UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

Qualidade de serviços de saúde no rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero nos distritos de KaMubukwna e NlhaMankulu na Cidade de Maputo

Celina Jonas Mate

Maputo, Setembro de 2025



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

<

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

Qualidade de serviços de saúde no rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero nos distritos de KaMubukwna e NlhaMankulu na Cidade de Maputo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, como parte dos requisitos para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, com orientação à Promoção de Saúde, Prevenção e Controlo de Doenças.

Supervisor:

Co- supervisor:

Maputo, Setembro de 2025

Declaração de originalidade

Eu, **Celina Jonas Mate**, declaro por minha honra que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública da Universidade Eduardo Mondlane.

Maputo, aos de Setembro de 2025

_____

(Celina Jonas Mate)

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por me conceder saúde, sabedoria e perseverança para enfrentar todos os desafios ao longo desta caminhada.

Ao meu esposo, pelo amor, paciência, compreensão e apoio incondicional em todos os momentos. A vocês, meus filhos amados, pela inspiração diária, pelo carinho e por me motivarem a ser sempre melhor.

Aos meus pais, por todo o esforço, ensinamentos e apoio constante, que foram fundamentais para minha formação pessoal e profissional.

Aos meus professores e orientadores, pelo acompanhamento, partilha de conhecimentos e incentivo ao longo do percurso académico.

E a todos os colegas e amigos que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos pacientes e profissionais de saúde que, com suas histórias e experiências, inspiraram a realização deste estudo.

E, em especial, à minha Supervisora Nafissa Osman, pela dedicação, orientação atenta, profissionalismo e incentivo em todos os momentos deste percurso.

Agradecimentos

A Deus, pela dádiva da vida, pela saúde e pela sabedoria que me permitiram percorrer esta importante etapa académica.

À minha supervisora, Dra. Nafissa Osman, expresso a minha mais sincera e profunda gratidão pela orientação dedicada, rigor científico, profissionalismo e constante incentivo, que foram determinantes para a realização e qualidade deste trabalho.

Ao meu esposo e aos meus filhos, pelo amor, compreensão, apoio incondicional e paciência demonstrados ao longo de todo o percurso. O seu encorajamento constante foi essencial para que eu me mantivesse firme diante dos desafios.

Aos meus estimados pais, pela educação, valores e apoio moral que sempre me ofereceram, alicerçando a base do meu percurso pessoal e académico.

Manifesto igualmente o meu reconhecimento à Direcção de Saúde da Cidade de Maputo**,** bem como aos serviços de saúde dos distritos de KaMubukwana e NlhaMankulu, pela colaboração, abertura e disponibilidade demonstradas, que viabilizaram a recolha de dados indispensáveis para esta investigação.

Aos profissionais de saúde das Unidades Sanitárias abrangidas, pelo tempo dispensado, pela partilha de informações relevantes e pelo comprometimento com a melhoria contínua dos serviços prestados à população.

Um agradecimento especial à Dra. Sheila Tualufo, pela atenção, apoio institucional e disponibilidade, que contribuíram significativamente para o bom desenrolar deste estudo.

A todos os colegas, docentes e amigos que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a realização desta dissertação, expresso o meu profundo reconhecimento e gratidão.

Índice

Declaração de originalidade i
Dedicatória ii
Agradecimentos iii
Índice de figuras vi
Índice de tabelas vii
Lista de abreviaturas viii
Resumo x
Abstract xi
1. Motivação 1
2. Objectivos 3
2.1. Objectivo geral 3
2.2. Objectivos específicos 3
3. Contribuição do estudo 4
4. Problema 6
5. Revisão bibliográfica 8
6. Marco teórico 13
7. Metodologia, método e técnicas de pesquisa 18
7.1. Desenho de estudo 18
7.2. Local do estudo 18
7.2.1. Distrito de KaMubukwana 19
7.2.2. Distrito de NlhaMankulu 20
7.3. Período do estudo 21
7.4. População do estudo 21
7.4.1. Amostra e amostragem 22
7.4.2. Critérios de Inclusão e Exclusão 24
7.5. Procedimentos de recolha de dados 24
7.6. Variáveis 27
7.7. Gestão e análise de dados 28
8. Limitações do estudo 30
9. Considerações éticas 31

9.1. Revisão do protocolo 31
9.2. Consentimento informado 31
9.3. Confidencialidade e anonimato 31
9.4. Riscos e benefícios 32
9.5. Partilha dos resultados 32
10. Apresentação dos resultados 34
10.1. Características sócio-demográfica das pacientes rastreadas 34
10.2. Prestação de serviços de saúde de rastreio e tratamento do CCU 37
10.2.1. Serviços de saúde de rastreio do CCU 37
10.2.2. Prestação dos serviços de tratamento do CCU 42
10.3. Situação clínica das pacientes elegíveis atendidas quanto ao CCU 45
10.4. Necessidades clinicas das pacientes elegíveis relacionadas com CCU 46
10.5. Qualidade dos serviços de saúde de CCU 48
10.5.1. Percepções dos profissionais de saúde 48
10.5.2. Percepções das usuárias acerca dos serviços de rastreio e tratamento do CCU 53
10.6. Discussão dos resultados 56
11. Conclusões e Recomendações 61
11.1. Conclusões 61
11.2. Recomendações 62
11.2.1. Científicas 62
12. Referências 64
Apêndices 69
Anexos 88

Índice de figuras

Figura 1: Modelo teórico conceptual……..…...15

Figura 2: Representação cartográfica da distribuição dos distritos da Cidade de Maputo ------16

Figura 3: Representação do distrito municipal deKaMabukwna…….…….17

Figura 4: Representação do distrito municipal de NlhaMankul……...……18

Índice de tabelas

Tabela 1: Critérios de inclusão e exclusão…….……21

Tabela 2: Relação entre objectivos, constructos e fontes de dados……...…..23

Tabela 3: Operacionalização das variáveis relacionadas com os respectivos objectivo….24

Tabela 4: Operacionalização das variáveis relacionadas com o respectivo objectivo……24

Tabela 5: Dados sócio-demográficos das mulheres usuárias inquiridas na pesquisa ……..…30

Tabela 6: Dados sócio-demográficos das profissionais de saúde……...……31

Tabela 7: Síntese dos dados sobre a situação clínica das pacientes……...….38

Tabela 8: Síntese dos resultados referentes às necessidades clínicas das inquirida……...…39

Tabela 9: Grau de satisfação das mulheres em relação aos itens da qualidade dos serviços derastreio e tratamento do CCU…….45

Tabela 10: ICG por US e para os dois distritos……..……..46

Lista de abreviaturas

APS	Atenção Primária à Saúde
CCU	Cancro do Colo do Útero
CS	Centro de Saúde
CSB	Centro de Saúde do Bagamoyo
CSC	Centro de Saúde de Chamanculo
CSJM	Centro de Saúde do José Macamo
CSX	Centro de Saúde o Xipamanine
CSZ	Centro de Saúde do Zimpeto
CACUM	Cancro do Colo do Útero e da Mama
CMM	Conselho Municipal de Maputo
DDNT	Departamento de Doenças Não Transmissíveis
DH	Desenvolvimento Humano
DIU	Dispositivo Intrauterino
DSMSAS	Direcção dos Serviços Municipais de Saúde e Acção Social
HG	Hospital Geral
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IC	Índice de Cumprimento
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISG	Índice de Satisfação Global
INE	Instituto Nacional de Estatística
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PF-CACUM	Planeamento Familiar-Cancro do Colo do Útero e de Mama
PNCC	Plano Nacional de Controlo do Cancro
PSS	Prestação de Serviços de Saúde
QSS	Qualidade dos Serviços de Saúde
SMI	Saúde Materna Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde

SS	Serviços de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	*Software Statistical Package Social Science*
TARV	Tratamento Anti-Retroviral
US	Unidade Sanitária

Resumo

INTRODUÇÃO: O Cancro do colo de útero pode ser prevenido e controlado, todavia ainda representa um problema mundial e nacional de saúde pública, devido às taxas de novas ocorrências e de mortalidade. O rastreio, num contexto em que se investe na vacina contra o Papiloma Vírus Humana, é uma estratégia internacionalmente recomendada e implementada em Moçambique. As taxas de positividade no rastreio do Cancro do colo de útero colocam alguns distritos da cidade de Maputo aquém da directriz de 5-25% previstos para a VIA positiva no Sistema Nacional de Saúde.

OBJECTIVO: O objectivo foi analisar a qualidade de serviços de saúde e sua contribuição na satisfação das pacientes com o rastreio e tratamento do Cancro do colo de útero nas unidades sanitárias da cidade de Maputo, especificamente nos distritos de KaMubukwana e NlhaMankulu.

METODOLOGIA: Foi conduzida uma pesquisa mista combinando as abordagens qualitativa e quantitativa para relacionar a qualidade de serviços de saúde de rastreio e tratamento do Cancro do colo de útero e as percepções das mulheres atendidas. A amostragem estratificada não proporcional serviu para seleccionar 117 mulheres elegíveis atendidas nesses serviços e a diversificação para escolher 5 profissionais em 5 unidades sanitárias. As entrevistas semi-estruturadas e questionários semi-fechados foram técnicas aplicadas na recolha de dados, cuja análise e interpretação foram feitas com base na estatística e na análise de conteúdo temática.

RESULTADOS: As mulheres elegíveis inquiridas neste estudo são tendencialmente adultas (51,7%), oriundas de fora dos distritos estudados (42,5%), solteiras (92,5%), com o nível de escolaridade primário (65%), sem formação profissional (80,8%), com filhos (70%) e trabalhando por conta própria (45%). Os serviços de rastreio foram prestados nas unidades sanitárias e nas comunidades em brigadas móveis e de tratamento do Cancro do colo do útero apenas nas US de base e de referência. As mulheres elegíveis obtiveram, como resultado do rastreio as VIA positiva inferior (53,3%) e superior que 75% (46,7%), tendo sido tratadas maioritariamente com base no Termoablação (81.7%). A busca pelos serviços de rastreio e tratamento foi motivada tendencialmente pelo conselho de um profissional de saúde (55%) e pelo interesse de conhecer o estado de saúde próprio (25%). Grande parte das mulheres teve as suas expectativas em relação a esses serviços atendidas (87,5%) e suas necessidades de saúde

satisfeitas (87,5%). Entre as mulheres elegíveis, os Índices de Concordância Global particulares partiram de 56% no Centro do Saúde do Zimpeto até 88.6% no Centro de Saúde do Bagamoyo, com um Índice de Concordância Global geral em todas unidades sanitárias de 70% corroborando as percepções das profissionais de saúde que afirmaram ter prestado os serviços de rastreio e tratamento do Cancro do colo do útero adequadamente e adaptados às necessidades das pacientes.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES: A elevada qualidade dos serviços de saúde prestados no sector do Cancro do colo do útero e da mama nas unidades sanitárias contribuiu para a satisfação das mulheres com o rastreio de tratamento do Cancro do colo do útero nos distritos estudos. De modo geral, recomenda-se que o Ministério da Saúde intensifique a implementação dos instrumento de combate e controlo do cancro no país com foco para a comunicação provedor-paciente e o apetrechamento e modernização do equipamento de trabalho.

