde a década de 70, e avançou na instituição da atenção integral à saúde, apesar de ainda muito focada na regulação da fecundidade (Osis, 1998). A partir da instituição do Programa Viva Mulher em 1997 e da Política Nacional de Atenção Oncológica, em 2005, o controle de câncer enquanto ação integrada à política de saúde da mulher obteve especial redirecionamento no sentido da ampliação da cobertura de ações de prevenção e de assistência na atenção básica, com qualidade técnica, universalidade, integralidade e de forma humanizada (Parada et al, 2008).

Os dados nacionais apontam manutenção de taxas consideradas medianas para a incidência e mortalidade no Brasil ao longo dos últimos anos, com grandes diferenças regionais (Brasil, 2010[1]). O acompanhamento de indicadores em níveis populacionais agregados permite levantar hipóteses sobre a relação do comportamento epidemiológico do agravo com a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, observado pela expansão do programa desde a década de 90. Entretanto a distribuição das taxas se mostra insuficiente para compreender a situação de vulnerabilidade em saúde de cada região ou em nível local.

Considerando a categoria *espaço-lugar*, proposta por Sabroza *et al* (1992), as análises das desigualdades nos processos de saúde e doença e, por conseguinte a situação de saúde de uma sociedade, devem ser baseadas no **território**, tomando-o como um espaço onde se produz diferenças nos processos sociais e ambientais. De acordo com estes fatores, observados em seus contextos locais, identificam-se os aspectos de vulnerabilidade individual, social e programática que atuam como dificultadores para a obtenção de efeitos planejados para o controle de agravos ou como facilitadores para a sustentabilidade de iniciativas bem sucedidas, e que, assim, influenciam o desempenho de programas de saúde.

Por meio da leitura de artigos e documentos de referência recentes sobre marcos teóricos em avaliação de desempenho e em avaliação de programas de controle do câncer de colo de útero, formulou-se *modelo integrado de avaliação de desempenho* (artigo 1 – página 34), que toma como base as formulações de avaliações baseadas em teoria (“*theory-driven evaluations*”) de Chen (1990) e as formulações de Contandriopoulos *et al* (2008) e de Santos, Reis e Cruz (2010) sobre avaliação de desempenho de sistemas de ação

Segundo Contandriopoulos *et al* (2008), o desempenho de um sistema de saúde é definido como o equilíbrio entre as quatro funções do sistema, que são: adaptação, manutenção de valores, produção e alcance de metas. Essas funções compreendem os processos que garantem o seu funcionamento e contribuem sistematicamente para a obtenção de efeitos voltados, primordialmente, para o controle de riscos e danos na população beneficiária de um sistema de ações em saúde. Santos, Reis e Cruz (2010) resumem essas funções em três domínios (político-contextual, tático-operacional e estratégica), sendo o desempenho de uma intervenção ou programa de saúde avaliado como o equilíbrio entre eles.

O presente artigo tem por objetivo verificar a adequação do modelo formulado para avaliação do desempenho do programa em nível local em seu domínio tático-operacional, tendo como pergunta avaliativa norteadora:

- Como as atividades de atenção e prevenção têm sido implantadas em duas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro em relação ao preconizado nas diretrizes do Programa Viva Mulher?

Além disso, procura-se levantar a influência de fatores de vulnerabilidade programática em duas unidades como fator explicativo para possíveis hipóteses sobre o desempenho do programa, buscando responder:

- Os aspectos de contexto do programa local influenciam a produção e qualidade das atividades de atenção e controle do CCU no território?
- Quais hipóteses podem ser levantadas sobre o desempenho do programa, considerando a influência dos fatores de vulnerabilidade para os efeitos obtidos no controle do CCU?

Este artigo é parte integrante da dissertação de mestrado em saúde pública, cujo projeto foi aprovado nos comitês de ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), em julho de 2009 (parecer nº 0074.0.031.000-09) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em dezembro de 2009 (pareceres nº 0210.0.314.031-09 e nº 0211.0.314.031-09).

Materiais e métodos

Foco, abordagem e dimensões da avaliação

O foco escolhido para esta avaliação são os processos ligados aos componentes técnicos descritos no Modelo Lógico do Programa (artigo 1 – página 32), ou seja, a implementação de atividades essenciais no âmbito dos programas implantados nas unidades de saúde selecionadas. A análise de desempenho do processo de atenção concentrou-se na dimensão tático-operacional, tomando como padrão a conformidade de indicadores para os sub-domínios de produção de serviços, utilização e de qualidade técnica. O equilíbrio foi tido com a atribuição equânime de pontos entre os sub-domínios, considerando-se que todos teriam o mesmo peso para determinar o desempenho, conforme indicado na matriz de informação (quadro 1).

Desenho do estudo

Nesta pesquisa avaliativa, utilizou-se o desenho de estudo de caso, não apenas como método de pesquisa, mas enquanto uma estratégia de investigação. Conforme definido por Yin (2003): “*um estudo de caso é uma investigação empírica [sobre] um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos*” (Yin, 2003:pg 32)

Segundo Gil (2009), pode-se classificar a presente pesquisa, como um *estudo de caso com análise fundamentada teoricamente*, uma vez que a interpretação dos achados em nível local foi orientada por um modelo analítico, conforme exposto anteriormente. Para testar a aplicabilidade desse modelo, planejou-se um estudo de caso único com duas unidades de análise. As unidades de análise são duas situações-exemplo do caso, que se constitui do programa de controle do câncer de colo de útero implantado em duas unidades de saúde de uma região administrativa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, denominada Área de Planejamento em saúde (AP).

Seleção das unidades de análise

As unidades de análise foram selecionadas, primeiramente, a partir do número de atendimentos, obtidos por dados secundários, registrados no SISCOLO público. Em análise exploratória, observou-se que somente a partir de 2006 foi incluído o registro das unidades básicas como unidades coletoras de exames para o município do Rio de Janeiro na base de dados do SISCOLO disponível ao público. Logo, os dados secundários das unidades de análise apresentados nos resultados foram restritos aos anos de 2006 a 2008. Nesse período, dentre as 144 unidades cadastradas, foram escolhidas nove para seleção, por serem aquelas com mais de 10 mil exames realizados, o que representa um grande volume de atendimentos. Essas unidades eram: um hospital nacional especializado para atenção de alta complexidade em câncer, um laboratório municipal e sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) de grande porte, sendo cinco Policlínicas e dois Centros de Saúde.

Em segundo plano, considerou-se a localização geográfica, perfil da unidade e interesse em participar da pesquisa. Assim, foram escolhidas duas unidades de análise localizadas em uma mesma Área de Planejamento (AP) da Secretaria Municipal de Saúde e que tivessem em comum serem unidades de atenção básica tradicional (uma policlínica e um centro de saúde), a fim de observar particularidades de situações em contextos semelhantes.

