

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

LUIS ANTONIO SOARES PIRES FILHO

**Conhecimento e aplicação de preceitos da saúde da mulher por médicos da
atenção primária de Ribeirão Preto**

Ribeirão Preto – SP

2024

LUIS ANTONIO SOARES PIRES FILHO

**Conhecimento e aplicação de preceitos da saúde da mulher por médicos da
atenção primária de Ribeirão Preto**

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da
Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
da USP (BDTD)

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de Concentração: Saúde Pública
Orientadora: Profa. Dra. Giordana Campos Braga

Ribeirão Preto – SP

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pires Filho, Luís Antônio Soares

Conhecimento e aplicação de preceitos da saúde da mulher por médicos da atenção primária de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2024.

52 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Braga, Giordana Campos.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Saúde da Mulher. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Promoção da Saúde.

Nome: PIRES FILHO, Luís Antônio Soares

Título: Conhecimento e aplicação de preceitos da saúde da mulher por médicos da atenção primária de Ribeirão Preto

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em: 06/03/2024

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

A minha esposa Fernanda. Sem seu apoio, presença e inspiração, nada disso teria sido possível. Por toda vida serei grato por sua compreensão e carinho.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001

RESUMO

Pires Filho LAS. Conhecimento e aplicação de preceitos da saúde da mulher por médicos da atenção primária de Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2023

Objetivos: Avaliar o domínio de competências na Atenção à Saúde da Mulher por médicos da Atenção Primária de Ribeirão Preto – SP, segundo o Currículo Baseado em Competências da Sociedade de Medicina de Família e Comunidade (CBCMFC).

Métodos: Estudo transversal descritivo, realizado na cidade de Ribeirão Preto - SP, com médicos das Unidades de Saúde responsáveis pelo acesso à Atenção Primária em Saúde (APS). Utilizou-se um questionário estruturado, e através de entrevista direta avaliou-se características sociodemográficas, profissionais e o domínio de competências específicas do CBCSMFC dos médicos que atendem nas unidades de saúde do município. **Resultados:** De 52 médicos convidados a participar do estudo, 51 aceitaram e foram entrevistados, com representantes de todos os distritos da cidade. A maioria dos profissionais que atuam na APS em Ribeirão Preto – SP é composta de mulheres brancas (58,8%), com Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (74,5%). A maioria (58,8%) atua como preceptor, mesmo sem pós-graduação stricto sensu. De todos os profissionais entrevistados, 72,5% realizam rastreamento de câncer (CA) de colo, todos rastreiam CA de mama, e embora 98% realizem pré-natal de risco habitual, somente 50,9% realiza pré-natal de alto risco. Contudo, 88,2% referem conduzir casos de diabetes gestacional no cenário da APS. Pouco mais da metade (50,9%) realiza a inserção do implante subdérmico e do dispositivo intrauterino na população. **Conclusão:** Os médicos que atuam na APS de Ribeirão Preto oferecem os cuidados essenciais conforme o domínio de competências previstas no CBCMFC em relação às rotinas de saúde da mulher, entretanto metade dos profissionais não realizam pré-natal de alto risco.

Palavras-chave

Medicina de Família e Comunidade. Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Pires Filho LAS. Knowledge and application of women's health precepts by primary care doctors in Ribeirão Preto [thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2023

Objectives: To evaluate the mastery of skills in Women's Health Care by Primary Care doctors in Ribeirão Preto – SP, according to the Competency-Based Curriculum of the Sociedade de Medicina de Família e Comunidade (CBCMFC). **Methods:** Descriptive cross-sectional study, carried out in the city of Ribeirão Preto - SP, with Primary Health Care (PHC) doctors from Primary Health clinics across the city. A structured questionnaire was used, and through direct interviews, sociodemographic and professional characteristics and the domain of specific CBCSMFC competencies of doctors working in the municipality's Primary Health clinics were evaluated. **Results:** Of 52 doctors invited to participate in the study, 51 accepted and were interviewed, with representatives from all districts of the city. Most professionals working in PHC in Ribeirão Preto – SP are white women (58.8%), with a Medical Residency in Family Medicine (74.5%). The majority (58.8%) work as preceptors, even without a stricto sensu postgraduate degree. Of all the professionals interviewed, 72.5% perform cervical cancer screening, all screen for breast cancer, and although 98% perform usual-risk prenatal care, only 50.9% perform high-risk prenatal care. However, 88.2% report managing gestational diabetes cases in the PHC setting. Just over half (50.9%) insert subdermal implants and intrauterine devices. **Conclusion:** Doctors who work at PHC in Ribeirão Preto offer essential care according to the expected competencies in the CBCMFC in relation to women's health routines, however half of the professionals do not perform high-risk prenatal care.

Key words

Family Medicine. Women's Health. Primary Health Care. Health Promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PSF	Programa Saúde da Família
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
CBCMFC	Currículo Baseado em Competências da Sociedade de Medicina de Família e Comunidade
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
CAISM	Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Mulher
DIU	Dispositivo Intrauterino
CFM	Conselho Federal de Medicina
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	JUSTIFICATIVA.....	16
3.	OBJETIVOS	17
4.	CASUÍSTICA E MÉTODOS	18
5.	ASPECTOS ÉTICOS	24
6.	RESULTADOS.....	25
7.	DISCUSSÃO	36
8.	CONCLUSÕES	41
9.	REFERÊNCIAS.....	42
10.	LISTA DE APÊNDICES	46

1. INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade se define como especialidade em assistir à saúde de forma contínua, abrangente, integral, para indivíduos, famílias e comunidades. Ela tem a distinta característica de formar fortes vínculos com as pessoas, estabelecendo laços de confiança, respeito e resolutividade, sem distinção de gênero, idade ou doença.¹ Esta especialidade médica atua principalmente, mas não exclusivamente, na Atenção Primária à Saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) engloba estratégias para atender, de forma regional, a maioria das demandas de saúde de uma população. Ela integra ações de vigilância, prevenção e tratamento, buscando de maneira organizada atingir medidas resolutivas para garantir integralidade e longitudinalidade no cuidado à Saúde.¹ Sendo um modelo desenvolvido inicialmente na Inglaterra na década de 1920, ele ganhou força com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, em 1978, quando 134 países assinaram um acordo para atingir, através dos princípios da APS, a maior qualidade possível de saúde até o ano de 2000.¹ No Brasil este modelo está inserido no Sistema Único de Saúde desde sua criação com a definição da constituição de 1988, culminando com o desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994.¹ O PSF reforçou o modelo da APS como primeiro acesso da população aos serviços de saúde, inicialmente atuando com medidas de prevenção e promoção de saúde, e mais tarde evoluindo para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1998, atingindo maior capacidade de resolução e mantendo, além dos princípios de equidade, integralidade e longitudinalidade previstos pelo SUS, a participação comunitária.²

Um dos maiores campos de atuação da ESF é na atenção integral à Saúde da Mulher, oferecendo medidas resolutivas na prevenção e cura dos diversos agravos relacionados à esta população. Neste cenário, a ESF busca coordenar esforços com o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, (PAISM), criado em 1984 com o objetivo de sistematizar ações preventivas, diagnósticas, educativas e de tratamento, em todos os momentos de vida das mulheres.³

Em Ribeirão Preto, o PAISM, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, organiza e orienta protocolos e fluxos de atendimentos em Atenção à Saúde da Mulher, oferecendo diretrizes quanto a Atenção a Métodos Contraceptivos, Climatério, Menopausa, Violência contra a Mulher, Planejamento Familiar, Pré-natal,

Parto, Puerpério, Rastreamento de Câncer Ginecológico e Sexualidade Humana.⁴ Em 2021 ocorreu uma reforma administrativa na Prefeitura de Ribeirão Preto, e o PAISM passou para o Departamento de Planejamento em Saúde, tornando-se Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM).

Objetiva-se, no cenário da APS, garantir a integralidade no cuidado de rotinas em Saúde da Mulher, a plena assistência ao planejamento reprodutivo e a assistência ao pré-natal, com a intenção de não só promover saúde como reduzir morbimortalidade materno fetal de forma perene.^{3,4} Para que a atenção primária atenda as mulheres de maneira integral, necessita-se um olhar diferenciado dos profissionais de saúde, vinculando as estratégias de promoção de saúde ao atendimento ginecológico e acesso a esses serviços. O processo de capacitação desses profissionais atualmente tem sido enfatizado através de políticas pedagógicas das faculdades de medicina, por vezes em conjunto com as secretarias públicas de saúde, com intuito de formar médicos capacitados para atuação na APS.⁴ No entanto, nem sempre a experiência laboral isolada é capaz de fornecer acesso ao atendimento integral à mulher. Para isso, as capacitações municipais, e principalmente a residência médica fornecem um diferencial de assistência.

Serviços vinculados a universidades atendem na atenção primária de Ribeirão Preto, com médicos especialistas, favorecendo o aumento da cobertura e acesso à saúde reprodutiva. Junto do CAISM, estes serviços buscam oferecer isonomia e equidade no atendimento à população, contando com a atuação de diversos profissionais médicos com variados históricos de formação e experiências de trabalho. Através de uma ferramenta sistematizada como o Currículo Baseado em Competências da sociedade de Medicina de Família e Comunidade (CBCMFC) pode-se conhecer o domínio destes profissionais para definir possíveis estratégias para ampliar a homogeneização do cuidado, da cobertura e melhoria da qualidade da assistência às mulheres.⁵

1.1 O Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade

Este documento foi elaborado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).⁵ Disponível gratuitamente desde abril de 2015, o CBCMFC procura servir de linha guia para a estruturação de programas de

Residência Médica em MFC, assim como para avaliação de certificação de especialistas por meio do Título em MFC. Ele não possui caráter obrigatório, objetivando ser adaptável a cada realidade onde é aplicado, sem restrições quanto ao seu uso para expandir currículos já existentes em cada programa de residência, conforme possível.⁵

O currículo foi elaborado em abril de 2014, em uma oficina que reuniu especialistas brasileiros e canadenses, vinculados à Universidade de Toronto, todos com experiência de atuação na formação médica em MFC. Os resultados desta oficina foram abalizados por consulta pública realizada durante o mês de dezembro de 2014. As contribuições advindas desta consulta foram avaliadas por um painel de especialistas em formação médica na área de MFC, chegando então ao material atual.⁵

O currículo separa seus diversos componentes em 4 níveis de aprofundamento, sendo eles:

Pré-requisito: esperado do profissional antes de ingressar na residência médica.

Essencial: esperado de todo profissional que concluiu sua residência médica em MFC.

Desejável: esperado de um profissional diferenciado que avançou além das competências essenciais.

Avançado: esperado de um profissional que se tornou proficiente dentro de uma área específica da atuação em MFC. Em geral este tipo de domínio demanda outra formação além da residência médica.

Os componentes específicos do currículo que foram avaliados, de maneira objetiva, com os profissionais entrevistados, estão listados no APENDICE C.

No Brasil, alguns estudos avaliaram o desempenho de médicos da atenção primária e seus desafios no seguimento em saúde das mulheres.⁶⁻¹⁰ Melo VH et al. num estudo descritivo, em três cidades mineiras, avaliaram atividades e dificuldades de médicos de família na atenção às mulheres.⁶ Neste estudo, 203 médicos foram entrevistados, entre 2010 e 2011, e evidenciou-se que os profissionais mais jovens (com até 3 anos de formação) apresentavam maiores dificuldades nos cuidados em Atenção à Saúde da Mulher. As dificuldades mais frequentes foram em climatério (61,9%) e saúde reprodutiva (41,9%). Apenas 24,1% dos médicos tinham

especialização em MFC e 43,3% não tinha experiência anterior em atenção à saúde das mulheres. Anderson MIP et al. estabeleceram em 2007 algumas bases para o que viria a ser o CBCMFC, mas sem um foco específico na área de Atenção à Saúde da Mulher.⁷ Levantou-se exigências e recomendações quanto aos programas de residência médica em MFC, suas atividades, competências, requisitos de infraestrutura e de fluxo assistencial, além de um breve relato das iniciativas que existiam até então, por parte da SBMFC.