Palavras-chaves: Cancro do colo do útero, rastreio, tratamento, prestação de serviços, qualidade de serviços, necessidades de saúde, percepções.

Abstract

INTRODUCTION: Cervical cancer can be prevented and controlled, but it still represents a global and national public health problem due to the high rates of new cases and mortality. Screening, in a context of investment in the Human Papillomavirus vaccine, is an internationally recommended strategy implemented in Mozambique. Cervical cancer screening positivity rates place some districts of Maputo below the 5-25% guideline for positive VIA in the National Health System.

OBJECTIVE: The objective was to analyze the quality of health services and their contribution to patient satisfaction with cervical cancer screening and treatment in health units in the city of Maputo, specifically in the districts of KaMubukwana and NlhaMankulu.

METHODOLOGY: A mixed-methods study combining qualitative and quantitative approaches was conducted to correlate the quality of cervical cancer screening and treatment services with the perceptions of women receiving them. Non-proportional stratified sampling was used to

select 117 eligible women receiving these services, and diversification sampling was used to select five professionals from five health facilities. Semi-structured interviews and semi-closed questionnaires were used to collect data, and analysis and interpretation were based on statistics and thematic content analysis.

RESULTS: The eligible women surveyed in this study tended to be adults (51.7%), from outside the districts studied (42.5%), single (92.5%), with a primary level of education (65%), without professional training (80.8%), with children (70%), and self-employed (45%). Screening services were provided in health units and communities by mobile brigades and cervical cancer treatment only at the base and reference health units. Eligible women had a positive VIA result of screening below 53.3% and above 75% (46.7%), and were mostly treated with thermal ablation (81.7%). The search for screening and treatment services was motivated mainly by the advice of a health professional (55%) and by the interest in knowing their own health status (25%). Most women had their expectations regarding these services met (87.5%) and their health needs met (87.5%). Among eligible women, individual Global Agreement Rates ranged from 56% at the Zimpeto Health Center to 88.6% at the Bagamoyo Health Center, with a general Global Agreement Rate across all health facilities of 70%, corroborating the perceptions of health professionals who stated that they provided cervical cancer screening and treatment services adequately and tailored to the needs of patients.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: The high quality of health services provided in the cervical and breast cancer sector at health units contributed to women's satisfaction with cervical cancer screening and treatment in the districts studied. In general, recommendations are made that the Ministry of Health intensify the implementation of cancer control and control tools in the country, focusing on provider-patient communication and the equipping and modernization of work equipment.

Keywords: Cervical cancer, screening, treatment, service provision, quality of services, health needs, perceptions.

1. Motivação

Existem factores académicos, profissionais e sociais cujos cruzamentos levaram à opção pelo estudo do rastreio e tratamento do Cancro do Colo de Útero (CCU). Do ponto de vista académico, ao longo da formação no mestrado em saúde pública, optou-se predominantemente por realizar trabalhos académicos (artigos, ensaios, etc), atribuídos em diferentes disciplinas, em torno do cancro, especialmente do CCU. Essa opção foi influenciada pela área de afectação profissional. Devido ao tempo atribuído para cada trabalho, geralmente eram de natureza bibliográfica e, por extensão, documental, o que significa que as reflexões eram secundárias. Interessada em dar seguimento a essa área temática, a proponente encontrou neste estudo uma oportunidade de alargar o seu domínio de estudo à realidade concreta por meio da colecta de dados directamente do contexto da manifestação do seu objectivo de estudo. Tratou-se assim de uma motivação que acompanha a sua trajectória académica e, quiçá, seguirá com o mesmo tema até os níveis académicos subsequentes.

Profissionalmente, como está implícito acima, a proponente está vinculada não apenas à área da saúde, mas também a um sector que lida com os diferentes tipos de cancro que afectam as mulheres nas comunidades em diferentes localidades do território nacional. A realização de actividades laborais têm sido um espaço privilegiado para estar em contacto com a realidade das mulheres beneficiárias dos programas nacionais de rastreio, diagnóstico e tratamento do cancro como é o caso das do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do CCU da mama do Ministério da Saúde (MISAU) (Cunha, n.d). Esta proximidade tem possibilitado vivenciar e partilhar experiências dessas mulheres directamente no seu contexto sócio-cultural e histórico de pertença. A imersão nas US, onde se estabelece contacto com as comunidades locais, estimulou mais ainda o interesse por compreender a partir do interior o rastreio e tratamento do CCU. Ao contrário do que se afirma – que a familiaridade com um fenómeno de estudo representa um obstáculo epistemológico[1] –, associando-se ao antropólogo Francês Sardan (2017), assumiu-se que a imersão do pesquisador na realidade do seu interesse representou um ponto de partida privilegiado e metodologicamente válido para a sua problematização por meio do retorno atento e sistemático à luz dos princípios da validação científica.

[1] Esta é uma perspectiva crítica defendida por Gaston Bachelard (2005) na obra "A formação do espírito científico…".

Do ponto de vista social, a continuidade deste estudo foi motivada pelas discrepâncias dos resultados alcançados entre os diferentes distritos e US no âmbito da implementação de programas de rastreio e tratamento do CCU (Vide 4. Problematização). A realidade mostrou que nalguns distritos, de 2022 para 2023, os resultados variaram no sentido positivo, e noutros, negativo. Vários factores concorrem para que os resultados do rastreio e tratamento do CCU estejam aquém dos almejados como dificuldades de acesso aos Serviços de Saúde (SS) (Lopes et al., 2021), insuficiência de profissionais de saúde e de competências (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2010, 2021), falta de coordenação entre as acções (Claro et al., 2021), qualidade dos serviços prestados (Barcelos et al., 2017). Com base na experiência profissional, conjecturou-se que a variação da QSS prestados nas US é relevante para a variação do rastreio e tratamento do CCU. Ao se confirmar esta conjectura, as mulheres dos distritos com variação negativa estariam a aceder a SS de baixa qualidade, o que não favorecia nem para melhoria da sua saúde nem para o combate do CCU. O interesse em aprofundar essa possibilidade motivou a continuidade do presente estudo, tendo sido esta uma oportunidade para saber se de facto se estava perante uma actuação abaixo da qualidade desejada por parte dos responsáveis e profissionais de saúde.

2. Objectivos

2.1. Objectivo geral

- Analisar a contribuição da qualidade dos serviços de saúde prestados nas unidades sanitárias para o nível de satisfação das mulheres elegíveis em relação ao rastreio e tratamento do cancro do colo do útero nos distritos de KaMubukwana e Nhlamankulu, na Cidade de Maputo

2.2. Objectivos específicos

- Identificar sócio-demograficamente as pacientes elegíveis dos serviços de rastreio e tratamento do cancro do colo do útero nas unidades sanitárias.
- Descrever as práticas de prestação de serviços de rastreio e tratamento do cancro do colo do útero nas unidades sanitárias.
- Descrever o perfil clínico das mulheres elegíveis atendidas nas unidades sanitárias, incluindo estado de rastreio, resultados obtidos, estágio da doença e tipo de tratamento do cancro do colo do útero.
- Descrever as necessidades das mulheres elegíveis atendidas nas unidades sanitárias, considerando aspetos como acesso aos serviços, qualidade do atendimento, informação recebida, tempo de espera, continuidade de cuidados e apoio durante o rastreio e tratamento do cancro do colo do útero.
- Avaliar as percepções das pacientes elegíveis acerca dos serviços de rastreio e tratamento do cancro do colo do útero nas unidades sanitárias.

3. Contribuição do estudo

A efectiva realização do presente estudo traz contribuições susceptíveis de refletir-se nos níveis académico, científico (teórico) e programático. Do ponto de vista académico, a busca exploratória possibilitou constatar a existência de uma produção científica significativa sobre o CCU tanto ao nível internacional, tais como de Claro et al. (2021), Santos et al. (2012), Menéndez et al. (2020), entre outros. Estes estudos incidem sobre diferentes aspectos como níveis de ocorrência do CCU, seus determinantes, práticas de rastreio e tratamento, qualidade dos serviços, sendo este último o menos explorado.

Com base neste estudo, inseriu-se no debate académico sobre o CCU em curso no âmbito académico trazendo aspectos inerentes a uma realidade ainda não explorada no contexto moçambicano. Conforme Popper (2008), a continuidade no estudo de um fenómeno já estudado justifica-se, temporalmente, pela actualização dos resultados de estudos anteriores à luz das dinâmicas ocorridas e, espacialmente, pela particularidade de cada contexto de estudo, do qual podem resultar aspectos não verificados em outros contextos. Neste sentido, a análise do rastreio e tratamento do CCU, tendo sido antes estudados no país, possibilitou produzir evidências científicas com base nas quais são confrontados resultados de estudos anteriores.

Em termos científicos, o presente estudo contribui no domínio teórico ao fornecer um quadro analítico para compreender a qualidade dos serviços de saúde no rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero. Ao contrário de estudos anteriores que se limitaram à operacionalização de conceitos, a incorporação de uma base teórica, conforme defendido por Eva Maria Lakatos e Marina de Andrade Marconi (2003), permite abstrair resultados e interpretá-los em diferentes contextos, incluindo dimensões não biomédicas. Embora alguns achados não sejam conclusivos estatisticamente, eles revelam padrões, lacunas e factores determinantes da qualidade dos serviços, oferecendo evidências relevantes para aprofundar a compreensão do fenómeno estudado.

Este estudo contribui para a superação dessa limitação teórica, pois concebeu e aplicou um marco teórico com base na combinação de aspectos relacionados com a Qualidade de Serviços de Saúde (QSS) e a Prestação de Serviços de Saúde (PSS) de um lado com as dimensões e indicadores do modelo teórico-metodológico SUSSQUAL do outro lado. Esta combinação

possibilitou cruzar os níveis estrutural, institucional e individual no âmbito dos serviços de CCU, uma vez que, a QSS está relacionada tanto com os recursos estruturais disponíveis para a sua prestação quanto com a actuação dos provedores de saúde, bem com a forma como os utentes interpretam e avaliação os serviços e a sua prestação.