Identificação de stakeholders e dos sujeitos da pesquisa

Após a seleção da área de estudo e das unidades, foram identificados os *stakeholders*, ou seja, indivíduos, pertencentes a grupos ou instituições de sustentação do programa e que têm interesse direto na avaliação. Os atores inicialmente previstos foram profissionais que exercem cargo de gestão, uma vez que a avaliação de desempenho poderá ser de grande utilidade. Os gestores do programa nacional contribuíram anteriormente na elaboração do Modelo Lógico do Programa (MLP). Neste momento da pesquisa, foram convidados os gestores locais, ou seja, os diretores e coordenadores de saúde da mulher da Área de Planejamento (CAP) e das unidades de saúde (seis pessoas), que foram solicitados a contribuir para o estudo com a adaptação do MLP para realidade local, além da cessão de autorização para as entrevistas e observação participante nas duas unidades.

O seu envolvimento se deu no momento inicial da pesquisa de campo, em reuniões para apresentação do projeto e exposição de expectativas com a avaliação. As suas expectativas principais sobre a pesquisa foram fornecer subsídios para definição de indicadores e parâmetros de desempenho do programa e, assim, ajudar a traçar estratégias para o aumento de cobertura da atenção ginecológica nas unidades e na área.

Nessas reuniões, solicitou-se ainda a indicação dos sujeitos da pesquisa, ou seja, os profissionais a serem entrevistados. Foram apontados os profissionais de saúde responsáveis pelo programa nas unidades (duas enfermeiras), além dos coordenadores de saúde da mulher das unidades (dois profissionais) e da coordenação de AP (dois profissionais), totalizando seis entrevistados. A entrevista e a observação procederam-se após consentimento informado e seguiram roteiros semi-estruturados desenvolvidos pelas autoras para esta pesquisa. Os dois coordenadores de saúde da mulher da AP contribuíram ainda com a adaptação dos instrumentos em teste piloto, anterior à fase de pesquisa de campo.

Evidências, análise e julgamento

Os dados foram coletados utilizando-se de métodos mistos, com a complementação de métodos qualitativos – obtidos por entrevistas e observação participante – e quantitativos – pela análise de dados secundários registrados em documentos do programa e do Sistema de Informação de Câncer de Colo do Útero (SISCOLO), disponibilizados para o público pelo

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (www.datasus.gov.br). As informações levantadas a partir dos dados coletados foram sistematizadas seguindo a matriz de informação (quadro 1), sendo as evidências para a análise de conformidade foram padronizados em escala que, segundo Alfödi (2006), pode ser classificada como cardinal monopolar, ou seja, a partir da definição de escores positivos, é possível quantificar as respostas e, ao mesmo tempo, incorporar o significado qualitativo dos dados primários – coletados nas entrevistas e observações - no julgamento da avaliação. A escala, com distribuição em quartis, classifica o programa como: de zero a 25% para desempenho crítico; entre 26 e 50% considera-se desempenho parcial; 51-75% como desempenho satisfatório e de 76 a 100% para desempenho excelente.

A conformidade da sub-dimensão de *produção de serviços* se deu pela verificação de quais atividades de execução rotineira, apontadas em entrevista com os gestores do programa nas unidades, atendem os processos preconizados, apontados no modelo lógico do PCCU (artigo 1- pág 32). Para cada unidade de análise foram calculados escores com base no percentual de pontos obtidos em cada atividade preconizada dos componentes técnicos (quadro 2).

Assim, os pontos foram atribuídos seguindo os critérios de classificação: não executadas ou sem informação conhecida pelos entrevistados (zero ponto); executadas de forma parcial, ou seja, as ações ocorrem mas de forma irregular, pontual ou incompleta (2,25 ponto); ou executadas totalmente, com ações ocorrendo de forma rotineira e satisfatória, diante do que é esperado pelos coordenadores (4,5 pontos). A soma dos pontos atribuídos permitiu a construção de um índice grau de produção dos componentes técnicos do programa local, que classificou cada componente em produção desconhecida ou insuficiente, parcial e total.

Em seguida, as atividades que obtiveram pontuação máxima de produção foram analisadas através de indicadores relativos à conformidade das sub-dimensões *qualidade técnica* e de *utilização*. Foram utilizados indicadores específicos do controle do CCU disponíveis *on line* no SISCOLO, complementados por informação fornecida nas entrevistas dos profissionais de saúde. A atribuição de pontos para determinar a conformidade foi definida tendo como padrão as metas apontadas em entrevista com os gestores dos programas locais ou em documentos normativos oficiais, sendo (100 pontos para cada sub-dimensão).

O equilíbrio determinado pela distribuição homogênea dos pontos Por fim, os pontos das três sub-dimensões foram somados e a diferença entre o total esperado (300 pontos) foi utilizada para determinar o desempenho tático-operacional do programa das unidades segundo.

Para complementar os dados secundários e as informações fornecidas nas entrevistas, foram realizadas observações de três turnos dos serviços de atenção ginecológica em cada unidade, o que possibilitou a compreensão do processo de execução das atividades e a identificação de fatores de vulnerabilidade locais para cada unidade de análise.

Quadro 1. Matriz de informação do domínio tático-operacional do Modelo Integrado de Avaliação de Desempenho do Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero, com foco nos processos de atenção em Unidades Básicas de Saúde

Processos	Insumos	Atividades	Indicadores de produção (produtos)	Fontes de informação	Indicadores de Utilização	Fontes de informação	Indicadores de Qualidade técnica	Fontes de informação
1- Promoção da saúde: 1.1 Implementação de ações intersectoriais de divulgação sobre prevenção do CCU e do tabagismo	Material informativo	Realização de campanhas de divulgação ou distribuição de material informativo sobre o CCU	Nº de campanhas realizadas Nº de material informativo distribuído	<i>Análise documental e entrevista com gestores</i>	% mulheres que participaram das atividades de sensibilização com exames realizados em 1ª vez	<i>SISCOLO</i> <i>Análise documental</i>	Custo/efetividade das campanhas realizadas	<i>SISCOLO</i> <i>Análise documental e entrevista com gestores</i>
	1.2 Sensibilização da população e sociedade civil organizada para adesão ao exame citológico periódico	Espaço físico (sala, auditório) Profissionais de saúde capacitados	Orientação em prevenção do CCU e saúde reprodutiva (palestra ou individual)	Nº de reuniões ou consultas de aconselhamento realizadas por mês				
2- Detecção precoce: 2.1 Realização de busca ativa* ¹	Espaço físico Recursos financeiros para aquisição e sustentabilidade de telefones e telegramas Listagem com contatos de mulheres faltosas Profissionais disponíveis e capacitados	Busca ativa para “faltosas”* ¹ através de contacto por telefone ou telegrama	Nº de contactos realizados com mulheres faltosas identificadas	<i>SISCOLO</i> <i>Análise documental e entrevista com gestores e profissionais de saúde</i>	% mulheres que buscaram o resultado do exame % de mulheres seguindo a rotina periódica de realização do exame	<i>Análise documental e entrevista com gestores e profissionais de saúde</i>	Organização e registro dos contactos realizados	<i>Análise documental</i> <i>Entrevista com gestores e profissionais de saúde</i> <i>observação direta</i>
	2.2. Identificação oportuna	Espaço físico (consultórios)	Realização de	Nº de consultas	<i>SISCOLO</i>			