Goncalves DP et al descreveu em estudo transversal, realizado em 2019, uma análise da série histórica do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de 2011 a 2013, na cidade de Montes Claros-MG.⁸ Um dos pilares deste programa consiste na avaliação da qualidade do cuidado em Saúde da Mulher, que performou positivamente após a introdução da Residência de Medicina de Família e Comunidade no município, principalmente nas áreas de saúde da mulher, e saúde da criança, embora tenha performado abaixo da média no acompanhamento de doenças crônicas. Ribeiro LP et al diagnosticou o estado de cobertura de prevenção citopatológica em uma comunidade de Ribeirão Preto, comparando mudanças nesta após a introdução do PSF.⁹ Constatou-se, na análise de 681 prontuários, que 33,5% das pacientes estavam atrasadas em suas rotinas, sendo que residir em áreas mais pobres estava mais associado com atraso no seguimento. Inferiu-se no estudo que a introdução do PSF foi benéfica para ampliar o acesso aos serviços preventivos em Saúde da Mulher. Giugliani C et al elaboraram um artigo de opinião sobre as relações do aborto com a Atenção Primária, destacando a necessidade da ampliação do acesso aos cuidados em saúde reprodutiva para prevenção de agravos específicos a Saúde da Mulher, bem como da interface do aborto com a formação e educação Médica, além de considerações sobre Ética Profissional neste cenário desafiador.¹⁰ Destaca-se a citação do CBCMFC no texto, como um adendo de domínio na competência de Urgências e Emergências, em específico, obstétricas. O artigo critica a abordagem superficial do aborto no currículo, desligado da rotina de saúde da mulher.¹⁰

Alguns estudos buscaram avaliar conhecimento e qualidade de atendimento pelos médicos que atendem na APS, porém poucos relacionados a Saúde da Mulher.¹¹⁻¹⁷ Leão, C. D. A avaliou o conhecimento de médicos e enfermeiros da APS acerca das rotinas em Saúde da Criança através da ferramenta Instrumento de

Avaliação da Atenção Primária, versão infantil (PCATool infantil).¹¹ Candido Araújo B. et al, numa revisão integrativa mostrou que não há ferramenta considerada universal para os avaliação da qualidade do atendimento na APS para a Saúde da Criança.¹² Nobrega DM et al avaliaram conhecimentos sobre urgências e emergências em APS, mas pela perspectiva da enfermagem e sem especificar a área de Saúde da Mulher.¹³ Gol I, Erkin O avaliaram conhecimentos de profissionais médicos sobre câncer de pele no contexto da APS através de entrevista própria elaborada pelos pesquisadores.¹⁴ Viana FO et al.¹⁵ avaliou o conhecimento de médicos e enfermeiros da APS sobre atendimento inicial a pacientes queimados. Na Universidade do Colorado, Kvach E et al discutem a importância do domínio de competências em Saúde Reprodutiva através da visão da graduação em Medicina e dos programas de Residência Médica em MFC.¹⁶ Assim, foram implementadas ferramentas de rastreio de intenção de gravidez em um centro de saúde escola, aplicadas em 1676 pacientes de 12 a 45 anos durante 6 meses, na tentativa de abordar necessidades reprodutivas negligenciadas. Observou-se que a taxa de abordagem destas necessidades por residentes aumentou de 47% para 62% ao final do período avaliado. Borém LMA et al, avaliou conhecimento de médicos da APS sobre exames de imagem, principalmente radiografia, ultrassonografias e tomografias através um questionário estruturado.¹⁷ Conhecimento sobre os exames aplicados em rotina da saúde da mulher foram incluídos, mas não era limitado a esta área.

Não foram encontrados artigos que avaliassem conhecimentos médicos em Saúde da Mulher no contexto da APS ou a aplicação do CBCMFC no Brasil.

2. JUSTIFICATIVA

Apesar da implementação objetiva do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher de Ribeirão Preto que regulamenta a atuação médica quanto às necessidades de saúde da Mulher, o cuidado recebido por esta população pode variar significativamente dependendo do local onde o acesso à Atenção Primária ocorreu e quais os profissionais envolvidos.⁴ Esses profissionais são responsáveis por atender, orientar, solicitar e realizar exames, diagnosticar e tratar queixas ginecológicas, obstétricas e puerperais, além de prover assistência quanto à saúde reprodutiva. No entanto, estima-se que nem todos os profissionais envolvidos apresentam o mesmo treinamento e a mesma abordagem nesta seara, o que pode comprometer a resolutividade dos serviços de Atenção Primária nos cuidados à Saúde da Mulher.

Considerando-se a existência de uma linha-guia no CBCMFC, é de se esperar que os profissionais apresentem diferentes domínios de competências em Atenção à Saúde da Mulher e seus derivados, o que pode influenciar sobremaneira os cuidados oferecidos à estas pacientes. Entender as habilidades dos médicos que fazem a assistência em Saúde da Mulher na Atenção Primária é imprescindível para uma abordagem integral que promova efetivamente saúde sexual e reprodutiva.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Primário

Analisar o domínio de Médicos de Família e Comunidade atuantes na atenção primária de Ribeirão Preto – SP sobre as competências previstas no CBCMFC, em específico na área de Atenção à Saúde da Mulher.

3.2 Objetivos Secundários

- Descrever as características sociodemográficas dos médicos que atuam na Atenção Primária em Ribeirão Preto - SP
- Descrever a prevalência do domínio das competências essenciais na área de Atenção à Saúde da Mulher do CBCMFC.
- Descrever a prevalência do domínio das competências desejáveis e avançadas na área de Atenção à Saúde da Mulher do CBCMFC.
- Descrever a prevalência do domínio das competências essenciais na área de Atenção ao Ciclo gravídico-puerperal do CBCMFC.
- Descrever a prevalência do domínio das competências desejáveis e avançadas na área de Atenção ao Ciclo gravídico-puerperal do CBCMFC.
- Descrever a prevalência dos diferentes domínios de acordo com a formação médica, sua relação com a CBCMFC e a formação complementar (Preceptoria, Mestrado e/ou Doutorado).

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Modelo de estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado na cidade de Ribeirão Preto - SP, com médicos das Unidades de Saúde responsáveis pelo acesso à Atenção Primária.

4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos médicos graduados com qualquer formação que atuem, integral ou parcialmente, na atenção primária à saúde no município de Ribeirão Preto – SP, podendo também atuar nas esferas suplementar ou particular ou outras modalidades.

Foram incluídos profissionais de qualquer idade e tempo de atuação.

Foram excluídos profissionais do Programa Mais Médicos, médicos que atuem exclusivamente em saúde suplementar, particular, unidades móveis ou penitenciária.

Também foram excluídos médicos residentes, por estes não serem responsáveis por suas equipes de atuação na APS.

4.3 Local /Contexto

Ribeirão Preto é um município da região Sudeste, do interior do Estado de São Paulo. Conta com 711 825 habitantes pelo IBGE 2020, com alto IDH, e é referência na assistência à saúde da região noroeste do estado.¹⁸ Apesar disso, tem altas taxas de gestação não planejada (53,5%), piores em classes sociais mais baixa, especialmente nos extremos de idade, adolescentes e mulheres com mais de 40 anos.¹⁹

A cidade conta com 49 Unidades de Saúde responsáveis pelo acesso à Atenção Primária, e sua regional conta com a maior razão de médicos por 1000 habitantes do estado de São Paulo, 3,17/1000, de acordo com dados do CREMESP.²⁰ As Unidades Básicas de Saúde (UBS) se dividem em cinco equipes no Distrito Central, três no Distrito Sul, 15 equipes no Distrito Norte, 24 no Distrito Oeste e quatro

no Distrito Leste. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde.²¹

Foram convidados a participar do estudo médicos atuantes na atenção primária de Ribeirão Preto, destas 49 unidades de referência, sem, entretanto, excluir profissionais que também atuem no âmbito suplementar ou particular, desde que não exclusivamente. Também foram convidados a participar médicos que atuam nestas unidades sem integrarem as equipes da ESF, como médicos preceptores e professores dos cursos de medicina e residência médica relacionados às unidades.

4.4 Tamanho amostral

Como um estudo de natureza exploratória, pretendeu-se incluir todos os médicos atuantes nas unidades de saúde da ESF de Ribeirão Preto – SP, bem como outros médicos que atuem de forma conjunta nestas unidades com outros tipos de vinculação. O tamanho amostral foi obtido de acordo com a aceitação dos sujeitos de pesquisa.

4.5 Protocolo de Coleta

A coleta de dados foi realizada de abril de 2022 a março de 2023. Esperava-se encontrar quantidade significativa de profissionais que preenchessem os critérios de inclusão para realização da coleta de dados, assim como profissionais de diversas especialidades além de Médicos de Família e Comunidade, incluindo médicos recém-formados ou sem especialidade definida.

Os profissionais que preencheram os critérios de inclusão e que desejaram participar no estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Através de entrevista direta com os participantes, foi realizado um questionário (APENDICE B) para obtenção de características etárias, profissionais e domínios das diferentes competências estudadas. O questionário conta com 52 questões, com um tempo total de resposta inferior a 10 minutos. O risco significativo de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos entrevistados foi considerado muito baixo, dada a natureza desta entrevista, conforme descrito no TCLE (APENDICE A).

Os entrevistadores foram capacitados e treinamentos por GCB e LASPF e o sistema software Google Sheets foi utilizado para coleta e armazenamento de dados da entrevista, com verificação automática de elegibilidade de acordo com os critérios pré-estabelecidos. O questionário e os procedimentos de coleta de dados foram testados previamente por meio de simulações e entrevistas piloto.

4.6 Proteção dos dados

Os participantes foram identificados por um identificador alfanumérico, e tal codificação objetivou mitigar o potencial risco de perda de confidencialidade. Os arquivos digitais serão mantidos em um servidor protegido com chave de criptografia e senha de acesso, dentro do ambiente computacional do Google Cloud Storage, após a conclusão da coleta.

4.7 Variáveis a serem analisadas

- Idade
- Sexo
- Cor da pele
- Estado marital
- Se tem filhos, número de filhos
- Ano de conclusão da graduação
- Tipo de graduação (pública ou privada)
- Se possui Residência Médica em MFC (RMMFC)
- Ano de conclusão da RMMFC
- Se possui Título em MFC
- Ano de obtenção do Título
- Se possui outra especialidade médica.
- Tem Mestrado e/ou Doutorado
- Realiza preceptorial de alunos e residentes
- Tempo de atuação na APS, em meses
- Carga horário de trabalho semanal
- Se dá plantão fora da APS

- Se conhece o CBCMFC
- Se, no caso de formação em MFC, teve sua formação em MFC guiada pelo CBCMFC

Autoavaliação sobre seu domínio dos itens essenciais do componente 2.2.3 – Atenção à Saúde da Mulher, do CBCMFC:

- Maneja apropriadamente os problemas mais frequentes e relevantes na saúde da mulher.
- Faz inserção de DIU
- Retira DIU
- Colhe e faz o preparo de exame de citologia oncótica (Papanicolau).
- Faz cauterização química de verruga viral.
- Identifica e maneja situações de violência contra a mulher e outras situações de risco e vulnerabilidade.
- Realiza exame ginecológico, avaliação do assoalho pélvico, avaliação das mamas e demais exames físicos.
- Considera particularidades do gênero no desenvolvimento do processo saúde-adoecimento.
- Faz rastreamento de câncer mama apropriadamente.
- Faz rastreamento de câncer de colo uterino apropriadamente.