Do ponto de vista programático, o estudo fornece evidências sobre a qualidade dos serviços de saúde (PSS) no rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero nas unidades sanitárias selecionadas e no Sistema Nacional de Saúde em geral. Em Maputo Cidade, por exemplo, o distrito de Nhlamankulu apresentou uma taxa de positividade da VIA de 4,7% (Vide Anexo 1), abaixo da directriz de 5–25% definida pela Organização Mundial da Saúde, que representa o intervalo adequado de sensibilidade e especificidade do teste. Estes resultados permitem identificar lacunas críticas na prestação de serviços, oferecendo um quadro analítico que pode orientar, tanto ao nível local como central, a revisão e o fortalecimento das estratégias de rastreio e tratamento do CCU, visando a melhoria do desempenho e o alcance dos resultados esperados.Neste contexto, este disponibiliza um quadro analítico que evidencia os aspectos críticos da PSS nas Unidade Sanitária (US) nos distritos possibilitando, no nível básico, aos profissionais de saúde locais e, no nível central, ao MISAU reverem as estratégias de intervenção para o rastreio e tratamento do CCU para melhorar o seu desempenho e o alcance dos resultados esperados.

4. Problema

O CCU é mundialmente reconhecido como problema de saúde pública, sendo classificado como uma das ameaças mais graves à vida das mulheres (Carvalho et al., 2018; Claro et al., 2021). As estatísticas mundiais corroboram essa asserção. Aproximadamente, "Estima-se que mais de um milhão de mulheres sofram da doença no mundo, e a maior parte delas encontra-se em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento." (Claro et al., 2021, p. 688)

O CCU é um dos cancros mais comuns entre mulheres em todo o mundo, sendo uma das principais causas de morte no seio de grupo (Jhpiego, 2023). Estima-se que "Mais de 85% dos casos incidentes e dos óbitos por cancro de colo do útero ocorrem em países em desenvolvimento, onde em muitas regiões, é cancro mais frequente na mulher." (Carrilhos e Lunet, 2014, p.11)

Essas tendências globais representam o panorama mundial, no entanto, prevalecem diferenças entre regiões e/ou países. A incidência do CCU foi de 625.000 novos casos entre 2020 e 2022 no Brasil (Oliveira et al., 2022); de 6,1 casos por 100.000 na América do Norte, 13,7 casos por 100.000 no Caribe, de 13,8 casos por 100.000 na América Central, de 15,4 casos por 100.000 a América do Sul (Ferlay et al., 2020 citado em Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS] e OMS, 2022). Na Europa, o CCU correspondia a 3% dos novos casos de cancro estimados em 2018 (Teixeira et al., 2019).

As tendências globais e as particularidades prevalecem na África, que representa o maior peso de CCU no mundo. A OMS (2021) afirma que, para o período de 2020, a Região africana contribuiu com 21% da mortalidade (72.705 mortes) mundial por CCU, sendo que a conservação da tendência actual da doença pode levar a um aumento da mortalidade para 400.000 óbitos em todo o mundo, com África a contribuir com 30%.

As diferenças entre regiões e/ou países africanos reflectem algumas singularidades. O norte de África apresenta as taxas de incidência do CCU mais baixas; as taxas mais altas do mundo (em mulher >25 anos) estão na África Subsaariana (África Oriental e África Austral) – entre 23,9/100.000 nas Maurícias e 118,3/100.000 em e Swatini (MISAU, 2023). De acordo com a fonte, no continente estão os países com as taxas mais altas de incidência do CCU no mundo

todo, nomeadamente: e ESwatini, Malawi, Zâmbia, Tanzânia, Zimbabué, Lesoto, Uganda, Comores, Moçambique, Guiné, Burundi, Gâmbia, Madagáscar e Libéria.

Está evidente acima que Moçambique está alistado entre os países com as taxas de incidência do CCU mais elevadas do mundo. Este é o cancro mais comum ao nível nacional (Salcedo et al., 2023), sendo que a Globocan 2020 estima taxas de incidência por idade de 50,2% e de mortalidade de 38,7% por 100.000 mulheres (OMS, 2021). Segundo o MISAU (2023), o CCU é o cancro que mais afecta as mulheres moçambicanas com idades ≥25 anos, o que representa 40% do total dos novos casos e 39% do total das mortes ocorridas em 2020.

O rastreio é a estratégia adoptada apara responder a esse cenário epidemiológico, implementada sobre a directriz de 5-25% para a VIA positiva (Alves, 2020). A observância dessa directriz variou em sentidos contrários entre os distritos de Maputo Cidade de 2022 até 2023. Por exemplo, de acordo com o Relatório Saúde Materna e Infantil Anual (2023), o distrito de KaMubukwana alcançou 6,6% da VIA positiva num total de 11.879 mulheres testadas com VIA em 2022, tendo subido para 12,1% num total de 9.653 mulheres testadas, enquanto o distrito NlhaMankulu atingiu 5,6% da VIA positiva no seio de 15.361 mulheres testadas com VIA em 2022, taxa que baixou para 4,7% num total de 16.024 mulheres testadas. Nota-se que em KaMubukwana, reduziu o número de mulheres testadas com VIA, mas cresceu o IC da VIA positiva de 2022 para 2023. Contrariamente, em NlhaMankulu, aumentou o número de mulheres testadas com VIA, mas reduziu o IC da VIA positiva até abaixo de 5%.

De acordo com Barcelos et al. (2017), os resultados alcançados nos programas de rastreio do CCU são significativamente determinados pela QSS oferecidos às comunidades. Foi neste sentido que no presente trabalho levantou-se o problema da QSS prestados nas US nos distritos de KaMubukwana e NlhaMankulu suscitando a seguinte questão de pesquisa: **Qual foi a contribuição da qualidade de serviços de saúde prestados nas unidades sanitárias para a satisfação das mulheres elegíveis com o rastreio e tratamento do cancro do colo do útero nos distritos de KaMubukwana e NlhaMankulu?**

5. Revisão bibliográfica

Concentrou-se a seguinte revisão bibliográfica na exploração e apresentação de estudos realizados em torno dos programas e práticas de rastreio e tratamento do CCU, focando especificamente na QSS prestados às mulheres à luz das estratégias formuladas e implementadas para prevenir, tratar e eliminar esse tipo de cancro. Começou-se pelo cenário mundial, passando pelo continental para finalizar com o nacional.

Claro et al. (2021), ao analisar as directrizes e estratégias de prevenção e rastreio do CCU comparando Chile e Brasil do ponto da forma como são estruturadas e executadas, verificam que no primeiro país, os programas estão bem estruturados, apresentando uma concentração das decisões ao nível nacional, o que facilita a monitoria das acções levadas a cabo. Pelo contrário, no Brasil, constatam uma falta de coordenação das acções realizadas e a ocorrência de falhas no seguimento das mulheres que têm seus exames alterados. Estas diferenças fazem com que seja no contexto brasileiro, onde mais ocorrem problemas como a não realização da busca activa da população em risco; ausência de sistema de controlo da qualidade dos exames; seguimento inadequado de mulheres com resultados alterados.

Santos et al. (2012) tinham, antes dos autores expostos, descrito Brasil como uma realidade em que o rastreio do CCU enfrentava grandes problemas e desafios para organizar e oferecer serviços de qualidade a altura das necessidades das populações. Este estudo identifica problemas como escassez dos espéculos, ácido acético, marquesas ginecológicas no posto de recolha no âmbito da captação de mulheres para exames; insuficiência do número de profissionais de saúde; existência de uma estrutura física inadequada. Estes factores afectam a população feminina que tem acesso aos SS contra um grosso número que fica de fora pela limitada expansão dos serviços. As autoras inferem que o problema não está na qualidade da estratégia de rastreamento do CCU, que se mostra viável, mas sim na implementação dessa estratégia.

Carvalho et al. (2018), com foco nas trajectórias assistenciais de mulheres entre o diagnóstico e o início do tratamento do CCU, afirmam que em cerca de 88% dos casos estudados, as mulheres iniciam o tratamento após o prazo de 60 dias, sendo que a média é de 115,4 dias. Os autores constataram a existência de uma contradição entre as estratégias de rastreio e controlo do CCU preconizadas ao nível do Ministério da Saúde de um lado e a organização e oferta dos SS por

parte dos profissionais responsáveis por materializar essas estratégias por meio de acções concretas. Em outras palavras, do ponto de vista estratégico, existem directrizes bem formuladas, pelo que, os aspectos críticos manifestam-se no âmbito da prestação dos serviços, o que ocorre ao nível local, sendo aqui onde a qualidade dos serviços não é satisfatória.

Continuando, nesse estudo, infere-se que com base na verificação do cumprimento do prazo de 60 dias para iniciar com o tratamento do CCU após o diagnóstico, mostra-se pertinente introduzir "melhorias na articulação dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade para garantir que todas as mulheres diagnosticadas tenham acesso às formas de tratamento que necessitam em tempo oportuno." (Carvalho et al., 2018, p. 698-699) Semelhante conclusão está presente no estudo de Santos et al. (2012), que também defendem a necessidade de melhorar a organização ao nível local para que o rastreio do CCU seja um meio eficaz no controlo da doença.

No mesmo sentido, Cavalcante e Reis (2021), por meio de uma revisão bibliográfica, avaliaram o seguimento de lesões precursoras de CCU e constaram dificuldades enfrentadas para implementar as estratégias, especialmente quanto à abertura para as mulheres agendarem consultas de retorno após a realização do exame preventivo, o que dificulta a realização de acções imediatas para o tratamento. De acordo com os autores, em termos de qualidade, o serviço de seguimento revela-se problemático por causa de factores como má interpretação de exames; deficiência de orientação e encaminhamento oportuno das mulheres. Esta situação exige uma melhor organização dos SS do CCU, investindo numa organização em rede que combina o rastreio, seguimento e tratamento das alterações nos exames preventivos.

Num estudo realizado em países sul-americanos, Cerqueira et al. (2022) analisaram o controlo do CCU na Atenção Primária à Saúde (APS), tendo constatado a predominância do rastreio oportunista, embora as estratégias e directrizes demonstrassem intenções para um diagnóstico precoce e acompanhamento longitudinal dos casos suspeitos e confirmados. De um modo geral, na região em estudo, todos os países adoptaram uma abordagem abrangente, mesmo estando em estágios heterogéneos de implementação de serviços de APS. Do ponto de vista da qualidade dos serviços, os autores apontam que o limitado e pior rastreio foi observado para mulheres das zonas rurais/remotas e para povos originários, o que resulta da não disponibilidade de serviços de APS próximo às comunidades/residências dificultando o efectivo e integral rastreio de CCU.