de lesões precursoras	ginecológicos) Material para exame (ex: escovinha ginecológica, espátula de Ayres) Profissionais capacitados	consulta e coleta do exame ginecológico	realizadas/ano Nº de exames coletados /ano	<i>Análise documental e entrevista com gestores</i>	população-alvo	<i>Análise documental e entrevista com gestores</i>	representatividade da zona de transformação	
2.3. Qualificação da coleta do citopatológico e diagnóstico de lesões*2	Espaço físico Material para transporte adequado (tubos, álcool, lápis para identificação da lâmina, caixa térmica, carro, etc) Profissionais capacitados	Coleta e transporte de exames para realização de análise citológica Confirmação clínica do diagnóstico	N.º de amostras coletadas e enviadas para análise Nº de exames por resultado citológico	<i>Análise documental</i> <i>Entrevista com gestores e profissionais de saúde</i> <i>observação direta</i>	% de mulheres com diagnóstico citopatológico definido	<i>SISCOLO</i> <i>Análise documental</i> <i>Entrevista com gestores e profissionais de saúde</i>	% de amostras insatisfatórias	<i>Análise documental</i> <i>Entrevista com gestores e profissionais de saúde</i>
3- Tratamento: 3.1. Tratamento apropriado para as mulheres diagnosticadas por tipo de lesão precursoras ou câncer	Espaço físico Material para tratamento (ácido, material de consumo – luvas, toalhas descartáveis, etc) Material para referenciamento (telefone, computador,	Tratamento de mulheres com lesões de baixo grau Referencia para média complexidade (NIC I e NIC II) Referencia para alta complexidade	Nº de mulheres com lesão precursora ou câncer em tratamento Nº de mulheres em seguimento em tratamento	<i>Análise documental</i> <i>SISCOLO</i> <i>Entrevista com gestores e profissionais</i>	% de mulheres diagnosticadas com tratamento concluído	<i>SISCOLO</i> <i>Análise documental</i>	% de cura entre mulheres diagnosticadas e tratadas	

	guias e fichas de registro, etc)	(NIC III e carcinomas)						
	Profissionais capacitados	Seguimento, de acordo com normas preconizadas* 3						
3.2. Ampliação da atenção em cuidados paliativos para portadoras de CCU nas unidades de saúde	Não se aplica (Atividade não específica de UBS)							
4- Gestão: 4.1-DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL 4.1.1 Planejamento e adequação de processos internos	Meios de transporte (deslocamento da unidade para a CAP) Informação em saúde da mulher Profissionais disponíveis	Participação em reuniões da Câmara Técnica de Saúde da Mulher	Nº de reuniões com presença de profissionais da UBS	Entrevista com gestores	Existência de planejamento de processos de atenção em CCU, integrados às atividades de saúde da mulher		?	
4.1.2 Ampliação da oferta, utilização e qualidade	Não foi verificada atividade específica nas unidades. Em entrevista com gestores da CAP, foi relatado que embora o aumento da cobertura do programa seja uma meta na AP, há muita dificuldade para ampliar a oferta, pois as unidades já operam em seu limite de capacidade de atendimento. A informação foi confirmada nas entrevistas com os gestores das unidades. O indicadores de nº de exames realizados e o nº de consultas de preventivo na ginecologia (item 2.2) são registrados nas unidades e monitorados pela CAP, seguindo indicadores de planilha utilizada para planejamento da secretaria municipal de saúde.							
4.1.3 Qualificação de SI	Não foi verificada atividade específica quanto ao SISCOLO. Nas unidades os dados do programa são registrados em fontes diversas (livro de registro da enfermagem, prontuários médicos, planilha em Excel pelos gestores das unidades e planilha central na CAP) e muitas vezes não são acessíveis aos profissionais do programa. Foi apontada a necessidade de uniformizar a fonte dos registros para estabelecer um fluxo sistemático de informação.							

4.1.4 Capacitação e qualificação profissional	<p>As unidades não realizam atividades específicas para qualificação profissional. Na policlínica foi relatado que, mesmo quando há treinamentos ofertados pela secretaria municipal de saúde, a participação dos profissionais (principalmente médicos) nem sempre é possível, pois “não há nenhuma margem”, ou seja, a ausência do profissional para o treinamento implica em interrupção das consultas no período, pois não tem outros profissionais para substituí-lo</p>						
4.1.5 Ajuste de ações entre níveis de complexidade	<p>Atividades específicas das UBS: Comunicação à CAP da quantidade, perfil citológico e histórico de pacientes a serem referenciadas Encaminhamento da paciente com guia específica e exames anexados ao local indicado**</p> <p>**Em ambas unidades foi relatado que, após triagem dos casos detectados pelo exame citológico, a busca de vagas e a coordenação entre os níveis de complexidade (unidades básicas – hospital de média complexidade e um hospital de alta complexidade da área) é feito pela CAP, que comunica à UBS para onde a paciente deve se encaminhar</p>						
4.2. MONITORAMENTO 4.2.1 Da produção e qualidade das ações							
4.2.2 Programa de MIQ e MEQ							
4.3.AVALIAÇÃO FOCADA NA UTILIZAÇÃO 4.3.1 Avaliação de tecnologias alternativas para inovação e gestão							
4.3.2 Intensificação das ações intersetoriais de controle, com ênfase na relação com o usuário							

Observações:

*¹ Nas unidades acompanhadas, definem-se “Faltosas” como as mulheres que fizeram o exame e não retornaram para buscar os resultados. Para o restante das mulheres da população alvo, a captação é feita por oferta contínua de consultas (oportunistica) ou demanda espontânea nas unidade de saúdes (item 2.2)

*²obs: Nas unidades observadas, a análise do material coletado é realizada pelo laboratorial central do município. Logo, o processo de análise laboratorial não foi acompanhado nesta pesquisa