Autoavaliação sobre seu domínio dos itens desejáveis e avançados do componente 2.2.3 – Atenção à Saúde da Mulher, do CBCMFC.

- Realiza ultrassonografia
- Realiza colposcopia e biópsia de colo uterino quando indicado

Autoavaliação sobre seu domínio dos itens essenciais do componente 2.2.6 – Atenção ao ciclo gravídico-puerperal, do CBCMFC

- Realiza planejamento familiar e anticoncepção de emergência quando necessário.

- Realiza pré-natal de baixo risco.
- Maneja pré-natal de alto risco.
- Maneja situações clínicas em gestantes relacionadas à diabetes gestacional.
- Orienta sobre momento e local de referência para assistência obstétrica de urgência ou ao trabalho de parto.
- Maneja principais problemas do puerpério.
- Orienta sobre riscos de situações teratogênicas (fármacos, agentes físicos, infecciosos e tóxicos).
- Estimula o envolvimento do pai no acompanhamento do pré-natal.
- Aborda e problematiza as expectativas da mãe e do pai em relação ao bebê.
- Realiza abordagem da sexualidade no período da gestação e puerpério.
- Maneja as intercorrências mais frequentes e relevantes na gestação.
- Dá assistência à parto vaginal em situação de urgência.

Autoavaliação sobre seu domínio dos itens desejáveis e avançados do componente 2.2.6 – Atenção ao ciclo gravídico-puerperal, do CBCMFC

Desejável

- Maneja atendimento em emergências na gestação (Eclampsia, cetoacidose diabética, abortamento e descolamento de placenta).
- Dá assistência à parto vaginal em ambiente hospitalar ou domiciliar.

Avançado

- Realiza cesariana em situações de urgência.

Ao questionário concernente ao componente 2.2.3, foram adicionadas questões sobre treinamento, inserção, manejo e retirada do Implante Contraceptivo Subdérmico (Implanon NXT®), por este ser um dos métodos habitualmente oferecidos às mulheres que buscam planejamento contraceptivo de longa duração na cidade de Ribeirão Preto – SP. (APENDICE B)

4.8 Análise estatística

Com base nas informações coletadas, os dados foram tabulados no software Microsoft Excel. Os dados descritivos foram analisados utilizando média e desvio-padrão como medidas de dispersão das variáveis contínuas enquanto nas variáveis categóricas frequência e mediana foram utilizados, dependendo do tipo de distribuição da amostra. Para variáveis qualitativas comparando grupos, foi usado o teste Exato de Fisher com nível de significância de 5%. O software R_{x64} 4.2.2 foi utilizado para análise.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado em conformidade com a Declaração de Helsinque (2000) e seguindo as diretrizes e normas contidas na Resolução CFM 196/96. As informações de interesse foram obtidas exclusivamente com a finalidade de pesquisa, por meio de entrevista direta.

Estima-se que foi um estudo com baixíssimos riscos significativos para o sujeito de pesquisa, por reconhecer-se que não existe interação humana totalmente isenta de riscos; entretanto, todas as entrevistas se passaram sem intercorrências. Existem benefícios potenciais para a coletividade, à medida que informações obtidas possam vir a subsidiar medidas de promoção de Saúde da Mulher na atenção primária.

Após a identificação do candidato a sujeito de pesquisa, foi realizada uma breve explicação sobre o presente estudo e formulado um convite à participação. Confirmada a elegibilidade, foi realizado um esclarecimento detalhado da pesquisa e um consentimento escrito foi obtido (apêndice A). Para evitar o risco de perda de confidencialidade dos dados, os autores codificaram dos dados de identificação e os mantiveram sob sigilo dos pesquisadores.

Assim, buscou-se a observância da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei n.º 13.709/2018, através da obtenção do consentimento livre, informado e com finalidade determinada, conforme art. 5º, XII da mesma lei.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto CAAE: 52257321.2.0000.5440, Parecer 5.276.752, e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A).

6. RESULTADOS

Foram convidados 52 profissionais médicos atuantes nas USF que preenchiam os critérios de inclusão. Apenas um recusou-se a participar do estudo, assim foram realizadas 51 entrevistas. A média de idade dos profissionais foi de $36,7 \pm 5,3$ anos, variando de 25 a 48 anos. A maioria dos profissionais é natural do estado de São Paulo, com 37 (72,5%) profissionais procedentes desse estado. A maioria dos profissionais incluídos identificaram-se com o gênero feminino, 30 (58,8%). Identificaram-se com a cor de pele branca 48 (94,1%) dos entrevistados, sendo casados ou com união estável 29 (56,8%), e metade 26 (50,9%) tinham pelo menos um filho. (Tabela 1).

Quanto à formação acadêmica e especialização, os profissionais possuíam em média $11 \pm 5,7$ anos de formação médica no momento da entrevista, 28 (54,9%) tiveram graduação em instituição de ensino privada, 38 (74,5%) possuíam Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, sendo a Psiquiatria a segunda pós-graduação mais frequente. Metade dos entrevistados não possuíam título em MFC pela SBMFC e um dos entrevistados possuía doutorado, enquanto 12 (23,5%) possuíam mestrado e 9 (17,5%) tinham alguma pós-graduação *stricto sensu* em andamento. (Tabela 2)

Os profissionais entrevistados atuavam, em média, há 8,9 anos na APS. A maioria dos profissionais, 30 (58,8%), exercia o papel de preceptor de alunos da graduação e/ou residentes médicos. Mais da metade dos profissionais exercia suas atividades laborais com jornada de 40 horas semanais e restringia suas atividades à atuação na APS. Plantões ou outras atividades laborais em outros tipos de atenção à saúde eram realizadas por 25 (49%) dos médicos, das quais a mais frequente acontecia em serviços privados. A maioria dos entrevistados conhecia o CBCMFC, 44 (86,2%), porém nem metade da amostra teve sua formação em MFC guiada pelo CBCMFC. (Tabela 3)

Quase todos os médicos entrevistados fazem atendimento em saúde da Mulher. Apenas 3 (5,8%) referiram não manejar consultas de rotina e afirmaram não conduzir as consultas de planejamento familiar e contracepção de emergência em sua unidade. (Tabela 3)

Tabela 1 – Distribuição das variáveis demográficas dos médicos da Atenção Primária de Saúde do município de Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N=51)

Característica Sociodemográfica	Resultado
Idade	
Média (Desvio-padrão) em anos	36,6 (5,3)
Naturalidade por Estado	
São Paulo	37 (72,5%)
Goiás	3 (5,8%)
Rio de Janeiro	3 (5,8%)
Paraná	2 (3,9%)
Minas Gerais	4 (7,8%)
Espírito Santo	1 (1,9%)
Bahia	1 (1,9%)
Gênero Autorreferido	
Feminino	30 (58,8%)
Masculino	21 (41,1%)
Cor da Pele Autorreferida	
Branca	48 (94,1%)
Parda	2 (3,9%)
Amarela	1 (1,9%)
Estado Civil	
Solteiro	18 (35,2%)
Casado/ União	29 (56,8%)
Divorciado	4 (7,8%)
Filhos	
Nenhum	25 (49%)
1	10 (19,6%)
2	13 (25,4%)
3 ou +	3 (5,8%)

Fonte: Pires Filho, 2024

Tabela 2– Distribuição das variáveis relacionadas à formação acadêmica e especialização dos médicos da Atenção Primária de Saúde do município de Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N=51)

Formação Acadêmica e Especialização	Resultado
Tempo de Formado	
Média (Desvio-padrão) em anos	11 (5,7)
Graduação	
Privada	28 (54,9%)
Pública	23 (45%)
Residência Médica	
MFC	38 (74,5%)
Sem Residência Médica	6 (11,7%)
Psiquiatria	3 (5,8%)
Geriatria	1 (1,9%)
Cardiologia	1 (1,9%)
Terapia Intensiva	1 (1,9%)
Radiologia	1 (1,9%)
Título em MFC pela SBMFC	
Sim	23 (45%)
Não	28 (54,9%)
Mestrado	
Concluído	12 (23,5%)
Em Andamento	8 (15,6%)
Sem mestrado	31 (60,7%)
Doutorado	
Concluído	1 (1,9%)
Em Andamento	1 (1,9%)
Sem doutorado	49 (96%)

Fonte: Pires Filho, 2024

Tabela 3 - Distribuição das variáveis relacionadas à atuação na APS, relação com o CBCMFC e atuação em Rotinas em Saúde da Mulher dos médicos da Atenção Primária de Saúde do município de Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N=51)

Atuação na APS	Resultado
Tempo de Atuação	
Média (Desvio-padrão) em anos	8,9 (5,6)
Preceptora Alunos e/ou Residentes	
Sim	30 (58,8%)
Não	21 (41,1%)
Horas de Trabalho Semanais	
20	2 (3,9%)
32	1 (1,9%)
40	31 (60,7%)
44+	17 (33,3%)
Plantão	
Sim	16 (31,3%)
Não	35 (68,6%)
Atuação Fora da APS	
Saúde Suplementar	14 (27,4%)
Saúde Particular	14 (27,4%)
Saúde Prisional	1 (1,9%)
Unidades Moveis	2 (3,9%)
CBCMFC e Rotina em Saúde da mulher	
Conhece o CBCMFC	44 (86,2%)
Teve a formação em MFC orientada pelo CBCMFC	23 (45%)
Maneja consultas de Rotina de Saúde da Mulher	48 (94,1%)
Maneja Planejamento Familiar e Contracepção de Emergência	48 (94,1%)

Fonte: Pires Filho, 2024.

Todos os profissionais referiram realizar rastreio de Câncer de Mama de acordo com alguma diretriz clínica e consideraram particularidades do gênero no desenvolvimento do processo saúde-adoecimento. Quanto ao atendimento

ginecológico e rastreio de Câncer de Colo uterino, 49 (96%) realizavam exame pélvico, incluindo coleta de colpocitologia. Entretanto, 3 (5,8%) dos profissionais não avaliam o resultado da colpocitologia, embora 2 destes realizem a coleta e avaliação ginecológica. Apenas um (1,9%) avalia o resultado sem ter realizado a coleta. A maioria dos profissionais, 34 (66,6%), foi treinado na cauterização de verrugas genitais, e apenas um dos profissionais treinados neste procedimento não o realiza. Apenas um dos entrevistados realiza ultrassonografia (1,9%), e nenhum deles realiza colposcopia.

A maioria dos profissionais, 50 (98%), referiram conduzir pré-natais de risco habitual, e 26 (50,9%) referiram não realizar o seguimento de pré-natal de alto risco, embora 5 (9,8%) destes tenham afirmado manejar situações clínicas em gestantes relacionadas à diabetes gestacional. (Figura 1) No total, 45 (88,2%) profissionais referiram manejar tais situações e todos os profissionais referiram orientar as mulheres sobre momento e local de referência para assistência obstétrica de urgência ou ao trabalho de parto, tanto como sobre riscos de situações teratogênicas. Todos os profissionais referiram manejar os principais problemas do puerpério e a maioria referiu estimular o envolvimento do pai no acompanhamento do pré-natal.