A relatividade da qualidade do rastreio foi igualmente observada por Barcelos et al. (2017), que constataram uma relação directamente proporcional entre a qualidade dos serviços e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a renda familiar *per capita*. Quanto mais estes indicadores aumentam, melhor é a qualidade de serviços e, consequentemente, poucos são os problemas de falta de acesso e de não recebimento de orientações médicas. Desta forma, as maiores ocorrências de desfecho positivo foram observadas na região Centro-Oeste; em mulheres de raça indígena e amarela. "As mulheres com companheiro, que recebiam o benefício do Programa Bolsa Família e tinham trabalho remunerado tiveram menos falta de acesso, menos atraso na realização do exame e menos falta de recebimento de orientações." (Barcelos et al., 2017, p. 1). Com base nestes achados, os autores concluem que programas de transferência de renda e condições sociais são fundamentais para melhorar a qualidade dos serviços de rastreio do CCU (*Ibidem*).

Sentido relativamente oposto aponta para um cenário brasileiro no qual a cobertura do rastreio do CCU revelou-se acima do recomendado para o controlo da doença. A ocorrência de qualquer problema resulta do lado das mulheres, cuja adesão aos serviços disponíveis é condicionada por uma diversidade de factores (Navarro et al., 2015). Sem intenção de aprofundar a questão da adesão aos SS nesta revisão bibliográfica, importa referir, com base neste estudo, que a fraca cobertura dos programas de rastreio do CCU decorre do condicionamento das mulheres a factores como desconhecimento da doença, das causas e meios de prevenção. Entende-se assim que o programa preventivo é oportuno para mulheres, especialmente as de baixa renda e com pouca informação, pois por meio dele podem aumentar o seu conhecimento sobre a doença.

O cenário internacional é caracterizado por uma heterogeneidade de experiências quanto à QSS no âmbito do rastreio do CCU. Ao nível da África, a situação parece generalizar-se para o sentido crítico. Numa análise realizada há cerca de treze anos, a OMS (2010) alistou uma série de problemas e desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em África, com impacto negativo na QSS na luta contra o CCU. Tais problemas e desafios resumem-se na ausência de políticas, estratégias e programas; insuficiência de dados actualizados e complexos sobre a epidemiologia do CCU; pesada carga económica e psicossocial; insuficiência ou inexistência de informações e competências; indisponibilidade da prevenção secundária; meios terapêuticos inacessíveis e

cuidados paliativos negligenciados; inacessibilidade geográfica da prevenção terciária; e, insuficiência na colaboração e coordenação das intervenções realizadas.

Onze anos depois, o continente continua a representar maior peso das taxas de ocorrência e mortalidade pelo CCU no mundo (OMS, 2021). De acordo com a fonte, esta posição africana é resultado das limitações enfrentadas pelos programas de rastreio, que decorrem de factores como o acesso limitado aos serviços preventivos; disponibilidade limitada de programas de rastreio orientados para as populações; elevado custo operacional do tratamento de lesões pré-cancerosas; falta de recursos humanos qualificados para a prevenção e controlo do cancro; infra-estruturas inadequadas para a gestão de cuidados terciários; e, fraco sistema de monitorização e avaliação. É do entendimento desta organização que esses factores não apenas limitam a expansão dos SS, bem como tornam crítica a qualidade dos serviços prestados à população.

McCormick et al. (2013) estudaram a positividade no rastreio do CCU entre mulheres que vivem com HIV em três países da África Subsaariana. Os autores constatam que as taxas de positividade alcançadas diminuíram durante o período de Abril de 2018 até Março de 2022 entre mulheres que fizeram rastreio pela primeira vez e entre as que se apresentaram em clínicas de Terapia Anti-Retroviral (TARV) para novo rastreio. De um modo geral, afirma-se que essas taxas de positividade são inferiores às expectativas estabelecidas na literatura publicada. Este estudo não explora as razões dessa positividade inferior, limitando-se a conjecturar que se deve "alto nível de uso consistente da TARV entre essas populações, e o monitoramento sistemático do programa e as actividades de garantia de qualidade" (McComick et al., 2013, p. 301).

Por seu turno, Carrilho e Lunet (2014), ao analisarem as estratégias de prevenção e controlo do CCU no contexto moçambicano, afirmam que o Plano Estratégico Nacional para as Doenças Não Transmissíveis do Departamento de Doenças Não Transmissíveis (DDNT) introduziu a vacina contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV), que constitui uma ferramenta essencial na prevenção do CCU, embora seja ainda necessário superar os constrangimentos financeiros e logísticos. Ainda assim, os autores defendem que o rastreio deverá ser mantido por várias décadas para possibilitar o diagnóstico e tratamento precoce dos casos de mulheres não vacinadas ou que não se podem prevenir por meio de vacinas.

O sucesso no rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero depende da forma como os programas e estratégias são implementados. De acordo com Alves (2020), a eficácia de um programa de rastreio não se reduz apenas à realização do teste, mas à articulação de um conjunto de componentes essenciais que garantem impacto na redução da doença, que sejam conhecidas as concepções e entendimento da população visada. Neste sentido, foi realizado um estudo acerca do conhecimento leigo sobre o CCU no distrito da Manhiça, no qual constatou-se um elevado grau de familiarização com o termo biomédico "cancro do colo do útero", embora o conhecimento da sua etiologia e transmissão se tenha revelado limitado (Menéndez et al., 2020). Não obstante, os autores concluem existir um alinhamento entre as percepções leigas sobre o CCU e o discurso biomédico, o que constitui, no seu entendimento, um terreno fértil para o enquadramento de futuras intervenções do ponto de vista da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR).

De acordo com Menéndez et al. (2020), prevalecem algumas percepções erróneas sobre o CCU no conhecimento leigo, o que exige, para o sucesso dos programas e intervenções no âmbito da luta contra a doença, que sejam levadas a cabo iniciativas de comunicação para a mudança de comportamento. Nestes termos, pode-se concluir que para que o potencial dos programas de rastreio do CCU defendido por Carrilho e Lunet (2014) seja devidamente aproveitado, é indispensável associar esses programas e acções a uma comunicação com as comunidades, de modo a aumentar o conhecimento destas sobre a doença e aumentar a sua abertura para melhorar o rastreio e tratamento do CCU.

6. Marco teórico

O marco teórico adoptado para o presente trabalho combina contribuições sobre os determinantes da QSS do CCU em seus diferentes níveis de um lado e o modelo teórico-metodológico SUSSQUAL, com base no qual os diferentes níveis desses determinantes foram aprofundados e cruzados num mesmo quadro explicativo, do outro lado.

A Qualidade dos Serviços de Saúde no rastreio do Cancro do Colo do Útero é influenciada por diversos factores, incluindo a zona de residência. Segundo Cerqueira et al. (2022), mulheres em áreas rurais tendem a ter acesso a serviços de menor qualidade devido à fraca disponibilidade de cuidados de saúde primários, o que compromete a realização de um rastreio eficaz, oportuno e contínuo.

Barcelos et al. (2017) associa a limitada qualidade dos serviços de rastreio à confluência de diferentes factores, com destaque para Desenvolvimento Humano (DH), renda familiar *per capita*, região de residência e origem racial. Os autores assumem que a baixa QSS verifica-se no seio de mulheres que apresentam baixos IDH, da região Centro-Oeste, de raça indígena e amarela e com rendimento *per capita* igualmente baixo. Contrariamente, a melhoria nesses indicadores teria efeitos positivos no acesso e desfecho dos SS de rastreio de CCU.

A Qualidade dos Serviços de Saúde no rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero é condicionada por factores estruturais, organizacionais e geográficos (OMS, 2010, 2021; Cerqueira et al., 2022). Entre eles destacam-se a ausência de políticas e programas, insuficiência de dados, lacunas de competências, barreiras geográficas e limitada oferta de cuidados primários. No contexto urbano de Maputo, nos distritos de KaMubukwana e Nhlamankulu, essas limitações contribuem para desigualdades no acesso, cobertura e efetividade do rastreio e tratamento do CCU.

Noutro estudo, verifica-se a prevalência de alguns desses factores e o surgimento de outros com destaque para acesso limitado aos serviços preventivos; disponibilidade limitada de programas de rastreio orientados para as populações; elevado custo operacional do tratamento de lesões pré-cancerosas; falta de recursos humanos qualificados para a prevenção e controlo do cancro; infra-

estruturas inadequadas para a gestão de cuidados terciários; fraco sistema de monitorização e avaliação (OMS, 2021).

A partir da perspectiva de Menéndez et al. (2020), é possível identificar outros factores de natureza mais subjectiva que interferem na qualidade de SS do CCU. Sem desvalorizar indicadores inerentes aos programas de rastreio, os autores defendem que a qualidade dos serviços está condicionada pela percepção que seus usuários possuem sobre os mesmos, sendo que percepções erróneas influenciam para que as mulheres não adiram efectivamente a esses serviços, o que contribui para o não desfecho do acompanhamento feito pelos profissionais de saúde. No mesmo sentido, incidindo igualmente sobre aspectos subjectivos, Alves (2020) afirma que as concepções, conhecimento, interpretações e entendimentos que as populações possuem sobre os programas e SS de rastreio do CCU condicionam a qualidade da sua implementação e prestação junto das comunidades, respectivamente.

Pode-se assim identificar três níveis de manifestação dos factores que determinam a QSS no âmbito da relação entre a oferta (provedores) e o acesso (utentes) aos SS de CCU. Considera-se os seguintes níveis: (i) individual (microssocial), no qual se situam e se relacionam os provedores de saúde e os utentes dos SS; (ii) institucional (mesossocial), em que estão disponíveis os recursos para a prestação de serviços nas US e as condições às quais estão sujeitos os utentes para o acesso a esses serviços nas comunidades; (iii) estrutural (macrossocial), no qual se situam os recursos e orientações para a prestação de serviços no SNS.

Com base no exposto, no primeiro nível, identificam-se factores como conhecimento, capacidades e competências dos provedores de saúde do lado da oferta e as percepções, entendimento, conhecimento, concepções e interpretações dos utentes dos SS do lado do acesso. No segundo nível, estão factores como formação profissional, recursos humanos, normas, valores, procedimentos, disponíveis nas US do lado da oferta e residência, normas, valores, condições sócio-económicas familiares do lado do acesso. No terceiro nível, destacam-se as políticas, planos, estratégias, programas e infra-estruturas do SNS do lado da oferta e a acessibilidade geográfica e infra-estruturas do lado do acesso.

Para o cruzamento dos três níveis expostos, recorreu-se ao modelo teórico-metodológico SUSSQUAL. De acordo com Neta et al. (2022), o modelo SUSSQUAL, desenvolvido por

Suraman et al. (1998), avalia a qualidade de serviços a partir das percepções dos usuários sem se preocupar com as expectativas destes quanto ao serviço. A não inclusão das expectativas foi um aspecto relevante para este trabalho, uma vez que, considerou-se que nem todas as mulheres atendidas nas US possuíam alguma informação prévia sobre os serviços de CCU, o que dificultaria que esperassem encontrar alguma coisa em específico. Mesmo porque, afirmam os autores, o que importa é saber se as características dos serviços atendem ou não as necessidades dos seus usuários.