*³ NIC I= repetição do exame após 6 meses

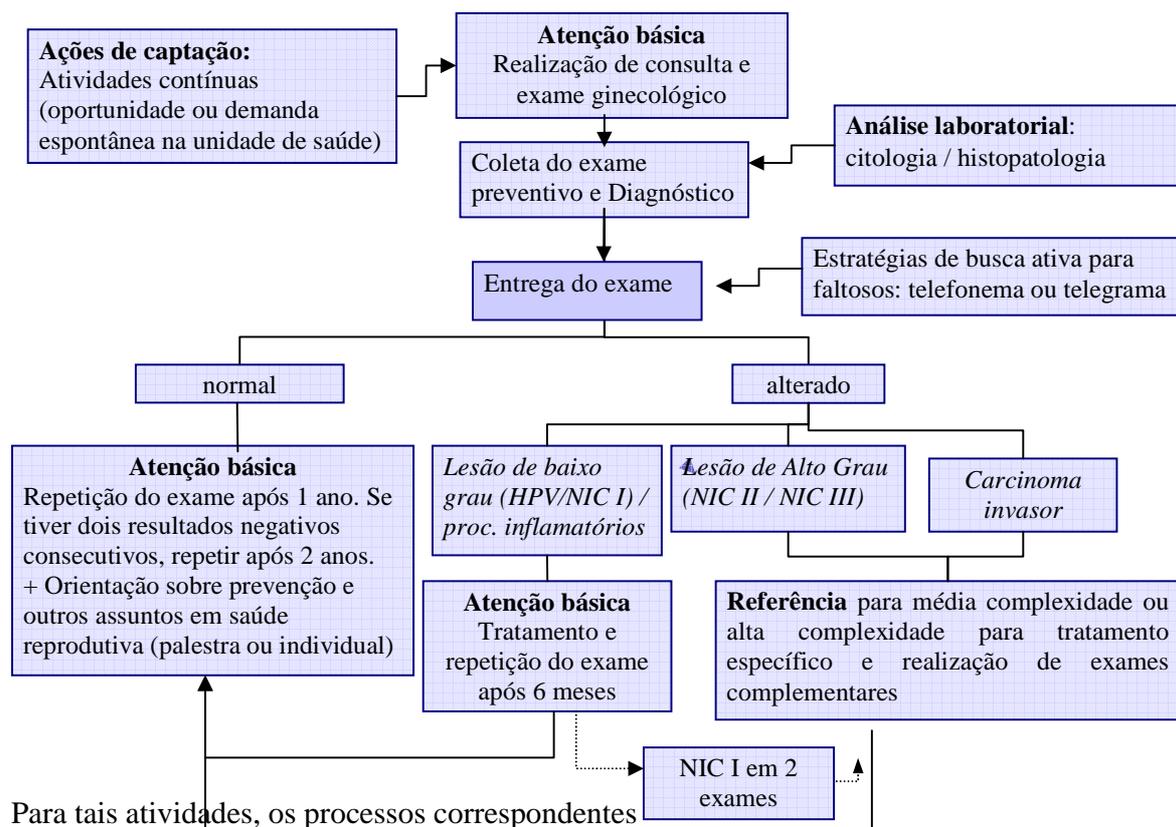
Pacientes curadas=Repetição do exame após um ano. Se tiver dois resultados negativos consecutivos, repetir após dois anos (ou conforme conduta clínica)

Resultados

Adaptação do MLP e de processos ao programa local

A partir do Modelo Lógico do Programa (MLP), formulado anteriormente com base na leitura de documentos oficiais e revisão com *stakeholders* (artigo 1 – página 32), os processos essenciais do programa, organizados de acordo com os componentes técnicos que compõem a linha de cuidado preconizada, foram reorganizados de acordo com as atividades implementadas nas unidades básicas pesquisadas. Nas duas unidades, verifica-se que a atenção ao CCU é realizada em integração com o conjunto de ações da ginecologia, seguindo em um algoritmo de atenção, exposto abaixo. Este fluxo foi desenhado pela leitura das diretrizes (Brasil, 2006), sendo adaptado em entrevista com os coordenadores dos programas (quadro 4).

Quadro4 Algoritmo de atenção do CCU, adaptado para as unidades de análise



Conformidade em Produção de serviços

Os indicadores, resumidos no quadro abaixo, e seus parâmetros de julgamento serão detalhados a seguir. são:

As entrevistas revelam que, para ambas unidades, a produção de serviços apontou grau de produção insuficiente das atividades previstas para o programa, pois essas obtiveram menos de 30% de ajuste entre o conjunto de atividades executadas e as preconizadas (quadro 3). De acordo com cada componente técnico, as atividades de coleta, diagnóstico e tratamento do componente de *Assistência* foram consideradas as mais consolidadas (62% de execução na unidade 1 e 75% na unidade 2), enquanto que as atividades de treinamento, junto com as atividades dos componentes de *comunicação* revelaram-se como as mais incipientes, variando de zero a 16%.

As principais diferenças entre as duas unidades foram observadas nos componentes técnicos de *comunicação* e de *gestão*. A execução do componente técnico de *comunicação* foi considerada como incipiente (16%), sendo citada, apenas na unidade 1, uma experiência de sucesso de integração. Na unidade 2, a coordenadora aponta que ainda não foi realizada nenhuma atividade neste sentido, sendo a integração com “canais comunitários” – tais como escolas, ONGs, ambientes de trabalho e rádios comunitárias – considerada uma “meta” da unidade. Por outro lado, a coordenadora diz que o poder de implantação desta atividade na unidade (governabilidade) é limitado, uma vez que o estabelecimento de relações institucionais é dependente de outros níveis de decisão.

A produção do componente técnico de *gestão* também se revelou incipiente, sendo apontado como já estabelecido apenas o conhecimento das bases do programa pelos gestores da área. Ainda assim, na unidade 2, a própria coordenadora reconhece a necessidade de atividades constantes de estudo e atualização para a melhor *consolidação* do programa, mas que essas não ocorrem com frequência. Isso se torna claro na medida em que, mesmo nos outros componentes estratégicos, as ações dependentes de informação, tais como as atividades de comunicação, também obtiveram poucas atividades em execução. As atividades de *planejamento integrado* com outros programas de saúde e níveis de atenção de maior complexidade foram apontadas como já consolidadas pela coordenadora da unidade 1. Ela baseia-se sua visão na existência e bom funcionamento do fluxo de pacientes entre as especialidades da unidade (policlínica) e no referenciamento a outros níveis para realização de tratamento específico ou exames diagnósticos, como colposcopia. Na outra unidade, apesar do fluxo de referência e contra-referência de pacientes implantado e coordenado pela CAP ser

apontado como satisfatório por essa unidade, a integração das ações de prevenção e atenção com outros programas de saúde foi considerada limitada e depende de outros níveis de decisão (programa municipal).

As atividades relativas à expansão do financiamento do programa, no componente técnico de *gestão* tiveram baixa pontuação, pois a formulação e implementação foram consideradas como atribuições da Secretaria Municipal de Saúde, e portanto, as unidades não conseguem determinar a sua implantação, referindo-se como “fora de sua governabilidade”.

O mesmo foi observado para as atividades de capacitação e qualificação profissional do componente *Assistência*. Nesse componente, o bom estabelecimento do fluxo de pacientes, destacado em ambas unidades, é apontado como efeito das ações de organização da rede, já bem estabelecidas. Isso auxilia a detecção precoce das lesões precursoras do câncer e reforçar o componente estratégico redução de danos e sequelas. Para tal, os coordenadores apontam, como uma das metas para as unidades, o treinamento de profissionais - em especial enfermeiros na coleta - para aumentar cobertura de exames realizados na área. Porém é consenso que a formulação e implantação das atividades previstas de qualificação profissional fogem à competência das unidades, sendo dependente de ações articuladas com a coordenação de área ou o nível central. Em uma das unidades (policlínica) aponta-se ainda que, por vezes, mesmo quando há treinamentos, não há profissionais disponíveis para liberação sem prejuízo das atividades de atendimento.

Quadro 3. Análise de conformidade da produção de atividades preconizadas para o Programa Viva Mulher das unidades analisadas, por componente técnico

	Grau de implantação		
Atividades	Pontos esperados	unidades de análise	
		UN 1 (policlínica)	UN 2 (centro de saúde)

Subtotal	13,5	4,5 (33%)	4,5 (33%)
Pontos obtidos	100	29,25	27

Legenda:

Padrão das respostas:

Não/não sabe = 0

Sim parcial = 1

Sim total =2

Grau de produção das atividades

0-30% = produção desconhecida ou insuficiente

31-70% = produção parcial

71-100%= produção total ou satisfatória

Em resumo, as quatro atividades consideradas plenamente executadas nas duas unidades foram referentes apenas ao funcionamento e organização da rede de atenção de pacientes e à atividades de monitoramento, especificamente a busca ativa de pacientes para comunicação de resultados dos exames realizados, cuja qualidade e utilização dos serviços serão analisados a seguir.