A abordagem e a problematização das expectativas da mãe e do pai em relação ao bebê foi referida por todos os entrevistados, embora um (1,9%) profissional tenha referido não manejar as intercorrências mais frequentes e relevantes na gestação, por não realizar atendimento a gestantes. A maioria dos profissionais, 41 (80,3%), referiram fornecer assistência ao parto vaginal em situações de urgência, e 24 (47%) manejam o atendimento em emergências gestacionais, como eclampsia, cetoacidose diabética e descolamento de placenta. Apenas 7 (13,7%) referiram dar assistência ao parto vaginal em ambiente hospitalar ou domiciliar e nenhum dos profissionais realiza cesariana em situação de urgência. Dois (3,9%) dos profissionais referiram que não identificam e manejam situações de violência contra a mulher e outras situações de risco e vulnerabilidade, embora um deles realize consultas de rotina de Saúde da Mulher. (Tabela 4)

Tabela 4 - Distribuição das variáveis relacionadas a temas específicos em Saúde da Mulher dos médicos da Atenção Primária de Saúde do município de Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N=51)

Temas Específicos em Saúde da Mulher	Resultado
Atenção à Saúde da Mulher	
Realiza rastreio de câncer de Mama	51 (100%)
Considera o gênero no processo Saúde-Doença	51 (100%)
Realiza exame ginecológico (incluindo colpocitologia)	49 (96%)
Avalia colpocitologia	48 (94,1%)
Treinado para cauterizar verrugas genitais	34 (66,6%)
Cauteriza verrugas genitais	33 (64,7%)
Realiza colposcopia	0 (0%)
Realiza ultrassonografia	1 (1,9%)
Inserir DIU	25 (49%)
Inserir Implante Subcutâneo	26 (50,9%)
Atenção ao ciclo gravídico-puerperal	
Maneja pré-natal de risco habitual	50 (98%)
Maneja pré-natal de alto risco	25 (49%)
Maneja diabetes gestacional	45 (88,2%)
Orienta momento e local de referência para assistência obstétrica de urgência ou ao trabalho de parto	51 (100%)
Maneja principais problemas do puerpério	51 (100%)
Orienta riscos de situações teratogênicas	51 (100%)
Estimula o envolvimento do pai no acompanhamento do pré-natal	47 (92,1%)
Aborda e problematiza as expectativas em relação ao bebê	51 (100%)
Maneja as intercorrências mais frequentes e relevantes na gestação	50 (98%)
Dá assistência à parto vaginal, em situação de urgência	41 (80,3%)
Maneja emergências na gestação	24 (47%)
Realiza parto vaginal hospitalar ou domiciliar	7 (13,7%)
Realiza cesariana de urgência	0 (0%)
Identifica e maneja situações de violência contra a mulher	49 (96%)

Fonte: Pires Filho, 2024

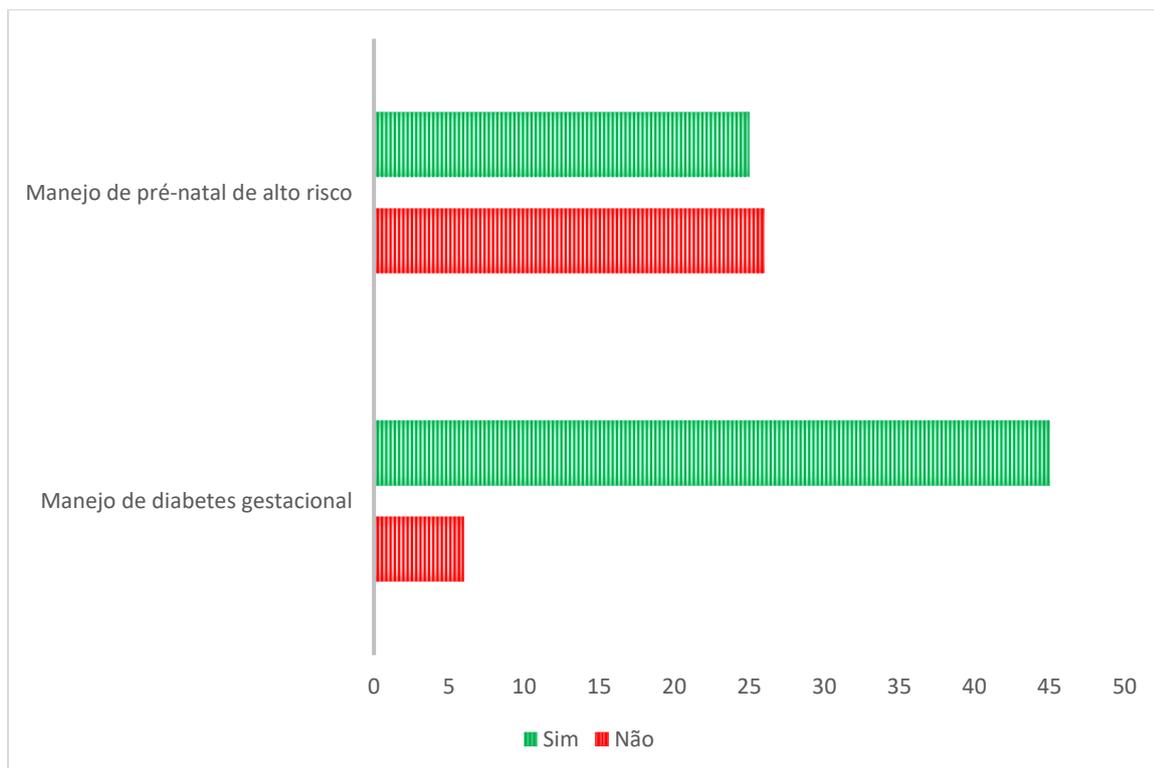


Figura 1 – Número de médicos entrevistados que manejam de Pré-natal de Alto Risco e Diabetes Gestacional na Atenção Primária de Saúde do município de Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N=51)

Fonte: Pires Filho, 2024

Enquanto 38 (74,5%) profissionais foram treinados na inserção de dispositivo intrauterino (DIU), 28 (54,9%) referiram sentir-se capazes de fazê-lo, e 25 (49%) de fato inserem na sua unidade. A retirada de DIU é realizada na prática diária de 47 (92,1%) dos profissionais enquanto 42 (82,3%) afirmaram manejar as intercorrências associadas ao uso do DIU, sendo que 8 (15,6%) profissionais referiram preferir encaminhar estes eventos para condução com um especialista na atenção secundária. Os profissionais que não receberam treinamento não realizam a inserção de DIU. Foram considerados treinamentos realizados durante a graduação, pós-graduação ou cursos específicos voltados a estes métodos contraceptivos. (Figura 2)

Os 28 (54,9%) profissionais que referiram ter treinamento na inserção do Implante subdérmico, afirmaram sentir-se capazes de inserir o implante. Contudo, 26 (50,9%) dos profissionais de fato realizam a inserção na sua prática e 28 (54,9%) realizam a retirada do implante se necessário. Apenas 2 (3,9%) profissionais referiram não realizar a inserção, entretanto praticam a retirada. Sobre as intercorrências no uso do implante, 37 (72,5%) dos profissionais afirmaram manejar estes casos,

enquanto 10 (19,6%) encaminham estes eventos para condução por especialista na atenção secundária. (Figura 2).

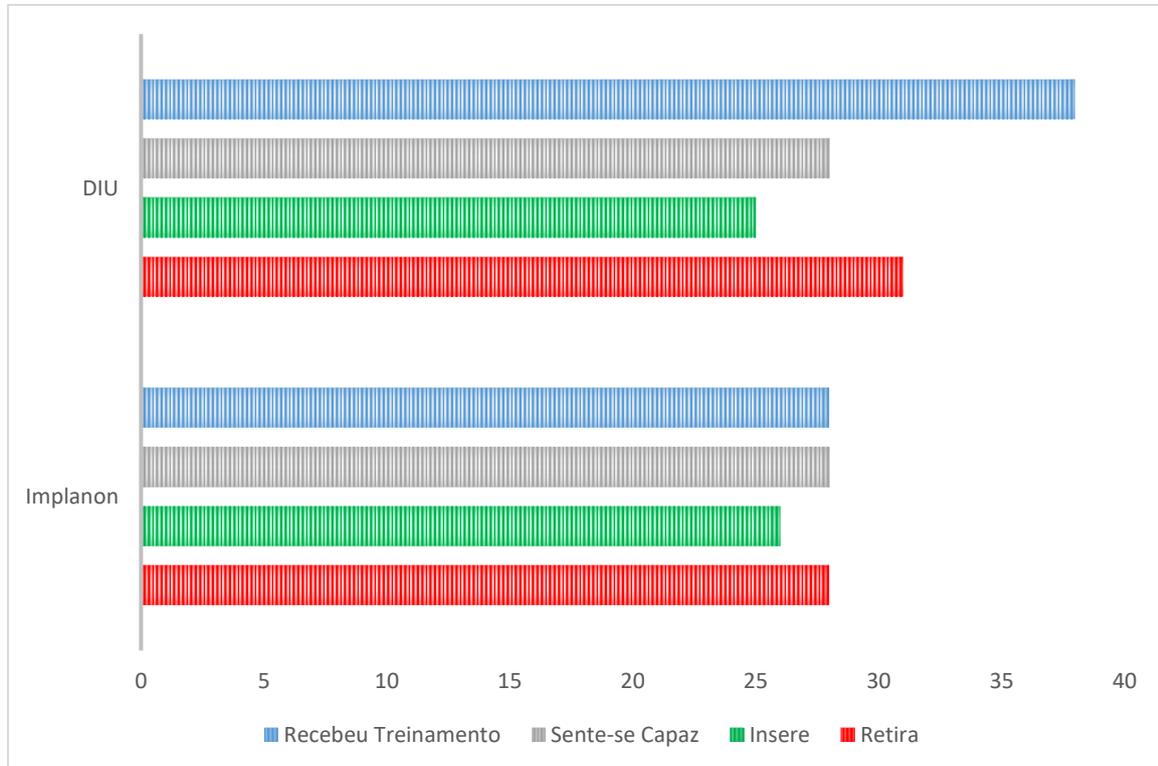


Figura 2 – Distribuição absoluta das variáveis relacionadas ao manejo de DIU e Implante Subcutâneo (Implanon®) dos médicos da Atenção Primária de Saúde do município de Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N=51)