Dois conceitos são centrais neste modelo, o de necessidades (em saúde) e de percepção. O primeiro, esquivando-se de toda complexidade que envolve a sua discussão, foi aqui entendido, a partir da perspectiva de Campos (2013), como carências de pessoas que recorrem aos SS buscando apoio para supri-las. De referir, na perspectiva do autor, que essas carências podem ser definidas pelos usuários e/ou pelos profissionais de saúde com base no seu saber técnico. O cruzamento entre estas duas perspectivas de definição foi relevante para este trabalho para aprofundar o ponto de vista tanto dos profissionais de saúde quanto das mulheres usuárias.

A percepção pode ser definida, do ponto de vista psicológico, como a tomada de conhecimento da informação recebida relativamente a uma sensação (Fernandes, 2013). Esta definição, simples nos elementos que a constituem, serviu aos propósitos deste trabalho, na medida em que, possibilitou explorar a percepção como uma tomada de conhecimento da sensação de uma necessidade satisfeita ou não por parte das mulheres usuárias dos serviços de saúde de CCU.

A proposta de Neta et al. (2022) já está adaptada ao âmbito da saúde, sugerindo que seja estudada a realidade em diferentes níveis em função dos diferentes actores envolvidos na PSS. O primeiro nível é constituído pelos usuários e profissionais de saúde actuantes na assistência médica, e o segundo nível, complementar e opcional, é representado pelos gestores de cada instituição pública de saúde. No presente estudo, privilegiou-se e focou-se no primeiro nível, o que não representa aspecto crítico, visto que, o segundo foi teoricamente e metodologicamente considerado opcional, não tendo sido determinante da QSS.

A aplicação deste modelo, quando focado nos usuários dos serviços, é feita por meio de nove componentes: tangibilidade, eficiência, eficácia, efectividade, centralidade no paciente, segurança, empatia, acesso e legislação (Neta et al., 2022). De acordo com estes autores, essas

dimensões desdobram-se em 21 questões por meio das quais os usuários são conduzidos, pelo pesquisador, a expressar sua percepções com base nas suas experiências de acesso e consumo dos serviços prestados. Basicamente, foram essas componentes e questões operacionalizadas na aplicação deste modelo. No entanto, para preencher o quadro integral dos factores da qualidade arrolados mais acima, essas componentes incluíram indicadores interesses aos três níveis identificados, neste caso o individual, institucional e estrutural.

A figura 1 abaixo apresenta de forma sintética o modelo teórico-conceptual usado neste trabalho, no qual combina-se, de um lado, a prestação dos serviços de CCU por meio do rastreio e tratamento e, do outro lado, o acesso a esses serviços por parte das mulheres elegíveis usuárias, com suas expectativas e necessidades. Do lado do acesso aos serviços, são ainda, com base no modelo SUSSQUAL, captadas as percepções das usuárias acerca da prestação dos serviços de modo a avaliar a qualidade dos mesmos. Pode-se verificar a partir da figura que a relação entre a oferta e o acesso aos SS de CCU ocorre em três níveis, nos quais manifestam-se diversos factores. Mesmo que o estudo não tenha explorado factores que influenciam a QSS, a sua representação na figura mostrou-se relevante para compreender o quadro geral no qual os serviços de CCU são oferecidos e, por sua vez, avaliados pelas mulheres elegíveis usuárias dos mesmos.

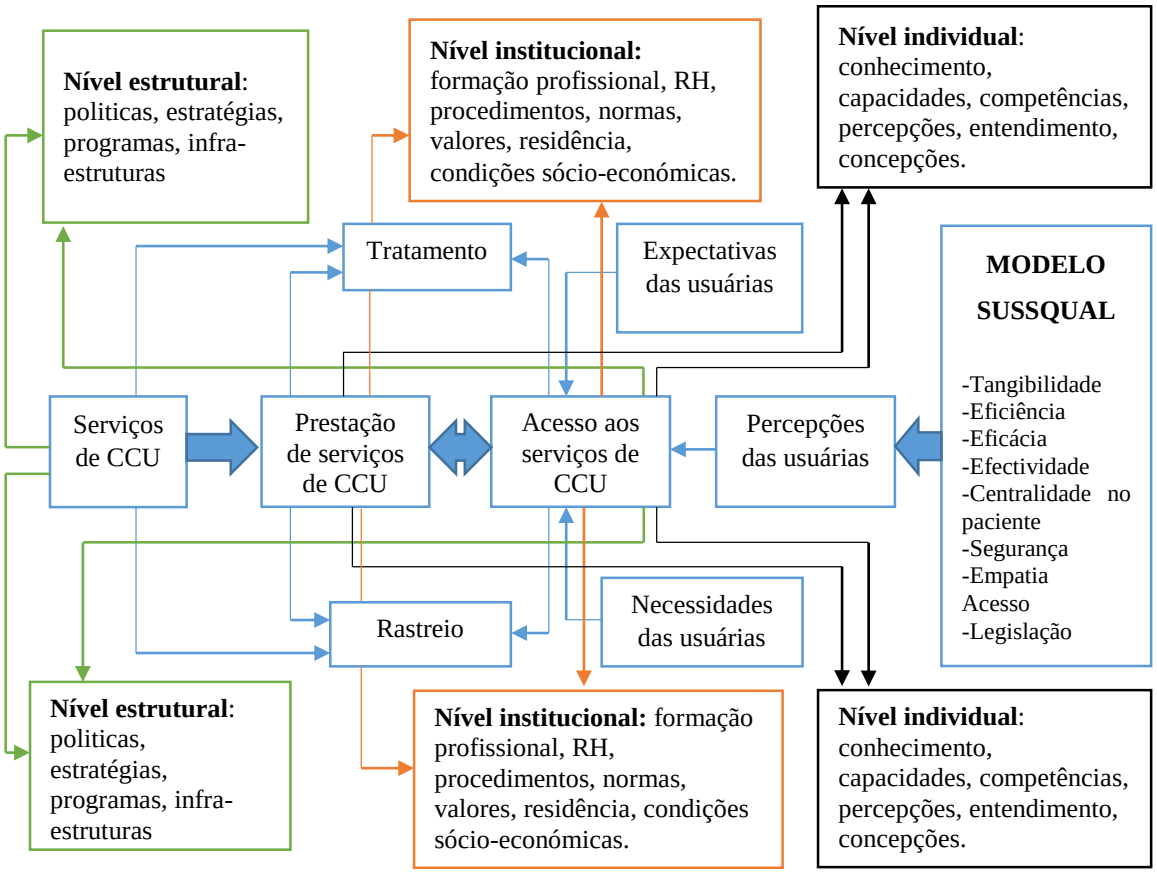

Figura 1: Modelo teórico-conceptual

Fonte: Produzido pela autora com base no marco teórico

O estudo utilizou o Modelo de Sussqual para analisar a qualidade dos serviços de rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero, considerando três níveis principais: estrutural (políticas, programas e infraestruturas), institucional (formação profissional, recursos humanos, procedimentos e organização interna) e individual (conhecimento, competências e perceções das usuárias). Foram avaliados também o acesso, rastreio, tratamento e satisfação das pacientes, segundo critérios de tangibilidade, eficiência, eficácia, efetividade, centralidade no paciente, segurança, empatia e conformidade legal. Esta abordagem permitiu identificar fatores críticos que influenciam a qualidade dos serviços e fornecer subsídios para a melhoria das estratégias programáticas no Sistema Nacional de Saúde.

7. Metodologia, método e técnicas de pesquisa

7.1. Desenho de estudo

Foi levada a cabo uma pesquisa observacional descritiva, do tipo transversal retrospectiva, baseada numa abordagem mista, combinando os estudos quantitativo e qualitativo. Foram analisadas retrospectivamente as experiências de prestação, acesso e uso dos serviços de saúde de CCU que ocorreram de Janeiro de 2024 até Junho de 2025. O estudo quantitativo teve a finalidade de descrever numericamente o perfil sócio-demográfico das mulheres usuárias dos serviços de CCU, caracterizar a sua situação clínica em relação à doença e analisar as necessidades e percepções acerca da QSS, baseando-se em variáveis quantificáveis definidas no modelo de análise SUSSQUAL. A abordagem qualitativa, por seu turno, buscou compreender a prestação dos serviços de rastreio e tratamento do CCU pelos profissionais de saúde, inserindo as suas práticas no contexto institucional em que as mesmas foram adoptadas. Tratou-se de aprofundar e cruzar as dimensões estrutural dos CS (normas, valores, material, etc) e de agência dos profissionais de saúde (decisões e acções concretas).

7.2. Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Maputo. Com um total de 1.120.867 habitantes, a cidade é composta por um total de 55.8921 mulheres conforme o Censo 2017 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019a). Estes habitantes estão distribuídos entre os sete (7) distritos municipais que a cidade possui, no seio dos quais existem trinta e duas (32) US, onde as mulheres podem ter acesso aos SS de rastreio do CCU disponíveis (Conselho Municipal de Maputo [CMM], 2023). A figura 1 ilustra a distribuição geográfica desses distritos.



Figura 2: Representação cartográfica da distribuição dos distritos da Cidade de Maputo
Fonte: Município de Maputo (2023)

Para a realização deste estudo, dentre esses distritos, foram seleccionados os distritos de KaMubukwana e de NlhaMankulu por refletirem experiências contrárias quanto aos resultados alcançados no rastreio do CCU no que concerne à VIA positiva de 2022 a 2023. (Vide ponto 4. Problematização)

7.2.1. Distrito de KaMubukwana

Com uma superfície de 52 km^2 e uma extensão verde de 913,8has, o distrito é limitado a norte pelo distrito de Marracuene, a Sul pela Baía de Maputo, a este pelos distritos 2 e 4 respectivamente, e a Oeste pelo vale do Infulene (CMM, 2025). KaMubukwana possui uma população total de 319.968, no seio da qual 166.588 são mulheres de acordo com o Censo 2017 (INE, 2019a), distribuída entre os catorze bairros que possui, nomeadamente: Luís Cabral, Jardim, Inhagoia "A" e "B", Nsalene, 25 de Junho "A" e "B", Bagamoyo, Jorge Dimitrov, Malhazine, Magoanine "A", "B" e "C", e Zimpeto. (CMM, 2025) De acordo com esta fonte, KaMubukwana possui um total de sete Centros de Saúde (CS, Zimpeto, Bagamoio, Inhagoi, Magoanine Tendas, Magoanine S) e o Hospital Geral (HG, Hospital Psiquiátrico de Influente),que prestam serviços vinculados ao CCU. A figura seguinte representa o distrito KaMubukwana:



Figura 3: Representação do distrito municipal de KaMabukwna

Fonte: https://mapcarta.com/pt/33713308

7.2.2. Distrito de NlhaMankulu

O distrito NlhaMankulu está localizado no Nordeste da região da cidade de Maputo (CMM, 2023). Os dados do Senso 2017 apontam que este distrito possui uma população de 127.079 habitantes, dentre os quais 64.190 são mulheres (INE, 2019b). Esta população está distribuída entre os onze bairros que o distrito possui, nomeadamente: Aeroporto A, Aeroporto B, Chamanculo A, Chamanculo B, Chamanculo C, ChamanculoD, Malanga, Minkadjuine, Munhuana, Unidade 7 e Xipamanine (Conselho Municipal de Maputo, 2023). Em termos de US, o distrito de NlhaMankulu possui quatro CS (Chamanculo, Xipamanine e José Macamo) e dois HG (HG do Chamanculo e HG José Macamo) totalizando seis (Direcção dos Serviços Municipais de Saúde e Acção Social [DSMSAS], 2015).