Conformidade de qualidade técnica e utilização das atividades implantadas

Os indicadores disponíveis no SISCOLO público selecionados para apontar a utilização dos serviços foram o percentual de exames realizados na faixa etária alvo do programa e o percentual de exames declarados como realizados pela 1ª vez, que se referem ao efeito esperado das atividades de captação visualizadas no quadro 3 . Para o primeiro, as unidades alcançaram 43,1 e 43,8 pontos, dentre os 50 preconizados, uma vez que não atingiram, na média dos anos disponíveis, os 80% da população-alvo preconizado. Quanto ao percentual de exames de primeira vez, observa-se que embora haja alguma flutuação do número de exames, o percentual é semelhante entre os três anos disponíveis (em média, 70% na unidade 1 e apenas 34% na unidade 2). No entanto, a meta de incremento de 30% de um ano para outro ficou bem distante de ser atingida, já que foi verificado regressão, nos registros do ano de 2008. Por isso, as pontuações obtidas, calculados sobre a média, foram de apenas 6,7 pontos na unidade 1. A unidade 2 não pontuou, já que a média também ficou negativa.

Para a qualidade técnica do diagnóstico, foi selecionado o indicador de percentual de amostras (lâminas) insatisfatórias para a leitura, o que pode expressar má qualidade na coleta ou no armazenamento e transporte para o laboratório. Isto não parece ter ocorrido nas unidades, uma vez que o indicador de ambas unidades expressa um percentual muito menor que o padrão exigido pelas diretrizes do programa (até 5% de amostras insatisfatórias)

Quadro 5. Indicadores de utilização e qualidade técnica das atividades de atenção disponíveis no SISCOLO, por unidade de análise

	UN 1 (policlinica)				UN2 (centro de saúde)				Pontuação esperada
	2006	2007	2008	média	2006	2007	2008	média	
nº total de exames	5.739	4.079	4.408	4.742	4.265	4.187	2.486	3.642	
Utilização									

% de exames na população alvo	75%	63%	70%	69%	72%	62%	74%	70%	
Pontuação obtida	43,1				43,8				50
Nº de exames de 1ª vez	2576	2964	2768	2769	1154	1273	749	1058	
% de exames de 1ª vez	74%	73%	63%	70%	41%	30%	30%	34%	
incremento anual	-	15%	-7%	4%	-	10%	-41%	-15%	
Pontuação obtida	6,7				0				50
Qualidade técnica									
% de amostras insatisfatórias	0,09%	0,07%	0,09%	0,08%	0,12%	0,07%	0,04%	0,08%	
Pontuação obtida	50				50				50

Fonte: SISCOLO/DATASUS (acessado em 04-01-2010)

Em ambas unidades de análise, a captação é feita por demanda espontânea, sendo relatado não ser comum o uso de estratégias de busca ativa para aumento do número de mulheres atendidas. No primeiro atendimento, os entrevistados relatam que é feita uma triagem inicial, referida como meio de aumentar a resolutividade. Após a chegada da mulher nas unidades, a consulta pode ser direcionada para o profissional médico ou, quando não houver queixas ginecológicas específicas, para enfermeiros. Ainda que não haja nenhuma atividade no sentido de direcionar o atendimento para o público alvo do programa, verifica-se que, em média, cerca de 70% das mulheres atendidas nas duas unidades nos anos de 2006 a 2008 estavam dentro da faixa etária preconizada (quadro 5). Na unidade 1, cerca de 70% das mulheres informaram estar realizando o exame pela primeira vez, enquanto que na unidade 2, esse percentual foi em média mais baixo (30% nos últimos dois anos). O restante dos registros forma de mulheres que não sabiam responder ou a informação era ignorada.

Na consulta, observou-se, em geral, a conduta dos profissionais em verificar antes da coleta se a mulher encontra-se em condições adequadas para sua realização (ausência de fluxo menstrual, inflamações e de relações sexuais prévias). Estas orientações são importantes não só para garantir a qualidade do exame, como também para aproveitar a oportunidade da chegada da mulher na unidade, confirmando a recomendação de abordagem sindrômica de DST, como uma maneira oportuna de atenção integral às mulheres (Brasil, 2006). Para o controle do câncer uterino das duas unidades de análise, a conduta em consulta, aliada ao cuidado no armazenamento e transporte das lâminas para o laboratório, podem ter como efeito a alta qualidade técnica do procedimento nas coletas. De fato, nos anos analisados, menos de

1% das lâminas coletadas no exame foram registradas no SISCOLO como insatisfatórias para a leitura (quadro 5).

Os exames coletados nas unidades são centralizados pela coordenação da AP e enviados para o laboratório de referência municipal (SITEC) e, mesmo sem o conhecimento dos entrevistados da realização de monitoramento externo de qualidade do laboratório de análise, foi expressa satisfação de todos em relação ao fluxo de trabalho, com tempo de retorno dos resultados – em média, 30 dias – considerado adequado.

A entrega dos resultados, que é pré-marcada com a paciente no próprio dia da consulta, transcorre de acordo com o resultado do exame. Na unidade 1 (policlínica), para aquelas com resultado normal, as enfermeiras do programa fazem uma orientação coletiva sobre o significado do resultado e indicam o retorno de acordo com cada caso, individualmente, esclarecendo também dúvidas das mulheres. A entrevistada da unidade relata que as ações de educação em saúde nesse momento geralmente referem-se mesmo à prevenção de DST, uso de camisinha e prevenção do câncer cervical. Já na unidade 2, a enfermeira responsável pelo programa cita que essas palestras são feitas de forma a acolher as demandas e dúvidas do público, que é diverso em cada reunião. Assim, muitas vezes, outros assuntos concernentes às atividades do atendimento em ginecologia, além do câncer de colo do útero, acabam por tomar mais importância para a discussão, tais como planejamento familiar, violência, entre outros.

Para as pacientes com exames alterados, é feito o encaminhamento de acordo com as diretrizes, com uma adaptação recomendada no algoritmo de atenção apresentado: adição de encaminhamento à referência da área de pacientes com NIC I, após 2 exames consecutivos, realizados com intervalo de 6 meses. O fluxo de referência e contra-referência instituído pelo programa das duas unidades analisadas foi apontado por todos os entrevistados como um ponto forte. A área conta, dentro de sua abrangência geográfica, com serviços de todos os níveis de complexidade – um hospital de referência para procedimentos de média complexidade e um para alta complexidade – o que mantém certa autonomia de gerência e organização do fluxo de atenção. Na unidade 1 (policlínica) a coordenadora aponta como fator principal a insuficiência do quantitativo de profissionais, o que dificulta tanto a ampliação da cobertura quanto a atualização técnica. Relata que mesmo com a existência de treinamentos, não há profissionais suficientes para atualização constante, sem prejuízo das atividades de atenção. Na unidade 2 (centro de saúde), o principal problema é a adesão dos profissionais

para o fluxo preconizado (resistência em orientar o retorno da paciente com normalidade citológica após dois anos), pois, segundo a coordenadora, há a crença entre os profissionais de que “vão perder” a oportunidade de acompanhar a paciente. Essa postura, assumida quando há uma forte presença da adoção da abordagem sindrômica de DST, reflete na diminuindo as vagas disponíveis e dificulta a ampliação da cobertura. Aponta para necessidade de realizar treinamento com os profissionais (“para eles aceitarem a recomendação”).