Fonte: Pires Filho, 2024

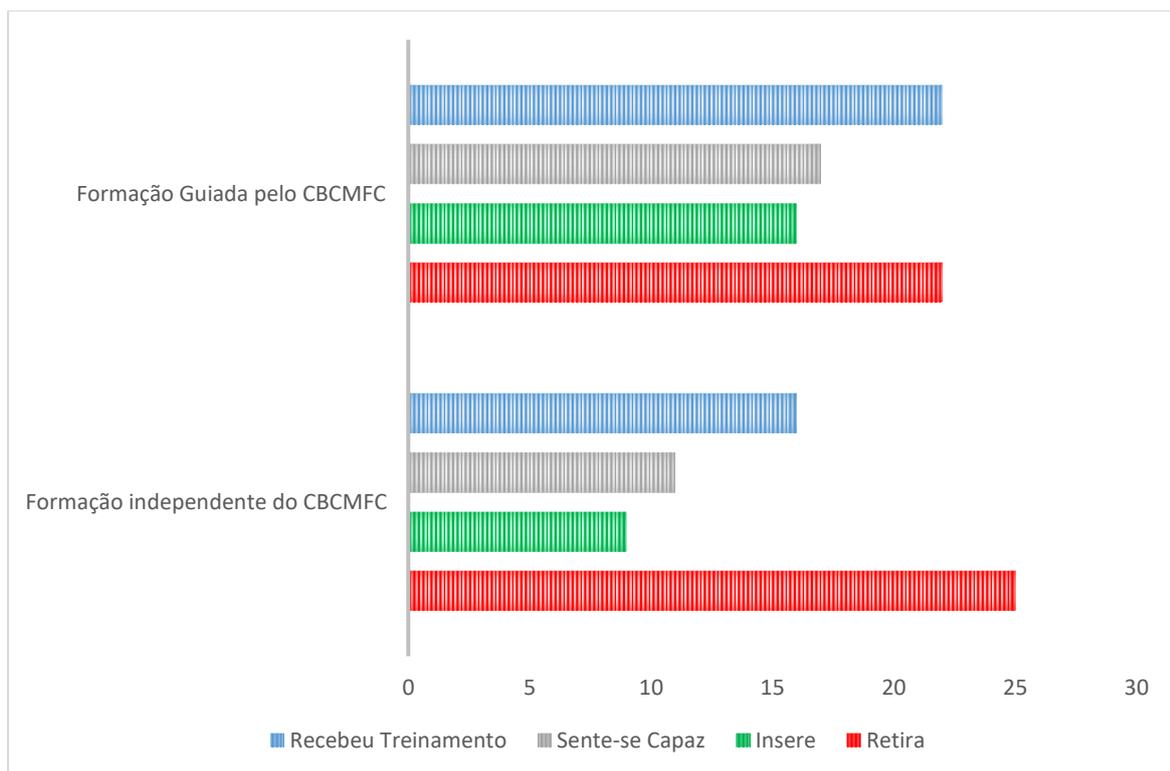


Figura 3 – Comparação entre o grupo de médicos com formação guiada pelo CBCMFC e o grupo com outra formação (independente do CBCMFC) - considerando aspectos relacionados ao Dispositivo Intrauterino, em números absolutos.

Teste Exato de Fisher $p > 0,05$

Fonte: Pires Filho, 2024

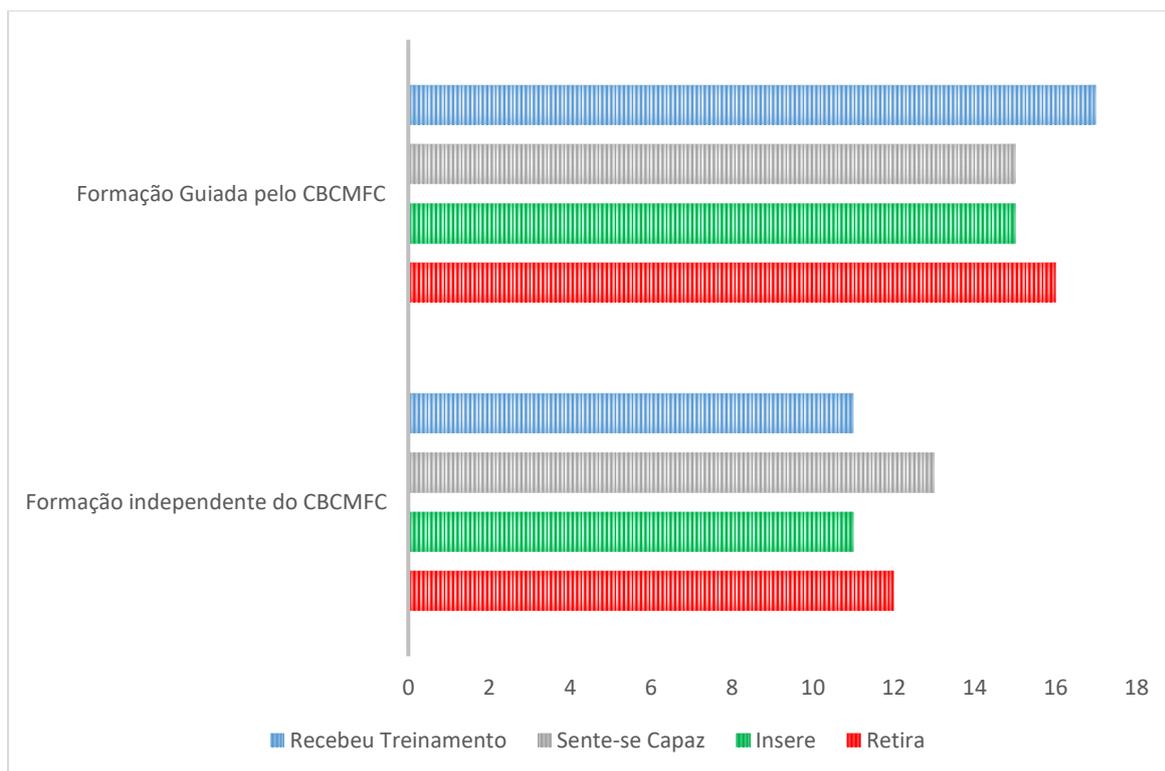


Figura 4 – Comparação entre o grupo de médicos com formação guiada pelo CBCMFC e o grupo com outra formação (independente do CBCMFC) – considerando aspectos relacionados ao implante subdérmico, em números absolutos.

Teste Exato de Fisher $p > 0,05$

Fonte: Pires Filho, 2024

Quando foi comparado o grupo de médicos com formação guiada pelo CBCMFC e os demais médicos, que não tiveram a formação guiada pelo CBCMFC, não foi encontrada diferença estatística entre os grupos, para fins do manejo dos métodos contraceptivos de longa duração. (Figuras 3 e 4). De todos os profissionais, 20 (39,2%) referiram dominar todos os aspectos relacionados ao manejo de ambos os métodos contraceptivos de longa duração.

Encontramos 14 (27,4%) profissionais que referiram realizar todos os aspectos relacionados ao seguimento pré-natal, incluindo o manejo de gestações de risco habitual, alto risco, situações associadas ao diabetes gestacional, emergências gestacionais e assistência ao parto em situações de urgência.

Por fim, observamos a proporção dos médicos por tempo de graduação em relação ao domínio dos componentes essenciais dos itens **2.2.3 – Atenção à Saúde da Mulher** e **2.2.6 – Atenção ao ciclo gravídico-puerperal**. Utilizamos como corte para esta distribuição o tempo de graduação de 3 anos no momento da entrevista.

Apenas 9 profissionais apresentavam tempo de graduação de 3 anos ou menos. Quanto aos domínios essenciais do CBCMFC relacionado à Saúde da mulher, não houve diferença entre os médicos quanto ao tempo de formação (Figura 5)

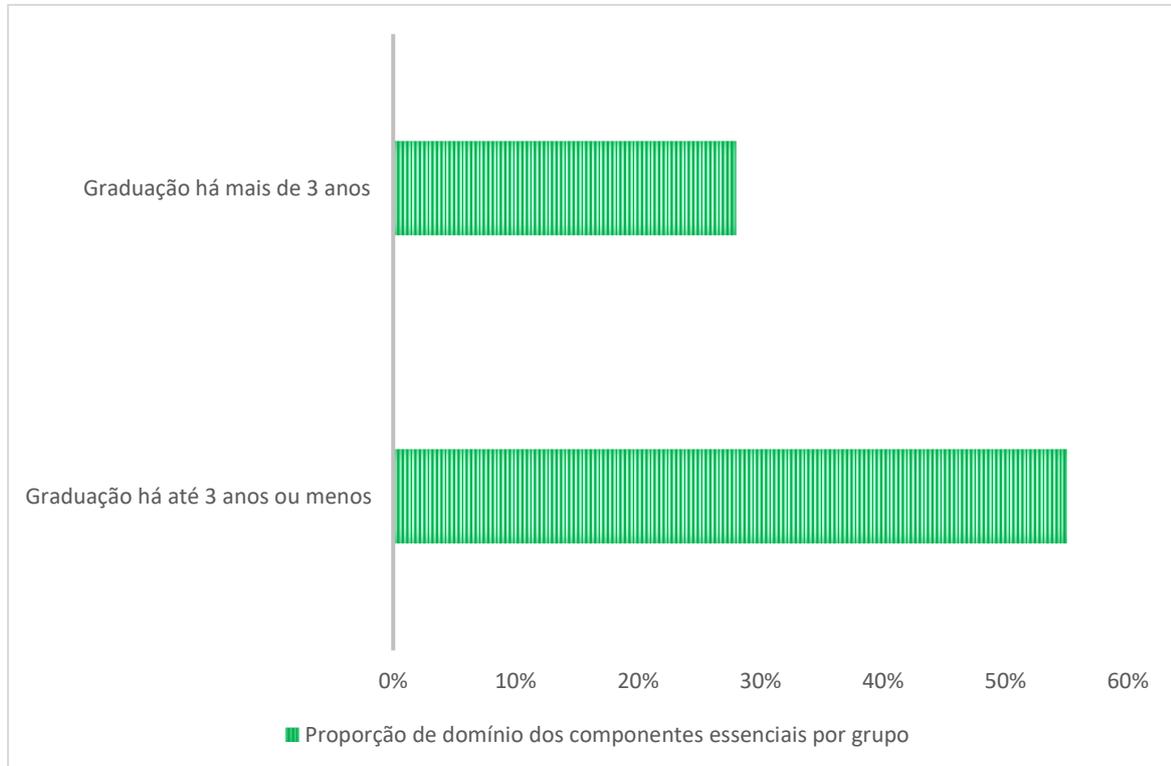


Figura 5 – Tempo de graduação e proporção de médicos que exercem os domínios dos componentes essenciais do CBCMFC. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil

Teste Exato de Fisher $p > 0,05$

Fonte: Pires Filho, 2024

7. DISCUSSÃO

Os médicos atuantes na APS de Ribeirão Preto oferecem a atenção necessária em relação às rotinas de saúde, planejamento reprodutivo e seguimento pré-natal de risco habitual, aspectos essenciais da coordenação de cuidado em Saúde da Mulher, destacadas no CBCMFC. No entanto, o manejo do pré-natal de alto risco é exercido por metade dos profissionais.

Proporcionalmente, os profissionais com menor tempo de formação aparentaram possuir o maior domínio dos componentes essenciais do CBCMFC. Esse resultado contrasta com aqueles encontrados por Melo VH et al⁶, que demonstrou que os profissionais formados há 3 anos ou menos ofereceram menor domínio de aspectos do cuidado em Saúde da Mulher, embora o número de entrevistados deste estudo não tenha permitido atingir uma conclusão com significado estatístico.