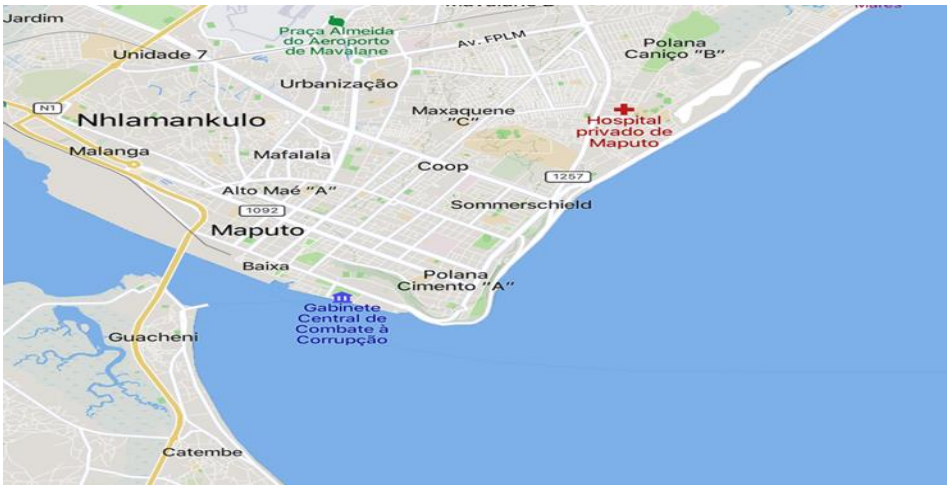

Figura 4: Representação do distrito municipal de NlhaMankulu

Fonte: https://mapcarta.com/pt/33717334

7.3. Período do estudo

O período de estudo foi de Janeiro de 2024 até Junho de 2025. Delimitou-se este período pelo facto de se pretender realizar uma análise retrospectiva, que iniciou no ano findo até o momento da realização e finalização da presente pesquisa, considerando que o processo de recolha, análise e interpretação dos dados foi efectivado de Março até Junho do presente ano.

7.4. População do estudo

O estudo teve uma população composta por duas categorias de participantes, sendo que junto de uma foram obtidos dados quantitativos, e de outra, qualitativos. Desta forma, doravante, foram descritas de forma separada as vertentes quantitativa e qualitativa:

a) Vertente quantitativa

Esta vertente é da categoria das mulheres usuárias dos SS do CCU oferecidos nas US que foram testadas com VIA. No seio destas, buscou-se dados quantitativos referentes às necessidades e percepções dessas mulheres, relacionadas à QSS. De acordo com o Relatório Anual de Saúde Materna Infantil (SMI, 2023), estas mulheres totalizavam 9.653 em KaMubukwmana e 16.024 em NlhaMankulu. Desta forma, o tamanho da população (N) deste estudo foi de 25.677 mulheres testadas com VIA.

b) Vertente qualitativa

Nesta vertente, estão os profissionais de saúde que prestavam SS do CCU nas US. Junto destes participantes, buscou-se recolher dados qualitativos referentes aos SS prestados no âmbito do rastreio e tratamento do CCU, aprofundando as práticas adoptadas na prestação desses serviços.

7.4.1. Amostra e amostragem

a) Vertente quantitativa

Aplicou-se a amostragem estratificada não proporcional para seleccionar as mulheres usuárias dos SS do CCU, o que significa, conforme Gil (2008), que as participantes foram agrupadas em estratos de acordo com suas características. Neste caso, considera-se duas características: o distrito e a US. O estudo foi realizado em cinco US, três no distrito NlhaMankulu e duas em KaMubukwana. No primeiro distrito, foram analisados os casos do CS José Macamo (CSJM), CS Xipamanine (CSX) e CS de Chamanculo (CSC), e no segundo, CS do Bagamoyo (CSB) e CS do Zimpeto (CSZ).

Para a definição do tamanho da amostra quantitativa, foi assumido um nível de confiança de (σ^2): 95% e um erro de estimação de(E^2): 5%. Foram considerados os seguintes dados e fórmula com os respectivos procedimentos:

Dados:

1. Tamanho da população (N): 25.677 [2] – número de mulheres com VIA realizadas em 2023
2. Nível de confiança (σ^2): 95% = 2 (escolhido em função do número de desvios – sigmas)
3. Erro de estimação permitido (E^2): 5%
4. Proporção das características pesquisadas no universo (p): 1.927[3] (8%) – número mulheres com VIA positva em 2023.
5. Proporção do universo que não possui as características em percentagem (q): (q = 100-8) = 92

Fórmula: $n = \frac{\sigma^2 \,.\, \mathrm{p} \,.\, \mathrm{q} \,.\, \mathrm{N}}{E^2(N-1) + \sigma^2 \,.\, p \,.\, q}$

[2] Reflecte o somatório dos casos de VIA realizadas nos distritos de KaMubukwana e NlhaMankulu.
[3] Reflecte o somatório dos casos de VIA positiva dos distritos de KaMubukwana e NlhaMankulu.

$$\boldsymbol{n} = \frac{2^2 \,.\, 8 \,.\, 92 \,.\, 25.677}{5^2(25.677 - 1) + \, 2^2 \,.\, 8 \,.\, 92}$$

$$\boldsymbol{n} = \frac{4 \,.\, 8 \,.\, 92 \,.\, 25.677}{25 \,.\, 25.677 + \, 4 \,.\, 8 \,.\, 92}$$

$$\boldsymbol{n} = \frac{75.593.088}{641.925 + \, 2.944}$$

$$\boldsymbol{n} = \frac{75.593.088}{644.869} = 117$$

De acordo com os procedimentos expostos, num universo de 25.677 casos da VIA realizadas (somatório dos dois distritos), com base num nível de confiança de 95%, definiu-se uma amostra de 120[4] mulheres, o que correspondeu ao número total das mulheres usuárias dos SS com VIA positiva que participaram da pesquisa. Tratando-se de uma amostra estratificada não proporcional, trabalhou-se com o mesmo número de casos nos cinco estratos (CS) acima definidos, pelo que, foram inquiridas 24 mulheres em cada US. Estas mulheres foram identificadas e recrutadas a partir das US, junto das consultas de Planeamento Familiar-Cancro do Colo de Útero e de Mama (PF-CACUM), onde foi solicitada uma lista de contactos de mulheres atendidas durante o período de estudo por meio da qual as utentes dos servicos de CCU foram abordadas e recrutadas.

b) Vertente qualitativa

Na selecção das profissionais de saúde que prestavam SS do CCU nas US, aplicou-se a amostragem convencional, seleccionando aquelas que estavam presentes nas US durante o trabalho de campo. No total, foram recrutadas cinco profissionais de saúde, que foram encontradas nas US e mostraram disponibilidade. Este número foi significativo para este trabalho, sendo que os dados obtidos apresentaram pouca variação em termos de conteúdos entre as cinco US, onde foi realizado o trabalho de campo. Essas profissionais estiveram directamente inseridas na prestação dos SS de ratreio e tratamento de CCU durante o período em análise neste

[4] Tratando-se de um número de tamanho de amostra ímpar – o que impossibilita dividir equitativamente entre as cinco US –, optou-se por acrescentar três casos para não afectar negativamente o nível de confiança, atribuindo 24 casos a cada US, o que totalizou uma amostra de 120 mulheres.

trabalho, pelo que, foram consideradas informantes-chave, tendo facultado informação relevante e significativa para a análise da qualidade desses serviços.

7.4.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

A selecção dos sujeitos da pesquisa baseou-se nos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Tabela 1: Critérios de inclusão e exclusão

Critério de inclusão	**Vertente quantitativa:** mulheres usuárias	Ter de 20 a 49 anos de idade[5]; ter a VIA realizada nas consulta de PF-CACUM em 2024; ter a VIA positiva; ter a sua ficha de registo sobre o uso dos SS do CCU na US; ter o número de contacto disponível na US.
	Vertente qualitativa: profissionais de saúde	Ser funcionário da US; estar a trabalhar no sector dos SS do CCU; possuir no mínimo dois anos de trabalho no sector dos serviços do CCU; ter actuado na prestação de SS de CCU no ano 2024; consentir a sua participação.
Critérios de exclusão	**Vertente quantitativa:** mulheres usuárias	Não ser localizável durante o trabalho de campo; apresentar estado de saúde gravemente debilitado que impossibilita a sua participação na pesquisa; não consentir a sua participação.
	Vertente qualitativa: profissionais de saúde	Não ser mais funcionário da US; não estar na US e nem estar contactável durante o trabalho de campo; reconhecer possuir pouco domínio dos serviços do CCU prestados em 2024; recusar-se a assinar o termo de consentimento.

Fonte: Produzido pela autora

7.5. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados foi feita por meio de duas técnicas, uma quantitativa e outra qualitativa. O questionário foi a técnica quantitativa, usada para a recolha de dados relacionados com as necessidades e percepções das mulheres usuárias quanto às dimensões da QSS nas US no âmbito

[5] Este intervalo etário é o considerado de maior risco de CCU, pelo que, é o priorizado no rastreio da doença.

do rastreio e tratamento do CCU. Enveredou-se pelo questionário semi-fechado e de administração indirecta. Com a excepção dos itens referentes ao modelo SUSSQUAL, o questionário semi-fechado serviu para não limitar as respostas das mulheres inquiridas às alternativas pré-definidas no que concerne às necessidades de saúde das mulheres usuárias dos SS. Novas respostas foram facultadas pelas inquiridas às perguntas colocadas, o que possibilitou obter dados não previstos. O questionário de administração indirecta serviu para facilitar o preenchimento do questionário, na medida em que foi a assistente de pesquisa que preencheu de acordo com as respostas dadas pelas inquiridas. Esta modalidade do questionário foi apropriada considerando que parte significativa das mulheres inquiridas apresentava dificuldade de leitura.