Os procedimentos para disponibilidade de vagas de pacientes encaminhadas são bem conhecidos pelos gestores entrevistados. As marcações são centralizadas e acompanhadas pela coordenação da área (CAP), o que implica no atendimento feito de forma rápida, minimizando a perda de continuidade do diagnóstico e tratamento das pacientes. Outro ponto que reforça a organização do fluxo é a boa comunicação entre as unidades para estabelecimento desse fluxo, eliminando posturas como “disputas de pacientes” e aumentando a clareza nas orientações de encaminhamento para a população atendida. Foi relatado que desde cerca de 2005, o sistema funciona como um “sistema de acolhimento”, seguindo uma recomendação da política nacional de humanização de que todos os casos que chegam nas unidades devem resolvidos ou referenciados para algum nível resolutivo

Para as atividades de monitoramento e busca ativa de pacientes para entrega de resultados do exame, feita através de telefone e telegramas e apontadas como já estabelecidas pelos gestores, observou-se que na unidade 1, a busca de pacientes é baseada na procura manual das fichas de cadastro e restrita a pacientes já atendidas e que não foram buscar seus resultados, deixando a possibilidade de atingir mulheres que necessitam de seguimento em tempo oportuno e de acompanhamento do perfil de detecção das lesões. Na unidade 2, a busca é organizada através de livro de registros próprio onde estão registradas informações das mulheres que ingressaram no programa desde 2005, para controle, principalmente sobre o retorno para busca do exame.

No entanto, não há verificação sistemática do seguimento, sendo relatada a carência de condições físicas (espaço físico, instrumentos específicos para o registro do fechamento de cada caso) ou humanas (poucos profissionais arquivistas, para atender toda a unidade) para efetivar a busca de forma ativa e oportuna de mulheres faltosas para o retorno periódico de novos testes ou para acompanhar e manter registrado o resultado de pacientes referenciados, de acordo com o último exame. Assim, faltam informações sistematizadas sobre o número de

mulheres cobertas, uma vez que a informação de cobertura disponível é calculada com base na razão de exames e não no percentual de mulheres.

Os coordenadores entrevistados concordam com a posição dos profissionais e colocam que as informações do SISCOLO poderiam ser úteis, caso os dados estivessem disponível para os gestores locais. A falta de precisão dos dados públicos dificulta acompanhamento do perfil de entrada das mulheres, assim como o estabelecimento de parâmetros para o planejamento de metas e critérios de análise para o monitoramento e dos fatores de contexto influentes nos processos de atenção e prevenção ao CCU observados.

Fatores de vulnerabilidade

De início, verificou-se que o uso do sistema de informação é um ponto de vulnerabilidade não só para as atividades produzidas nas unidades de análise como para a organização do fluxo da área. A partir de 2010, a expectativa de implantação do Sistema de Regulação Central do Município (SISREG) é um fator que vêm provocando um sentimento de incerteza dos gestores sobre possíveis perdas no fluxo de referência e contra-referência da área e aumento de barreiras ou dificuldades de acesso (e também de acessibilidade), já que as vagas hospitalares serão cedidas e controladas pelo nível central no município, gerando possíveis perdas de identificação de casos particulares e atrasos no atendimento, dificuldades de deslocamento das pacientes para referências localizadas fora da área e menor resolutividade.

Na unidade 1 (policlínica) a coordenadora aponta como fator crítico principal a insuficiência do quantitativo de profissionais, o que dificulta tanto a ampliação da cobertura quanto a atualização técnica. Relata que mesmo com a existência de treinamentos, não há profissionais suficientes para atualização constante, sem prejuízo das atividades de atenção.

Na unidade 2 (centro de saúde), o principal problema é a adesão dos profissionais para o fluxo preconizado (resistência em orientar o retorno da paciente com normalidade citológica após dois anos), pois, segundo a coordenadora, há a crença entre os profissionais de que “vão perder” a oportunidade de acompanhar a paciente. Essa postura, assumida quando há uma forte presença da adoção da abordagem sindrômica de DST, reflete na diminuindo as vagas disponíveis e dificulta a ampliação da cobertura. Foi apontado também a necessidade de: realizar treinamento e atualização dos profissionais nas diretrizes atuais do programa, dificuldades para ampliação do acesso e captação de mulheres da faixa etária alvo e integração das ações com parceiros (ONGs, escolas e empresas).

Análise de contexto - Situação do programa municipal e das unidades

No Brasil, a partir da implantação do Programa, todas as mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos são consideradas como população alvo do programa, o que, para o município do Rio de Janeiro, representou, em 2008, 54% (n= 1.775.198) da população feminina.

Observa-se que desde 1990, há registros disponíveis de exames preventivos realizados em residentes do município do Rio de Janeiro, com um aumento importante de exames registrados após 1996 e após 2006. Os dois anos coincidem, respectivamente, com a época da concepção e implantação do Programa Viva Mulher em Estados piloto e com o ano da mudança de versão do sistema de informações específico (SISCOLO), inicialmente implantado em 1997.

Nota-se que, a partir de 2006, o percentual de exames realizados em residentes do município carioca é de cerca de 30% do total de exames realizados no Estado do Rio de Janeiro (quadro1).

Quadro 2. Número de exames preventivos realizados por ano e percentual de exames realizados em residentes do Município do Rio de Janeiro (MRJ), 1990-2008

Ano do exame	Estado	Município	% de exames em residentes do MRJ
1990	1.438	50	3%
1991	479	20	4%
1992	1.303	60	5%
1993	983	38	4%
1994	1.548	61	4%
1995	3.628	92	3%
1996	4.193	132	3%
1997	10.105	254	3%
1998	20.057	628	3%
1999	52.071	1.411	3%
2000	68.487	2.843	4%
2001	93.555	5.169	6%
2002	83.408	3.514	4%
2003	71.347	3.586	5%
2004	53.767	5.221	10%
2005	18.719	3.781	20%
2006	482.368	155.098	32%
2007	484.793	139.050	29%
2008	508.063	147.578	29%

Fonte: SISCOLO/DATASUS

A partir de 2002, o Ministério da Saúde definiu para o monitoramento anual da cobertura das ações de controle do câncer cérvico-uterino previstas no Pacto da Atenção Básica, o indicador *Razão de exames citopatológico cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo*. No Rio de Janeiro, esta razão tem sido apresentada em torno de 0,1 (tabela1), o que pode ser interpretada como 1 exame para cada 10 mulheres da população-alvo por ano. Porém não é aferida a real cobertura populacional, ou seja, o percentual de mulheres na população alvo que são atendidas nas unidades de saúde e realizam o exame preventivo, em relação ao total da população alvo a ser coberta.