Os profissionais médicos que atuam na APS em Ribeirão Preto – SP são em sua maioria mulheres brancas (54,9%) com Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (75%), um perfil diferenciado e capacitado para assistência à população. A ausência de profissionais negros ou indígenas evidencia a formação elitista e desigual da categoria médica, cujo fator de mobilidade social brasileiro não é frequentemente explorado na literatura médica. Isso pode levar a maiores possibilidades de um cuidado inadequado, quando não racista, ser ofertado à população. As particularidades da população negra ou indígena podem não ser levadas em consideração no processo saúde-doença, trazendo prejuízo na coordenação do cuidado mesmo em um ambiente que busca integralização e humanização em saúde, como a APS.²²

Ribeirão Preto apresenta alto IDH e constitui referência na assistência à saúde da região noroeste do estado¹⁸, contudo tem altas taxas de gestação não planejada (53,5%), piores em classes sociais mais baixas, especialmente nos extremos de idade, adolescentes e mulheres com mais de 40 anos¹⁹. Estes dados mostram falhas no planejamento reprodutivo e no acesso aos serviços de saúde, impactando negativamente a qualidade da cobertura em Saúde da Mulher.²³

Apesar do seu alto IDH e infraestrutura da cidade, apenas 22% da população recebe cobertura adequada pela ESF em Ribeirão Preto.²⁴ Atualmente, há o planejamento de ampliar esta cobertura para 40% da população até 2025, através do

aumento da quantidade de vagas para profissionais médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e cirurgiões dentistas.²¹

Na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, chama a atenção o fato de que embora todos os profissionais realizem o seguimento pré-natal de risco habitual, menos da metade realiza o seguimento de alto risco, embora, paradoxalmente, 93% refiram conduzir casos de diabetes gestacional, uma condição atrelada ao pré-natal de alto risco. Este fato traz à tona possíveis discrepâncias quanto ao que os profissionais consideram ser um pré-natal de alto risco. Tal fato traz preocupação, considerando que a APS constitui a principal porta de entrada ao SUS e é o nível de atenção que deveria ter o acesso mais facilitado. Uma restrição a este acesso a nível primário tem o potencial de gerar demanda reprimida em cuidados pré-natais de alto risco a nível secundário e terciário, dificultando a coordenação de cuidado e propiciando maior morbimortalidade materna e fetal.²⁵ A maior proximidade dos profissionais com o manejo da Diabetes Gestacional, embora não possa ser atribuída a um fator isolado, pode ter sido influenciada pelo planejamento e participação ativa do CAISM nos treinamentos e processos de educação continuada, e por terem disponibilizado materiais de referência para o seguimento desta comorbidade no cenário da APS.²⁶

Quando comparamos a formação destes profissionais, notamos que o direcionamento do CBCMFC não resultou em achados estatisticamente significativos, embora o tempo de atividade na APS, assim como a experiência e o tempo de formação pode influenciar neste resultado. É possível que com uma amostragem maior de entrevistados, os resultados possam ser diferentes.

Dentre as estratégias para redução de morbimortalidade materna e neonatal encontram-se a assistência pré-natal, assistência ao parto adequado e contracepção para planejamento reprodutivo. Mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica tendem a apresentar maior probabilidade de gestações não planejadas, fator associado a maior risco de complicações gestacionais, portanto a deficiência específica no seguimento pré-natal de alto risco dentro do alcance da APS é preocupante.^{19,27,28} Nota-se que o tema do aborto é abordado de maneira pontual, mesmo nos componentes do CBCMFC, fazendo parte do item desejável: *Manejo atendimento em emergências na gestação (Eclampsia, cetoacidose diabética, abortamento e descolamento de placenta)*, do componente 2.2.6 do currículo. Convém esperar que versões futuras e revisadas do currículo discorram de forma

mais ampla sobre este aspecto essencial e frequente no manejo do seguimento obstétrico da APS.⁵

Na atenção ao planejamento reprodutivo, pouco mais da metade dos profissionais realiza a inserção do Implante Subdérmico, e uma proporção ainda menor realiza a inserção de DIU na população. Entretanto, a proporção de profissionais que retira ambos os métodos é bem mais significativa, com 92,1% para o DIU e 52,9% para o implante, sendo este último dado peculiar pois a remoção do implante é, em geral, mais difícil e onerosa do que a sua inserção. Tal proporção traz preocupações quanto à adequada oferta de planejamento reprodutivo no cenário da APS, pois pode ser mais fácil para uma mulher ter seu método contraceptivo de longa duração removido do que renovado quando de seu vencimento. Ter profissionais capacitados em retirar o implante subdérmico pode ser desafiador, e em alguns países esse cuidado requer busca de diversos serviços especializados fora da APS. A experiência das mulheres com essa dificuldade traz transtornos e diferentes percepções quanto a satisfação e taxa de continuidade do método.^{29,30}

Este cenário tem potencial de aumentar a demanda por seguimento pré-natal de início tardio por gestações não planejadas. Por consequência, pode aumentar as intercorrências gestacionais e influenciar negativamente a morbimortalidade materna, além de onerar todos os níveis da assistência.^{19,23,25} Nesta temática, o comparativo da formação dos profissionais também trouxe a impressão de que a oferta do manejo completo dos métodos contraceptivos de longa duração ocorre quando os profissionais têm o CBCMFC como norteador da sua pós-graduação (Figuras 3 e 4), embora não tenhamos encontrado significância estatística. Mais dados neste campo seriam necessários para aprofundar este entendimento.

Os aspectos da formação destes profissionais e seu contato com o CBCMFC pareceram ter pouca influência nos demais componentes do seguimento em saúde da mulher, sendo que a maioria deles considera particularidades do gênero no processo saúde-doença, realiza atendimentos em rotina ginecológica e realiza alguma forma de rotina de rastreamento de CA de colo de útero. Além disso, todos afirmaram rastrear CA de mama de acordo com algum protocolo ou linha-guia.

Chama a atenção que a maioria dos profissionais entrevistados atua como preceptor no ensino médico, mesmo sem pós-graduação stricto sensu. Deste grupo, menos da metade teve a formação guiada pelo CBCMFC, embora a maioria conheça este currículo como norteador do ensino em MFC. Não foi possível, determinar se

esta aproximação do CBCMFC influencia de alguma forma a atuação como preceptores dos profissionais entrevistados, embora ele contenha dois componentes que abordam ensino e pesquisa na prática médica: *1.2.7 - Educação Permanente e 1.2.8 - Habilidades frente a pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência*.⁵ Estima-se que profissionais cuja formação tenha sido guiada pelo CBCMFC tenham atingido os níveis pelo menos desejáveis destes componentes, que incluem a habilidade de ministrar aulas para graduação sobre Medicina de Família e Comunidade e Atenção Primária à Saúde, além do desenvolvimento de pesquisas neste campo. Até o momento, não foram encontrados dados sobre os efeitos formadores do CBCMFC sobre as capacidades dos profissionais como docentes, pesquisadores e preceptores.

Outro ponto de destaque nos dados encontrados foi que menos da metade dos profissionais entrevistados possui título de MFC pela SBMFC, e 31% possuíam residência em MFC e titulação. Os pré-requisitos para a obtenção deste título são relativamente mais acessíveis, quando comparados com os de outras especialidades, como Dermatologia ou Ginecologia.^{31,32,33} Ainda assim o Brasil conta com menos profissionais titulados em MFC do que outras áreas médicas de acesso direto que atuam na APS, como Clínica Médica e Pediatria, o que restringe a oferta de força de trabalho especialista e limita ainda mais a exigência do título como fator de empregabilidade.³⁴

Pontualmente, notamos que três profissionais não conduziam integralmente o seguimento de rotina em saúde da mulher, sendo que um deles não atendia mulheres em seu serviço, e dos demais, um realizava exame ginecológico e coletava colpocitologia, mas não conduzia contracepção eletiva ou de emergência, e o último manejava a contracepção farmacológica oral, mas não realizava qualquer exame ou procedimento, incluindo colpocitologia. Dada a natureza objetiva das entrevistas, o racional por trás destes hábitos de trabalho não foi esclarecido, mas estima-se situações em que isso possa ocorrer sem prejuízos significativos à saúde das mulheres, como na realização concomitante do seguimento de rotina pela equipe de enfermagem ou por outros profissionais médicos no mesmo local de trabalho.

Uma das limitações do presente estudo foi a característica auto avaliativa da maioria das questões relativas ao CBCMFC, em que os profissionais puderam responder, conforme seu próprio entendimento pessoal, se cumpriam ou não com os protocolos mais recentes de rastreio, coordenação de cuidado e atendimento à Saúde

da Mulher. Isso traz um viés de Autoconveniência, onde um processo cognitivo ou perceptivo pode ser distorcido pela necessidade de manter um determinado nível de autoestima, percebendo a si mesmo dentro deste processo de uma maneira favorável. Mas como não há na literatura estudos comparáveis para a avaliação do CBCMFC, pode-se iniciar uma proposta de avaliação técnica dos profissionais que atuam na APS. Não foram avaliados efetivamente os conhecimentos e habilidades dos profissionais de forma objetiva nem suas habilidades na prática e contexto local do atendimento, o que poderia trazer resultados diferentes, mas tal aproximação não fazia parte da exploração deste estudo.

A pequena amostra entrevistada é outra limitação. Mesmo que equivalente ao número de USFs em Ribeirão Preto, não foi possível abordar todos os profissionais que atuam na APS devido a dificuldades de tempo e acesso aos profissionais pelos entrevistadores. Com essa amostra não foi possível realizar uma avaliação estatística robusta sobre os efeitos da formação guiada pelo CBCMFC na atuação em Saúde da Mulher, e estima-se que os resultados poderiam ser diferentes se aplicados a um maior número de profissionais. Espera-se que a distribuição dos profissionais entrevistados por todas as regiões da cidade atenuem esta limitação de alguma forma.

8. CONCLUSÕES

Conclui-se que os médicos atuantes na APS de Ribeirão Preto referiram possuir domínio sobre os aspectos essenciais da coordenação de cuidado em Saúde da Mulher. Os profissionais ofertam as rotinas essenciais de saúde, o planejamento reprodutivo e o seguimento pré-natal de risco habitual, com exceção do seguimento em pré-natal de alto risco, manejado por apenas metade dos profissionais.

Enquanto ferramenta norteadora da formação médica, o CBCMFC não parece exercer influência significativa na oferta de cuidados em Saúde da Mulher, principalmente nas áreas de planejamento reprodutivo e seguimento pré-natal.

8.1 Implicações à prática

Considerando-se os resultados desta pesquisa, nota-se uma necessidade de ampliar a capacitação médica em pré-natal de alto risco, já que os cuidados desta população são realizados na APS até que sejam referenciados à atenção secundária. Também se observa superficialidade na abordagem do tema de abortamento na APS dentro do currículo. Talvez este tema possa ser ampliado e aprofundado em revisões futuras do CBCMFC. O manejo do implante contraceptivo seria interessante para versões futuras do currículo dado o aumento da utilização no país e em diversos cenários da APS.

Como propostas para o futuro, visualiza-se a necessidade de aprofundamento no entendimento de como o CBCMFC influencia a formação profissional dos Médicos de Família e Comunidade, através de avaliações objetivas capazes de mitigar vieses na obtenção de dados e comparar estes cuidados efetivamente com a oferta de assistência médica às mulheres. Outra possibilidade seria avaliar o domínio sobre outras competências do CBCMFC, como Saúde da Criança, Saúde do Idoso ou Saúde Mental, dada a crescente importância destas áreas no cenário do planejamento de políticas públicas de saúde.

9. REFERÊNCIAS

1. Matta CM, Morosini MVG. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [internet]. **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. [acesso em 19/10/2020]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>
2. Sampaio LFR et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 20-41.
3. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**, Brasília, DF. 2004
4. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Assistência Integral a Saude da Mulher** [internet]. 2020. [Acesso em: 10/10/2020] Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/programa-saude-da-mulher>.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Brasil, 2015.
6. Melo VH et al. **Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres**. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):3-12.
7. Anderson MIP et al. **Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade**. Rev Bras Med Fam e Com. V.3, nº11, out/dez 2007, p180-198. Rio de Janeiro, 2007.
8. Gonçalves DP et al. **Análise do desempenho das Residências Médicas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família segundo os indicadores do PMAQ-AB das equipes da Atenção Primária**. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1879.
9. Ribeiro LP et al. **PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM UMA ÁREA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIBEIRÃO PRETO** Revista APS, v.7, n.2, p.91-95, jul./dez. 2004
10. Giugliani C et al. **O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde**. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1791.