As perguntas do questionário foram definidas em função do modelo de avaliação de qualidade SUSSQUAL. Conforme Neta et al. (2022), este modelo define um total de 21 questões, formuladas para os usuários dos SS incidindo sobre as dimensões tangibilidade, eficiência, eficácia, efectividade, centralidade no paciente, segurança, empatia, acesso e legislação. (Vide 6.2. Marco teórico) O questionário concebido neste trabalho apresentou um total de 20 questões, limitadas com base nas particularidades dos contextos das US dos distritos de KaMubukwana e NlhaMankulu, que tornou uma questão irrelevante. As alternativas para essas questões seguiram a escala de Likert, expressando-as nos cinco seguintes graus: «discordo completamente», «discordo», «indiferente», «concordo» e «concordo completamente».

A administração do questionário foi realizada em dois momentos subsequentes. No primeiro, foi conduzido um inquérito piloto no CSB, em Fevereiro de 2025, com cinco mulheres usuárias selecionadas aleatoriamente, permitindo reduzir o número de questões do modelo SUSSQUAL de 21 para 18, mantendo os cinco graus de alternativas de Likert, sendo todos os questionários considerados válidos, com exceção das três questões eliminadas. O segundo momento consistiu na recolha efetiva de dados junto da amostra total, durante Março e Abril de 2025, nas cinco unidades sanitárias selecionadas, em português ou changana, conforme a preferência das inquiridas, durante o horário normal de funcionamento.

Durante o trabalho de campo, enfrentaram-se desafios tanto na recolha de dados quanto na prática do rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero. As entrevistas com as enfermeiras foram inicialmente dificultadas pela rotina ocupada e pela relutância em participar. Para superar

essas barreiras, estabeleceu-se contato prévio com a Direção Distrital e com as administrações das unidades sanitárias, garantindo apoio institucional. Adicionalmente, foram realizadas formações rápidas in loco para orientar as enfermeiras quanto à aplicação correta do questionário e à execução dos procedimentos de rastreio, assegurando a qualidade dos dados coletados e da prestação do serviço.

A entrevista semi-estruturada foi a técnica usada para a recolha de dados qualitativos, referentes à prestação de serviços de rastreio e tratamento do CCU junto das profissionais de saúde em cada US. Optou-se por esta técnica para combinar a previsibilidade dos dados por meio de questões previamente definidas e a imprevisibilidade, formulando novas perguntas às interlocutoras ao longo da conversa. Para conduzir as entrevistadas, foi concebido um guião de entrevista contendo um número limitado de questões, definidas em função dos objectivos específicos.

As entrevistas foram igualmente realizadas nas US. No entanto, para sua maior autonomia na formulação das respostas, as conversas decorreram em um local isolado, onde só estavam presentes a autora do estudo, na qualidade de entrevistadora, e as profissionais de saúde entrevistadas. Com a anuência destas últimas, as conversas foram documentadas com base num bloco de nota e de um telefone celular para a sua gravação, de modo a facilitar a posterior transcrição para análise e interpretação. Todas as conversas conduzidas em português, tendo uma duração média de 20 a 30 minutos, pois as entrevistadas possuíam maior facilidade de comunicação.

Tabela 2: Relação entre objectivos, constructos e fontes de dados

Objectivo específico	**Variável**	**Fonte de dados**
• Identificar sócio-demograficamente as mulheres usuárias dos serviços de rastreio e tratamento do cancro do colo do útero nas unidades sanitárias.	Sócio-demográfica	- Questionário
• Descrever as práticas de prestação de serviços de rastreio e tratamento do cancro do colo do útero ao nível das unidades sanitárias.	Serviços de saúde	- Entrevistas

• Caracterizar a situação médica das mulheres usuárias atendidas nas unidades sanitárias quanto ao rastreio e tratamento do cancro do colo do útero.	Situação médica	- Questionário
• Descrever as necessidades das mulheres usuárias atendidas nas unidades sanitárias quanto aos serviços de cancro do colo do útero nas unidades sanitárias.	Necessidades	- Questionário
• Avaliar as percepções das mulheres usuárias acerca dos serviços de rastreio e tratamento do cancro de colo do útero nas unidades sanitárias.	Percepções	- Questionário

Fonte: Produzido pela autora

7.6. Variáveis

Para a recolha dos dados, foram definidas as seguintes variáveis quantitativas e qualitativas:

Tabela 3: Operacionalização das variáveis quantitativas relacionadas com os respectivos objectivos

Objectivos	Variáveis	Indicadores
• Identificar sócio-demograficamente as mulheres usuárias dos serviços de rastreio e tratamento do colo do útero nas unidades sanitárias.	Sócio-demográfica	(i) Idade; (ii) Estado civil; (iii) Residência; (iv) Escolaridade; (v) Ocupação; (vi) Filhos.
• Caracterizar a situação médica das mulheres usuárias atendidas nas unidades sanitárias quanto ao rastreio e tratamento do colo do útero.	Situação médica	(i) Tipo de diagnóstico realizado (ii) Tipo de lesão (iii) Suspeita de cancro do colo do útero
• Descrever as necessidades das mulheres usuárias atendidas nas unidades sanitárias quanto aos serviços de cancro do colo do útero nas unidades sanitárias.	Necessidades	(i) Carências ligadas à saúde; (ii) Identificação de serviços para suprir carências; (iii) Procura de serviços para suprir carências;

• Avaliar as percepções das mulheres usuárias acerca dos serviços de rastreio e tratamento do cancro do colo do útero nas unidades sanitárias.	Percepções	(i) Imagens sobre serviços; (ii) Significados atribuídos aos serviços; (iii) Importância que dão aos serviços; (iv) Avaliação dos serviços.

Fonte: Produzido pela autora

Tabela 4: Operacionalização das variáveis qualitativas relacionadas com o respectivo objectivo

Objectivo	Variáveis	Dimensões	Indicadores
• Descrever as práticas de prestação de serviços de rastreio e tratamento do cancro do colo do útero ao nível das unidades sanitárias.	**Serviços de saúde do rastreio e tratamento cancro do colo do útero**	Rastreio	(i) Critérios de identificação de mulheres em risco; (ii) Procedimentos definidos para testar de lesões percursoras.
		Diagnóstico	(i) Conhecimento possuído; (ii) Técnicas definidas; (iii) Formulação de hipótese; (iv) Inferências possíveis; (v) Critério de avaliação das inferências.
		Tratamento	(i) Resultados esperados; (ii) Cuidados definidos; (iii) Técnicas definidas.
	Prestação de serviços	(i) Normas prescritas; (ii) Procedimentos prescritos; (iii) Conhecimentos possuídos; (iv) Necessidades de saúde identificadas; (v) Actos/acções realizados; (vi) Cuidados prestados; (vii) Forma de interacção com utente/usuário; (viii) Resultados alcançados.	

Fonte: Produzido pela autora

7.7. Gestão e análise de dados

A estatística foi a técnica aplicada para a análise dos dados quantitativos, recolhidos por meio do questionário junto das mulheres usuárias no que tange às necessidades e percepções relativas à QSS do CCU. No entanto, antes foi usado o *Software Statistical Package Social Science* (SPSS), v.25.0 para construir a base de dados, na qual estes foram lançados e organizados, a para a

produção dos outputs (tabelas, gráficos, frequências absolutas e percentagens). O uso da Tendência Central consistiu em usar frequências absolutas (Fr) e percentagens (%) para analisar os dados, pelo que, as tendências foram avaliadas expressando os comportamentos (respostas) mais comuns e mais ou menos predominantes.

Em conformidade com o modelo SUSSQUAL, o Índice de Satisfação/concordância Global (ICG, %) foi aplicado expressar o grau de satisfação no seio da amostra definida. Para a aplicação deste índice, foi considerada como linha de classificação 50%, o que significa que o paciente globalmente concordante tem um percentual igual ou acima de 50%. Para esse fim, foi considerada a seguinte fórmula: Concordância da usuária = $\frac{\text{Número de itens concordo}}{\text{Número Total de itens}} \text{x}100$

Para a análise e interpretação dos dados qualitativos, recolhidos por meio das entrevistas semi-estruturadas, foi aplicada a técnica de análise de conteúdo, o que possibilitou seleccionar apenas os conteúdos mais significativos e relevantes para melhor compreensão dos SS do CCU e da sua prestação nas US estudadas. A aplicação desta técnica foi feita em três etapas subsequentes. A primeira foi da leitura exploratória, na qual, após a transcrição das gravações, procedeu-se com a leitura dos dados, o que permitiu familiarizar-se com os conteúdos dos mesmos. Seguiu-se a etapa da selecção e agrupamento dos dados, em que os dados foram a seleccionados e agrupados em função das suas semelhanças e diferenças. Este procedimento serviu para aprofundar o distanciamento e proximidade entre a prestação dos serviços de CCU entre as US estudadas. Por fim, na terceira etapa, os dados agrupados foram analisados e interpretados à luz do referencial teórico e conceptual seleccionado e operacionalizado no trabalho. As análises e interpretações feitas foram sustentadas com base nos depoimentos extraídos das transcrições das entrevistas.

8. Limitações do estudo

Duas grandes limitações são relevantes de ser apontadas para a pesquisa. A primeira está relacionada com o facto de se ter de trabalhar com uma amostra de mulheres usuárias dos SS do CCU aos níveis distritais que pode não ser representativa do total das mulheres atendidas nos programas de rastreio e tratamento do CCU. Desta forma, não se pode inferir que os resultados alcançados na pesquisa reflectem toda a população das mulheres utentes atendidas nas US nos distritos em estudo. Para minimizar a influência desta limitação na validade do estudo, a discussão dos resultados foi feita com outros estudos realizados no contexto acerca da QSS, especialmente de CCU. Este procedimento possibilita verificar até que ponto as ilações extraídas são corroboradas e extensíveis a outros casos não incluídos na amostra definida.

A segunda limitação reside no facto de a pesquisa decorrer em US, onde são prestados e acedidos serviços de CCU pelos profissionais de saúde e mulheres utentes respectivamente. Nesse ambiente sanitário, as interlocutoras tinham o potencial de se sentir constrangidas e receosas de responder com honestidade as questões colocadas. Para minimizar o impacto desta limitação na validade dos dados, as conversas foram realizadas em um lugar privado, de acesso apenas da entrevistadora/inquiridora e entrevistada/inquirida, garantindo que continuassem a prestar e a receber serviços de saúde.