Tabela 1. Razão de exames citopatológico cérvico-vaginais na população-alvo, para Estado e Município do Rio de Janeiro, 2002 a 2007

	Razão exames cérvico-vaginal					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ERJ	0,12	0,11	0,12	0,12	0,12	0,13
MRJ	0,1	0,11	0,1	0,11	0,09	0,1

Fonte: Pacto da Atenção Básica / site www.datasus.gov.br

No contexto dos objetivos prioritários do Pacto pela Saúde de 2008, o Ministério da Saúde apresenta como objetivos específicos para o controle do câncer de colo de útero: ampliar a oferta do exame preventivo para alcançar 80% de cobertura da população alvo, efetivar o tratamento e seguimento de lesões precursoras em nível ambulatorial, diminuir o número de amostras insatisfatórias do exame citopatológico e integrar o sistema de informação de câncer de mama (SISMAMA) ao SISCOLO.

Quanto ao seguimento, observa-se imprecisão das informações públicas, com 97% dos registros do município sem informação. Além disso, não há a indicação de qual ano o registro se refere. Também não se sabe se o número total representa mulheres ou exames. Pode-se levantar uma hipótese de que seja o registro de mulheres, já que é bem menor que o número de exames registrados, no ano de 2008, por exemplo.

Tabela 2. Situação de seguimento para Município e Estado do Rio de Janeiro

	Sem Seguimento				Em Seguimento		Seguimento Concluído						Recusa / Abandono	Total		
	Não Localizada		Sem Informação				Alta/Cura	Transferência		Óbito						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
MRJ	57	0,06	96842	97,84	1976	2	14	0,01	23	0,02	52	0,05	15	0,02	98979	100
ERJ	207	0,11	172091	93,92	9849	5,4	566	0,31	35	0,02	23	0,01	464	0,25	183238	100

Fonte: SISCOLO/DATASUS (acessado em 04-01-2010)

Diante de tal contexto e, pode-se investigar o desempenho das atividades previstas considerando os contextos locais de atenção e controle do CCU, de acordo com os critérios de produção, qualidade técnica e utilização de serviços.

Equilíbrio das sub-dimensões analíticas do desempenho tático-operacional

Diante das evidências coletadas, verifica-se semelhança no grau de desempenho tático-operacional da unidade 1 e unidade 2, sendo considerados como desempenho parcial do programas, com 60% e 57%, respectivamente. As principais diferenças podem ser apontadas pela fraca produção de atividades em relação ao componente técnico de comunicação e de treinamento profissional e baixa utilização dos serviços para aumento de captação e ingresso de novas mulheres no atendimento ginecológico, ou seja, aquelas que nunca fizeram nenhum exame preventivo anteriormente na unidade 2.

Quadro 6. Desempenho tático-operacional dos programas de controle do CCU, por unidades de análise

Indicadores de desempenho tático-operacional	Pontos esperados	Pontos obtidos	
		UN 1 (policlinica)	UN 2 (centro de saúde)
Produção			
Conformidade de atividades executadas	100	29,25	27
Utilização			
% de exames na população alvo	50	43,1	43,8
incremento de % de exames de 1ª vez	50	6,7	0
Qualidade técnica			
% de amostras insatisfatórias	50	50	50
Conformidade ao algoritmo preconizado	50	50	50
TOTAL	300	179,05	170,8

Entretanto, apesar de os indicadores apresentarem comportamento muito semelhante - destacando-se a alta qualidade técnica das amostras coletadas em ambas unidades – as entrevistas e observações revelaram fatores de contexto programático diferenciados, tal como apontados e discutidos a seguir.

Discussão

Embora o câncer de colo do útero seja considerado como um agravamento de bom prognóstico quando diagnosticado de forma precoce, no Brasil observa-se um comportamento heterogêneo das taxas de mortalidade por câncer de colo do útero entre os Estados. Nas capitais, estudos mostram tendência de queda da mortalidade. Por exemplo, em Salvador/BA no ano de 2000, foi observado decréscimo de 50% nas taxas padronizadas no período de 1979 a 1997, ainda que a mortalidade por câncer cérvico-uterino tenha sido considerada alta em comparação com a situação nacional (Derrossi *et al*, 2000). Já no Rio Grande do Sul, observou-se um importante aumento das taxas de mortalidade padronizadas (de 3,2 em 1979 para 9,5 óbitos por 100 mil mulheres em 1998), levantando-se questões sobre a organização dos programas de controle (Kalakun & Bozzetti, 2005).

Em Recife/PE, onde as taxas passaram de 11,52 para 6,55 por 100.000 mulheres nesse período, Mendonça et al (2008) identificaram a maior frequência de óbitos em mulheres negras, sem companheiro, donas de casa e residentes em bairros com baixa condição de vida. No Rio de Janeiro, Meira (2009) aponta maior associação da alta taxa de mortalidade encontrada no estudo (50,0/100.000) com piores condições socioeconômicas (baixa escolaridade, menor esperança de vida e IDH), onde os bairros com maior proporção de negros e pardos obtiveram taxas de mortalidade até duas vezes superiores. Mais recentemente, Thuler et al (2008), através de cálculos oriundos de inquérito nacional, apontam um incremento de 6,4% na taxa de mortalidade média no Brasil no período de 1979 a 2005.

Recomendações e lições aprendidas

Neste estudo, optou-se por utilizar bases de dados acessíveis ao público e que não permitem a identificação ou contagem individual de mulheres. Diante das inconsistências observadas no uso do sistema de informação público, aponta-se a necessidade de estudos com a base não identificada do SISCOLO, que envolvam o INCA e os programas municipal e locais, permitindo aferir com precisão os indicadores já levantados e para determinar a real cobertura do programa, pelo percentual de mulheres da população alvo atendido pelo programa em relação à população feminina geral. Reforça-se assim a pertinência da adoção de modelos integrados de avaliação de desempenho, ou seja, aferições – ainda que parciais – sobre as dimensões de desempenho de um programa que considerem não apenas indicadores operacionais ou epidemiológicos, mas também possibilitem evidenciar fatores do contexto local que apontem diferenças intra-regionais e fatores vulnerabilidade programática para situações particulares

No caso dos programas em unidades básicas tradicionais, uma das questões mais desafiadoras é a quantificação da população alvo para basear o planejamento integrado, uma vez que, além desta poder ser definida de formas diferentes para cada local (de acordo com o perfil epidemiológico de maior prevalência do câncer uterino e da cobertura populacional que se deseja atingir com ações programáticas organizadas), as unidades concentram atendimento a públicos oriundos de diversos locais. No Brasil, a população da faixa etária de 25 a 60 anos é definida nas diretrizes do programa e nela baseiam-se os cálculos de metas. No entanto, essa recomendação foi questionada pelos profissionais da atenção dos serviços de saúde pesquisados já que observam de atendimento eventual da população de outros bairros (geralmente associados por falhas no processo de atenção da outra unidade, aumentando a demanda de consultas) e alta frequência de mulheres de outras faixas etárias, principalmente idosas, que registram os maiores índices de mortalidade por CCU.