11. Leão, C. D. A., & Caldeira, A. P. (2011). **Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4415-4423.
12. Cândido Araújo, B et al. (2020). **Aspectos avaliativos do desenvolvimento infantil na atenção básica: uma revisão integrativa.** *Archives of Health Sciences*, 27(1), 56–60
13. Nobrega DM, Bezerra ALD e Sousa MNA. **CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** *C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista*, v.8, n.2, p.141-157, jul./dez. 2015
14. Göl İ, Erkin Ö. **Knowledge and practices of primary care providers on skin cancer and skin self-examination.** *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03359.
15. Viana FO et al. **Primary Health Care professionals' knowledge about initial burn care.** *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20180941.
16. Kvach E et al. **Evaluation of Resident and Faculty Performance in Routinely Addressing Unmet Reproductive Health Needs in a Teaching Health Center.** *Fam Med*. 2018;50(4):291-5.
17. Borém LMA et al. **O conhecimento dos médicos da atenção primária à saúde e da urgência sobre os exames de imagem.** *Radiol Bras*. 2013 Nov/Dez;46(6):341–345.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ribeirão Preto, Censo de 2020** [internet]. [Acesso em 23 de outubro de 2020.] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/ribeirao-preto.html>
19. Vieira CS et al. **Sociodemographic factors and prenatal care behaviors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian birth cohort study.** *Int J Gynaecol Obstet*. 2020 Nov;151(2):237-243. doi: 10.1002/ijgo.13305. Epub 2020 Aug 11. PMID: 32652559
20. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, CREMESP. **Demografia Médica** [internet] 2012. [Acesso em 30 de julho de 2022] Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1544#:~:text=A%20Regional%20de%20Ribeir%C3%A3o%20Preto,mil%20habitantes%2C%203%2C17.>
21. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto 2022-2025** [internet]. 2021. [Acesso

- em 30 de julho de 2023.] Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude171202306.pdf>.
22. DRAUZIO. **Onde estão os médicos negros?** [internet]. Out 2021. [Acesso em 04 de setembro de 2023] Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/onde-estao-os-medicos-negros/>.
23. Andrade MS et al. **Severe maternal morbidity in public hospitals in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil.** Cad Saude Publica. 2020;36(7):e00096419. doi: 10.1590/0102-311x00096419. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32696827
24. Instituto Ribeirão 2030. **Um dos pilares da prevenção, Estratégia Saúde da Família abrange apenas 22% da população de Ribeirão Preto. Fila de espera por exames e consultas passa de dois anos** [internet] 2019. [Acesso em 23 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.ribeirao2030.com.br/ods3/>
25. Calderon I de MP, Cecatti JG, Vega CEP. **Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna.** Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2006 May; 28(5):310–5.
26. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Secretaria Municipal de Saúde. **FLUXOGRAMA GERAL: DIABETES NA GESTAÇÃO** [internet] 2022. Coordenadoria da Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) [Acesso em 08 de julho de 2023] Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude815202209.pdf>
27. Ticona DM, Huanco D, Ticona-Rendón MB. **Impact of unplanned pregnancy on neonatal outcomes: findings of new high-risk newborns in Peru.** Int Health. 2023 Mar 21:ihad018. doi: 10.1093/inthealth/ihad018. Epub ahead of print. PMID: 36942842.
28. McKeating A, et al. **A longitudinal study of unplanned pregnancy in a maternity hospital setting.** Int J Gynaecol Obstet. 2015 Feb;128(2):106-9. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.08.012. Epub 2014 Oct 2. PMID: 25444614.
29. Howett R et al. **Experiences of Accessing and Providing Contraceptive Implant Removal Services in Gaborone, Botswana: A Qualitative Study Among Implant Users and Healthcare Providers.** Front Glob Womens Health. 2021 Jun 25;2:684694. doi: 10.3389/fgwh.2021.684694. PMID:

34816231; PMCID: PMC8593984.

30. D Pillay et al. **User perspectives on Implanon NXT in South Africa: A survey of 12 public-sector facilities.** South African Medical Journal 2017;107(10):815-821. DOI:[10.7196/SAMJ.2017.v107i10.12833](https://doi.org/10.7196/SAMJ.2017.v107i10.12833)
31. Sociedade Brasileira De Medicina De Família E Comunidade (SBMFC) **Edital Do Exame De Suficiência Para A Trigésima Terceira Edição Do Concurso Para Obtenção De Título De Especialista Em Medicina De Família E Comunidade – TEMFC 33.** [internet]. 2023 [Acesso em 02 de setembro de 2023]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1ub4wqXANJH7FVeZkE31axaWTksfF2l_A/view?usp=sharing.
32. Sociedade Brasileira De Dermatologia (SBD). **Edital Do 52º Exame Para Obtenção Do Título De Especialista Em Dermatologia.** [internet] 2017. [acesso em 02 de setembro de 2023] Disponível em: <https://www.sbd.org.br/mm/cms/2017/12/20/ted2018edital.pdf>
33. Federação Brasileira Das Associações De Ginecologia E Obstetrícia (FEBRASGO). **Edital Do Exame De Suficiência Para Obtenção Do Título De Especialista Em Ginecologia E Obstetrícia. TEGO** [internet] 2023. [Acesso em 02 de setembro de 2023]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/2023/Edital-TEGO_2023.mkt.pdf.
34. SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023.** São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.

10. LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: **Conhecimento e aplicação de preceitos da Saúde da Mulher por Médicos da Atenção Primária de Ribeirão Preto – SP**

Pesquisadores Responsáveis:

Profa. Dra. Giordana Campos Braga e mestrando Luís Antônio Soares Pires Filho
(contato Tel. 16 3602-2050)

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“Conhecimento e aplicação de preceitos da Saúde da Mulher por Médicos da Atenção Primária de Ribeirão Preto - SP”**, que é de responsabilidade da profa. Dra. Giordana Campos Braga e do mestrando Luís Antônio Soares Pires Filho. Leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas e se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou optar por retirar sua autorização em qualquer momento. Caso aceite assinar este termo, você receberá uma via também assinada pelo pesquisador.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade ou saúde. Em caso de eventuais danos decorrentes desta pesquisa, garantimos o direito à indenização por agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, conforme as leis vigentes neste país.

Os objetivos desta pesquisa são conhecer o perfil dos médicos que atuam na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP e sua aplicação das competências previstas no Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade (CBCMFC), em específico na área de Atenção à Saúde da Mulher e derivados.

Você responderá a uma entrevista, por meio de questionário anônimo, baseado em itens do CBCMFC, sua formação, atuação, e aplicação dos componentes do CBCMFC escolhidos para esta pesquisa.

O questionário será aplicado em ambiente reservado e seu nome será mantido em sigilo. Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação pessoal será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. **Informamos que não haverá procedimento físico, invasivo e que a pesquisa não apresenta riscos para você.** O questionário poderá ser interrompido a qualquer momento tanto pelo pesquisador (a) quanto por você, se quiser, caso você se sinta desconfortável durante o questionário, não quiser responder alguma pergunta ou quiser interromper a sua participação. Como já esclarecido, sua participação é voluntária e, portanto, se o(a) senhor(a) não quiser participar ou desistir da participação, não sofrerá nenhum dano. Suas respostas serão compiladas e analisadas pelos pesquisadores e pedimos a autorização para que os

resultados sejam divulgados em revistas e eventos científicos. O questionário conta com 52 questões, e estima-se um tempo de resposta inferior a 10 minutos.

Na primeira página, há descrito o nome dos pesquisadores responsáveis e como encontrá-los, assim, você pode recorrer em caso de maiores dúvidas sobre a pesquisa. Você também encontrará o contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que é o órgão responsável por garantir que todos os projetos de pesquisa respeitem o bem-estar de todos os voluntários da pesquisa. Qualquer dúvida ética que você tiver em relação a este projeto, poderá contatar o CEP no telefone e/ou endereço descritos na primeira página.

Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que estão sendo feitas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto está localizado no Subsolo do Hospital e funciona das 8:00 às 17:00. O telefone de contato é o (16) 3602-2228.

Após ter lido o documento, esclarecido as dúvidas, caso concorde em participar do estudo, por favor escrever seu nome, assinar e datar este documento em duas vias, rubricando todas as páginas.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

NOME DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:

DATA: _____

NOME DO PESQUISADOR:

ASSINATURA DO PESQUISADOR:

DATA: _____

APÊNDICE B

Entrevista Estruturada

Conhecimento e aplicação de preceitos da Saúde da Mulher por Médicos da Atenção Primária de Ribeirão Preto – SP

- 1 – Sua idade: _____
- 2 – Em que estado você nasceu? _____
- 3 – Seu gênero: () feminino () masculino
- 4 – Sua cor de pele: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena
- 5 – Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Vivendo em União
- 6 – Tem filhos/quantos: () sim () não
7. Quantos filhos ? () não tenho () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou +
- 8 – Ano de conclusão da graduação em Medicina: _____
- 9 – Graduação: () Pública () Privada
- 10 – Tem Residência Médica em MFC (RMMFC)? () Sim () Não
- 11 – Ano de conclusão da RMMFC: _____
- 12 – Possui Título em MFC?: () Sim () Não
- 13 – Ano de obtenção do Título: _____
- 14 – Possui outra especialidade médica? () Sim () Não
Qual: _____
- 15 – Você possui mestrado?
() Sim () Não () em andamento
16. Você possui doutorado?
() Sim () Não () em andamento
- 17 – Tempo de atuação na Atenção Primária, em anos: _____
- 18 – Preceptora alunos e/ou residentes? () Sim () Não
- 19 – Carga horária de trabalho semanal: _____
- 20 – Atende em plantão fora da APS: () Sim () Não
- 21 – Atende em um destes campos fora da APS: () penitenciária () Suplementar () Particular () Unidades Móveis () nenhum destes
- 22 – Conhece o Currículo Baseado em Competências da Sociedade de Medicina de Família e Comunidade (CBCMFC)?
() Sim () Não
- 23 - Sua formação em MFC foi guiada pelo CBCMFC?
() Sim () Não () Não se aplica
- 24 – Maneja sem dificuldades consultas de rotina de Saúde da Mulher na APS?
() Sim () Não () Não se aplica (não atendo Saúde da Mulher)
- 25 - Realiza consulta de planejamento familiar e anticoncepção de emergência quando necessário.
() Sim () Não () Não desejo responder
- 26 – Você fez treinamento para inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU)?
() Sim () Não () Não desejo responder
- 27- Você se sente capaz de inserir Dispositivo Intrauterino (DIU) na APS?
() Sim () Não () Não desejo responder
- 28- Você Insere Dispositivo Intrauterino (DIU) na APS?
() Sim () Não () Não desejo responder

29 – Você Retira DIU na APS?

Sim Não Não desejo responder

30 – Você fez treinamento para inserção de Implante Contraceptivo Subdérmico (Implanon) na APS?

Sim Não Não desejo responder

31 - Você se sente capaz de inserir Implante Contraceptivo Subdérmico (Implanon) na APS?

Sim Não Não desejo responder

32 - Você Insere Implante Contraceptivo Subdérmico (Implanon) na APS?

Sim Não Não desejo responder

33 –Retira Implante Contraceptivo Subdérmico (Implanon) na APS?

Sim Não Não desejo responder

34–Você maneja intercorrências associadas ao DIU?

Sim não encaminho para o especialista

35–Você maneja intercorrências associadas ao intercorrências associadas ao Implanon?

Sim Não encaminho para o especialista

36–Você avalia o resultado do exame de citologia oncótica (Papanicolau)?

Sim Não Não desejo responder

37-Realiza colpocitologia, exame ginecológico, avaliação do assoalho pélvico, avaliação das mamas e demais exames físicos?

Sim Não Não desejo responder

38-Considera particularidades do gênero no desenvolvimento do processo saúde-adoecimento?

Sim Não Não desejo responder

39–Realiza rastreio de Câncer de Mama de acordo com alguma diretriz clínica? (INCA/FEBRASGO)

Sim Não Não desejo responder

40–Você foi treinado para cauterizar verrugas genitais?

Sim Não Não desejo responder

41–Você cauteriza verrugas genitais na APS?

Sim Não Não desejo responder

42–Realiza ultrassonografia?

Sim Não Não desejo responder

43–Realiza colposcopia e biopsia de colo uterino quando indicado?

Sim Não Não desejo responder

44–Realiza pré-natal de risco habitual?

Sim Não Não desejo responder

45–Realiza pré-natal de alto risco?

Sim Não Não desejo responder

46-Maneja situações clínicas em gestantes relacionadas à diabetes gestacional?

Sim Não Não desejo responder

47-Orienta sobre momento e local de referência para assistência obstétrica de urgência ou ao trabalho de parto?

Sim Não Não desejo responder

48-Maneja principais problemas do puerpério?

Sim Não Não desejo responder

49-Orienta sobre riscos de situações teratogênicas (fármacos, agentes físicos, infecciosos e tóxicos)?

- Sim Não Não desejo responder
- 50-Estimula o envolvimento do pai no acompanhamento do pré-natal?
 Sim Não Não desejo responder
- 51-Aborda e problematiza as expectativas da mãe e do pai em relação ao bebê.
 Sim Não Não desejo responder
- 52-Maneja as intercorrências mais frequentes e relevantes na gestação?
 Sim Não, encaminho Não desejo responder
- 53-Dá assistência à parto vaginal, em situação de urgência?
 Sim Não Não desejo responder
- 54-Maneja atendimento em emergências na gestação (Eclampsia, cetoacidose diabética e descolamento de placenta)?
 Sim Não Não desejo responder
- 55-Dá assistência à parto vaginal em ambiente hospitalar ou domiciliar?
 Sim Não Não desejo responder
- 56-Realiza cesariana em situações de urgência?
 Sim Não Não desejo responder
- 57-Você identifica e maneja situações de violência contra a mulher e outras situações de risco e vulnerabilidade?
 Sim Não Não desejo responder

APÊNDICE C

Componente 2.2.3 Atenção à saúde da Mulher

Essencial

Maneja apropriadamente os problemas mais frequentes e relevantes na saúde da mulher.

Realiza procedimentos ginecológicos (vide área 2.1.19).

Identifica e maneja situações de violência contra a mulher e outras situações de risco e vulnerabilidade.

Realiza exame ginecológico, avaliação do assoalho pélvico, avaliação das mamas e demais exames físicos.

Considera particularidades do gênero no desenvolvimento do processo saúde-doença.

Faz rastreamento de câncer apropriadamente.

Avançado

Realiza ultrassonografia

2. Realiza colposcopia e biopsia de colo uterino quando indicado

Componente 2.2.6 Atenção ao ciclo gravídico-puerperal

Essencial

Realiza planejamento familiar e anticoncepção de emergência quando necessário.

Realiza pré-natal de baixo e médio risco.

Maneja pré-natal de alto risco em conjunto com outro especialista.

Maneja situações clínicas em gestantes relacionadas à diabetes gestacional.

Orienta sobre momento e local de referência para assistência obstétrica de urgência ou ao trabalho de parto.

Maneja principais problemas do puerpério.

Orienta sobre riscos de situações teratogênicas (fármacos, agentes físicos, infecciosos e tóxicos).

Estimula o envolvimento do pai no acompanhamento do pré-natal.

Aborda e problematiza as expectativas da mãe e do pai em relação ao bebê.

Realiza abordagem da sexualidade no período da gestação e puerpério.

Maneja as intercorrências mais frequentes e relevantes na gestação.

Dá assistência à parto vaginal em situação de urgência.

Desejável

Maneja atendimento em situações de emergência na gestação (Eclampsia, cetoacidose diabética, abortamento e descolamento de placenta).

Dá assistência à parto vaginal em ambiente hospitalar ou domiciliar.

Avançado

Realiza cesariana em situações de urgência.

Componente 2.1.19 Realização de procedimentos ambulatoriais

Essencial

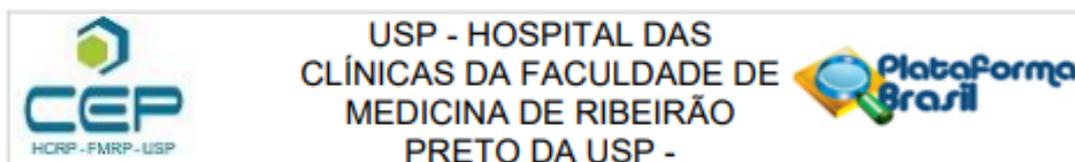
Inserir e retirar DIU.

Colhe e faz o preparo de exame de citologia oncológica (Papanicolau).

Faz cauterização química de verruga viral.

APÊNDICE D

Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento e aplicação de preceitos da Saúde da Mulher na Atenção Primária de Ribeirão Preto - SP

Pesquisador: Luís Antônio Soares Pires Filho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52257321.2.0000.5440

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.276.752

Apresentação do Projeto:

Um dos maiores campos de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) é na atenção integral à Saúde da Mulher, oferecendo medidas resolutivas na prevenção e cura dos diversos agravos relacionados à esta população. Neste cenário, a ESF busca coordenar esforços com o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, (PAISM), criado em 1984 com o objetivo de sistematizar ações preventivas, diagnósticas, educativas e de tratamento, em todos os momentos de vida das mulheres. Em Ribeirão Preto, o PAISM, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, organiza e orienta protocolos e fluxos de atendimentos em Atenção à Saúde da Mulher, oferecendo diretrizes quanto a Atenção a Métodos Contraceptivos, Climatério, Menopausa, Violência contra a Mulher, Planejamento Familiar, Pré-natal, Parto, Puerpério, Rastreamento de Câncer Ginecológico e Sexualidade Humana. Apesar da implementação objetiva de um protocolo Municipal que regulamenta a atuação médica quanto às necessidades de saúde da Mulher, o cuidado recebido por esta população pode variar significativamente dependendo do local onde o acesso à Atenção Primária ocorreu e quais os profissionais envolvidos. Estes profissionais são responsáveis por atender, orientar, solicitar e realizar exames, diagnosticar e tratar queixas ginecológicas, obstétricas e puerperais, além de prover assistência quanto à saúde reprodutiva. No entanto, é sabido que nem todos profissionais envolvidos apresentam o mesmo treinamento e a mesma abordagem nesta seara, o que pode comprometer a resolutividade dos serviços de Atenção

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 5.276.752

Primária nos cuidados à Saúde da Mulher. Considerando-se a existência de uma linha-guia no Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade (CBCMFC), é de se esperar que os profissionais apresentem diferentes domínios de competências em Atenção à Saúde da Mulher e seus derivados, o que pode influenciar sobremaneira os cuidados oferecidos à estas pacientes. Entender as habilidades dos médicos que fazem a assistência em Saúde da Mulher nas unidades de saúde é imprescindível para uma abordagem integral que promova efetivamente saúde sexual e reprodutiva.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Analisar o domínio de médicos de Família e Comunidade atuantes na atenção primária de Ribeirão Preto – SP sobre as competências previstas nos CBCMFC, em específico na área de Atenção à Saúde da Mulher.

Secundários: 1) Descrever as características sociodemográficas dos médicos que atuam na Atenção Primária em Ribeirão Preto - SP; 2) Descrever a prevalência dos diferentes domínios de acordo com grupos etários e por tempo de atuação na área de MFC e formação médica, formação complementar (Preceptoria, Mestrado e/ou Doutorado); 3) Descrever a prevalência do domínio das competências essenciais na área de Atenção à Saúde da Mulher do CBCMFC; 4) Descrever a prevalência do domínio das competências desejáveis e avançadas na área de Atenção à Saúde da Mulher do CBCMFC; 5) Descrever a prevalência do domínio das competências essenciais na área de Atenção ao Ciclo gravídico-puerperal do CBCMFC; 6) Descrever a prevalência do domínio das competências desejáveis e avançadas na área de Atenção ao Ciclo gravídico-puerperal do CBCMFC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, não há riscos significativos para o sujeito de pesquisa. No entanto, mencionam a possibilidade de perda de confidencialidade dos dados e o cuidado dos pesquisadores em codificar e identificar os sujeitos, de modo a manter o sigilo.

-

Benefícios do estudo: Não há benefício direto ao participar do estudo. No entanto, existem benefícios potenciais para a coletividade, à medida que informações obtidas possam vir a subsidiar medidas de promoção de Saúde da Mulher na atenção primária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo transversal descritivo, a ser realizado na cidade de Ribeirão Preto - SP, com médicos das Unidades de Saúde responsáveis pelo acesso à Atenção Primária. Utilizar-se-á um questionário, através de entrevista direta, para avaliar as características sociodemográficas,

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 5.276.752

profissionais e o domínio de competências específicas do Currículo Baseado em Competências da sociedade de Medicina de Família e Comunidade (CBCSMFC) dos médicos que atendem nas unidades de saúde do município. A amostra pretendida é de 50 médicos. Os participantes serão identificados por um identificador alfanumérico. Os arquivos digitais serão mantidos em um servidor protegido com senha, dentro do ambiente computacional da Universidade de São Paulo (Nuvem USP). Serão incluídos médicos com qualquer formação que atuem, integral ou parcialmente, na atenção primária à saúde no município de Ribeirão Preto – SP, seja na atenção pública, suplementar ou particular. Os médicos podem ou não possuir Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade ou titulação de Medicina de Família e Comunidade (MFC) pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), independentemente da idade e tempo de atuação. Serão excluídos profissionais residentes, profissionais do Programa Mais Médicos, médicos que atuem exclusivamente em saúde suplementar, particular, unidades móveis ou penitenciária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos devidamente apresentados

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa Versão 3 de 27/12/2021, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 3 de 27/12/2021, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 1733981.pdf	24/01/2022 20:17:36		Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 5.276.752

Outros	Carta_Correcao_CEP_luis.docx	24/01/2022 20:17:20	Luís Antônio Soares Pires Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLuisversaofinal271221.docx	27/12/2021 15:52:03	Luís Antônio Soares Pires Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEversaofinal271221.docx	27/12/2021 15:51:45	Luís Antônio Soares Pires Filho	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	29/09/2021 20:22:11	Luís Antônio Soares Pires Filho	Aceito
Outros	OficioConcordanciaCAPP.pdf	20/09/2021 20:48:59	Luís Antônio Soares Pires Filho	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.pdf	27/04/2021 21:02:46	Luís Antônio Soares Pires Filho	Aceito
Outros	dispensa.pdf	27/04/2021 21:02:00	Luís Antônio Soares Pires Filho	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	21/04/2021 18:12:13	Luís Antônio Soares Pires Filho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 07 de Março de 2022

Assinado por:

MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br