Com isso, aponta-se a necessidade de implementar tanto de ações de reorientação oportuna de estratégias de atenção na rede de serviços de saúde local quanto de ações de sensibilização direcionadas para a população-alvo, muitas vezes pertencente a grupos sociais cuja frequência nos serviços já é menor. Estas ações deverão envolver os profissionais de saúde, já que muitas vezes não são claras, para gestores ou formuladores de políticas, as

especificidades do atendimento que podem orientar estratégias para aumentar a captação direcionada.

A análise de conformidade deste estudo mostrou claramente este fato, uma vez que, somente a partir da adaptação dos componentes Modelo Lógico do Programa preconizado àquele efetivamente realizado, pode-se perceber a necessidade de implementar estratégias de comunicação, vigilância e gestão integrada para o aumento de acesso, levando à hipótese de que as atividades previstas não sejam adequadas ou suficientes para a obtenção dos resultados previstos. Assim, se por um lado, recomenda-se planejar em conjunto estratégias para fortalecimento da gestão local em ações de divulgação da disponibilidade do programa e ampliação da utilização da rede pelas mulheres que não conseguem chegar nas unidades, por outro, pode-se também incentivar que as ações de comunicação sejam orientadas por resultados de monitoramento sistemático, aproximando as expectativas dos profissionais da vigilância e as necessidades da população feminina.

Portanto, recomenda-se aprofundar o debate com os *stakeholders* pautando a reflexão sobre como são feitas as pactuações nas unidades e na área de planejamento (AP) para o estabelecimento de indicadores e parâmetros de produção de serviços com qualidade técnica, identificando-se critérios para a definição dos recursos necessários locais e para o estabelecimento de metas, que orientem a verificação sistemática (monitoramento) dos registros das unidades, seja esse feito de forma sistematizada e acessível aos atores interessados.

A principal dificuldade para a aplicabilidade do modelo integrado de avaliação de desempenho formulado foi observada na conformação desses indicadores. Assim, considerando o grau incipiente da conformidade na execução das atividades dos componentes técnicos, devem ser privilegiadas avaliações formativas do programa nas duas unidades analisadas, onde todos os componentes analíticos do modelo - político-contextual, tático-operacional e o estratégico - poderão ser debatidos e apropriados de forma participativa pelos atores locais, auxiliando melhor a definição dos critérios e a identificação dos fatores de vulnerabilidade específicos e de sua forma de atuação

Limitações do estudo

Além dos atores localizados, considera-se a incorporação da experiência e visão de usuárias como importante para a avaliação do programa, ao agregar uma visão não governamental sobre o processo de atenção e controle do Câncer de Colo de Útero na área. Como, operacionalmente, não seria possível realizar entrevistas ou técnicas de grupo focal diretamente com as mulheres, planejou-se obter uma visão aproximada através de entrevistas semi-estruturadas com representantes de Organizações da Sociedade Civil locais, atendendo a três critérios de inclusão: ter trabalhos ligados às ações relativas ao câncer de colo do útero, atuação local na área das unidades selecionadas para pesquisa e voluntariedade de participação na pesquisa. No entanto, não foram identificadas organizações da sociedade civil que atuassem com o tema da pesquisa na área.

Embora um dos *stakeholders* indicasse como interesse o estudo na unidade municipal de médio porte localizada na área, por ser a referência de procedimentos de média complexidade para câncer de colo de útero e portanto, uma unidade importante para aferição das atividades de seguimento das pacientes, não houve tempo hábil para realizar a pesquisa nesta unidade. Da mesma forma, também não foi possível incorporar uma sugestão de investigar as unidades de saúde da família da área.

A definição do critério de julgamento em escala monopolar é muitas vezes referida como imprecisa, sobretudo para a caracterização de nuances para os níveis intermediários. Apesar deste tipo de padronização ter grande possibilidade de auxílio à tomada de decisão oportuna (Alfodi, 2006), é fundamental a construção de processos avaliativos participativos que incorporem a discussão de fatores de contexto com atores internos para a caracterização das situações particulares observadas e adaptação dos critérios de julgamento.

Conclusão

Diante da aplicação de um modelo integrado para avaliação de desempenho, pode-se constatar que o programa controle ao câncer de colo do útero das duas unidades de saúde

analisadas, integrantes da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, apresenta implantação incipiente em relação ao preconizado pelas diretrizes vigentes, em especial para as atividades de promoção da saúde e prevenção de casos. No entanto, verificou-se que os componentes do programa referentes à atenção e controle do agravo estão em conformidade aos processos consolidados de assistência ginecológica nas unidades, que visam, primordialmente, a redução de danos e sequelas associadas. Esse pode ser o ponto de partida para a compreensão da atuação dos fatores de vulnerabilidade identificados e, conseqüentemente, para a definição de estratégias que minimizem seus efeitos sobre o desempenho do programa na produção de serviços com qualidade técnica.

Referências Bibliográficas

Alfödi, F. La fabrication des critères. In: *Savoir évaluer en action sociale et médicosociale*. Paris: Dunod., 2006

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2010[3] Atlas de mortalidade 2010 *disponível em* <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/mortalidade.html> (acessado em agosto/2010)

Contandriopoulos, A.P, Trottier, L.H, Champagne, F. Improving performance: a key for Quebec's health and social services centres. *Infolleter (Thema)*, v.5 (2), 2008:2-6

Derrossi et al, Evolução da mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por câncer cérvico-uterino em Salvador/BA, 1979-1997 *Revista Brasileira de cancerologia* , v. 47, n. 2, p. 163-170, 2001

Gil, A.C, Estudo de caso – fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados, como redigir o relatório São Paulo: Atlas, 2009.

Kalakun L, Bozzetti MC Evolution of uterine cervical cancer mortality from 1979 to 1998 in the State of Rio Grande do Sul, Brazil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):299-309, 2005

Mark, M. M., Henry, G. T., Julnes, G., Social betterment through evaluation in: ____ Evaluation – an integrated framework for understanding, guiding, and improving public and non-profit policies and programs San Francisco: Jossey-Bass, 2000, 1º ed, p.3-75

Meira, K. C Mortalidade por Câncer de Colo de Útero no Município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2006 [*dissertação de mestrado*] Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009

Mendonça VJ, Guimarães MJB, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade do Recife, Pernambuco. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(5):248-55

Osís M. J.M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998

Parada R., Assis M., Silva, R.C.F., Abreu, M. F., Silva, M. A.F, DiasM. B. K, Tomazelli, J. G. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer Rev. APS, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2008

Sabroza, P. C: Toledo, L. M. e Osanai, C. H.- A organização do espaço e os processos endêmicos-epidêmicos. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. (Org. M. do C. Leal, P. C. Sabroza, R. H. Rodriguez e P. M Buss). Volume II. Processos e consequências sobre as condições de vida. São Paulo- Rio de Janeiro : HUCITEC-ABRASCO. (p. 57- 77), 1992

Santos, E.M, Reis, A.C., Cruz, M.M. Avaliação de desempenho: desafios e possibilidades de Monitoramento do Programa de controle DST e AIDS (MONITORaids) [*artigo não publicado*], 2010

Thuler, L.C. S Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil [editorial] Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.30 (5), 2008

Yin. Robert K Estudo de caso: Planejamento e métodos 3ª ed- Porto Alegre: Bookman, 2005

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)