9. Considerações éticas

9.1. Revisão do protocolo

O presente protocolo, a após a sua conclusão por parte da proponente e aprovação pelo supervisor, foi submetido primeiro à Comissão Científica da Faculdade de Medicina, onde foi sujeito à uma revisão crítica do ponto de vista da sua validade científica. Após a sua aprovação por este comité, o protocolo foi submetido ao Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM), onde se fez a segunda revisão, com foco para os aspectos éticos.

9.2. Consentimento informado

A participação de todos os sujeitos na pesquisa foi sujeita à assinatura do Termo de Consentimento Informado por meio do qual as participantes consentiram participar do estudo. Este termo foi apresentado às participantes com informações acerca do tema e objectivos da pesquisa; âmbito de realização e sua finalidade; relevância; métodos do estudo; procedimentos de selecção dos participantes; considerações éticas; direitos e deveres dos participantes e contactos a serem usados em casos de sugestões, dúvidas, denúncias, reclamações ou outras questões relativas à pesquisa. Foram produzidas duas cópias do termo de consentimento, assinadas por cada participante e pela pesquisadora, devendo cada parte ficar com uma versão.

9.3. Confidencialidade e anonimato

Os dados foram tratados com a devida confidencialidade e anonimato. A confidencialidade foi observada por meio da conservação dos dados em arquivos electrónicos e físicos devidamente protegidos por chaves física e electrónica, respectivamente, cujo acesso era e continua sendo apenas da pesquisadora proponente. O arquivo físico está mantido na gaveta da secretária no seu local de trabalho e o arquivo electrónico continua aberto no seu computador. Após a conclusão do estudo, os dados serão conservados por um período de dois anos e depois destruídos.

O anonimato foi observado de três formas. Primeiro, não foram solicitados os nomes próprios das participantes do estudo durante o inquérito; segundo, não se conserva no mesmo arquivo aspectos identitários e os dados correspondentes, de modo que não se possa saber quem disse o

quê; por último, na apresentação dos resultados de pesquisa, as ilustrações retiradas das entrevistas são identificadas por meio de códigos (número da entrevista e US).

9.4. Riscos e benefícios

Foram identificados potenciais riscos para as participantes da pesquisa. Para os profissionais de saúde, considerou-se o risco de sere-m identificadas como técnicas que não cumprem com os instrumentos normativos e estratégicos com base nos quais deveriam orientar a sua actuação no âmbito da prestação de SS do CCU. Para as pacientes elegíveis, considerou-se igualmente o risco de ser identificadas como descontentes em relação à prestação dos serviços de CCU nas US. Tanto para um quanto para o outro grupo, a observância rigorosa da confidencialidade e do anonimato será a estratégia para eliminar ou, pelo menos, minimizar os riscos mencionados.

Não foi atribuído nenhum benefício directo ou material às participantes por consentirem em participar do estudo. Considerou-se que os profissionais de saúde têm benefícios indirectos. Trata-se da possibilidade de conhecer a avaliação que as pacientes elegíveis fazem da sua actuação na prestação de serviços de CCU. Para as pacientes elegiveis, o benefício indirecto, no mesmo sentido, consiste em poderem expressar abertamente e livremente as suas percepções sobre os SS que lhes foram prestados sem receio de serem repreendidas pelas profissionais de saúde. Considerando que as pacientes elegíveis devem regressar à US um a três anos após o primeiro rastreio, elas poderão ter, no futuro, acesso a SS do CCU melhorados, caso as US em estudos decidam, em função dos resultados deste trabalho, introduzir medidas correctivas para melhorar a qualidade dos SS que prestam.

9.5. Partilha dos resultados

Os resultados deste estudo serão partilhados com todos os interessados em ter acesso aos mesmos. Este relatório será primeiro partilhado no âmbito da defesa da dissertação para obtenção do grau de mestrado na Faculdade de Medicina. Após a revisão da versão defendida, o mesmo será reproduzido e submetido nas US, onde a pesquisa realizada para que seja de acesso das participantes da pesquisa. Os resultados serão usados para produzir um artigo científico a ser publicado numa revista científica nacional e/ou internacional, basta que seja da área da saúde

pública. A proponente está aberta a pedidos para a partilha do relatório em formato electrónico sob determinadas condições a serem pontualmente acordadas.

10. Apresentação dos resultados

Esta sessão está subdividida em quatro tópicos subsequentes, correspondentes aos temas considerados relevantes para melhor apresentação dos resultados da pesquisa feita.

10.1. Características sócio-demográfica das pacientes rastreadas

As pacientes dos serviços de rastreio e tratamento do CCU nas cinco US seleccionadas são um grupo heterogéneo. Conforme a tabela 5, dentre as 120 pacientes elegíveis inquiridas, 70.8% acedeu aos serviços de CCU em US localizadas no distrito KaMubukwna. Maior parte possui idades no intervalo de 36-45 anos (51.7%), seguindo com idades acima de 45 anos (32.5%).

Maior parte das pacientes inquiridas residia no distrito KaMubukwana (43.3%), seguindo as residentes fora do distrito onde está localizada a US na qual acederam aos serviços de CCU (42.5%). Então, as US de KaMubukwana e Nlhamankulu recebem pacientes de outros distritos.

Dentre as 120 inquiridas, grande parte das pacientes elegíveis era solteira (92.5%). Parte significativa era escolarizada, sendo que 65% possuía o nível primário concluído, seguindo 27.5% com o nível básico/técnico. A maioria não tinha nenhuma formação profissional (80.8%).

Em termos de ocupação, grande parte exerce uma actividade por conta própria (45%), uma parte é trabalhadora por conta de outrem (20.8%) e outra não possui qualquer ocupação (27.5%). Por fim, no que se refere aos filhos, a maioria das pacientes elegíveis afirmou ter pelo menos um filho (70%), sendo que outras tinham de 3 a 4 filhos (25.8%) e 7 filhos (23.3%)

Tabela 5: Dados sócio-demográficos das mulheres usuárias inquiridas na pesquisa

Variáveis	Categorias	Fr.	%
Distrito	KaMubukwna	85	70.8
	NlhaMankulu	35	29.2
Idade	26-35 anos	19	15.8
	36-45 anos	62	51.7
	Mais de 45 anos	39	32.5
	KaMubukwana	52	43.3

Residência	NlhaMankulu		17	14.2
	Fora do distrito		51	42.5
Estado civil	Solteira		111	92.5
	Casada		9	7.5
Escolaridade	Primário		78	65
	Básico/Técnico		33	27.5
	Médio/Técnico		8	6.7
	Sem escolaridade		1	.8
Formação profissional	Não		97	80.8
	Sim		23	19.2
Ocupação	Trabalhadora de outrem		25	20.8
	Trabalhadora própria		54	45
	Não tem		33	27.5
	Não respondeu		8	6.7
Filhos	Não		36	30
	Sim	1-2	24	20
		3-4	31	25.8
		5-6	1	.8
		7+	28	23.3

Fonte: Produzido pela autora com base nos dados de campo

Na categoria das profissionais de saúde entrevistadas, as características sócio-demográficas apresentam menor grau de heterogeneidade, como mostra a tabela 6 abaixo:

Tabela 6: Perfil sociodemográfico e profissional das 5 enfermeiras entrevistadas (n = 5)

Variáveis	Categorias
Sexo	Feminino
Idade	25 anos, 27 anos, 28 anos
Nível de escolaridade	Básico
Residência	Santa Isabel, Muhalaze, Albazine, Mahotas, Zimpeto
Estado civil	Solteiras
Formação profissional	Técnica
Categoria profissional	Médio
Tempo inserido na especialidade	3, anos, 4 anos, 5 anos
Tempo de trabalho na saúde	3 anos, 4 anos, 5 anos
Tempo de trabalho na US	1 ano, 2 anos, 3 anos, 4 anos
Sector de trabalho na US	CACUM
Cargo ocupado na US	Relação saúde materna infantil

Fonte: Produzido pela autora com base nos dados de campo

Cada profissional de saúde, entre as cinco entrevistadas, pertence a uma das unidades sanitárias selecionadas. Todas são do sexo feminino, com nível de escolaridade básico, solteiras, possuem formação profissional técnica média e categoria profissional média, Cancro do Colo do Útero e da Mama (CACUM) como sector de trabalho na US de afectação, onde ocupam o cargo de Enfermeiras de Saúde Materna e Infantil

As diferenças nas suas características residiam nas idades, que variaram de 25 anos, 27 anos até 28 anos; nas residências situadas nos bairros de Santa Isabel, Muhala, Albazine, Mahotas, Zimpeto; no tempo de inserção na especialidade de CACUM que variou de três, quatro e cinco anos; no tempo de trabalho no sector de saúde, que foi dos três, quatro até cinco anos; e, por fim,

10.2. Prestação de serviços de saúde de rastreio e tratamento do CCU

Dedica-se esta secção à apresentação de resultados referentes à prestação dos serviços de rastreio e tratamento do CCU nas cinco US estudadas.

10.2.1. Serviços de saúde de rastreio do CCU

Questionou-se às profissionais de saúde acerca das razões para o rastreio do CCU às pacientes elegíveis, pelo que, responderam nos seguintes termos:

> "O rastreio é fundamental porque permite a identificação precoce das lesões pré-cancerosas nos estágios iniciais, assim é possível intervir a tempo, prevenindo a progressão para cancro invasivo." (Entrevistada de 25 anos de idade, com 1 ano de trabalho no CS do Zimpeto)

As interlocutoras destacaram a importância do rastreio para a saúde e qualidade de vida das mulheres, salientando que é possível detectar precocemente a presença de lesões relacionadas ao CCU, o que possibilita diagnosticar a sua natureza e prevenir a sua progressão. O diagnóstico, por sua vez, leva ao tratamento na própria US. O rastreio representa, assim, uma etapa essencial de um processo mais amplo, que pode culminar com o tratamento da lesão identificada.

Avaliando a procura dos serviços de rastreio durante o período em análise (Janeiro de 2024-Junho de 2025), as entrevistadas remeteram a duas situações distintas:

> "Tivemos um baixo número de rastreio nesse ano, devido à falta de pacientes na US." (Entrevistada de 27 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do José Macamo)

> "Houve uma procura considerável. Comparando com o ano anterior, houve uma ligeira redução." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Xipamanine)

De um lado, estão US como o CSJM, onde houve um baixo nível de procura pelos serviços de rastreio, atribuível, entre outros factores, à fraca afluência de mulheres à US. Por outro lado, US como o CSX reportaram uma procura considerável, embora tenha sido observada uma redução

em relação ao ano anterior. De forma geral, tanto num quanto noutro caso, ocorreu uma tendência à redução do número de mulheres desde o início de 2024 até 2025.

A oferta do serviço de rastreio consistiu em um conjunto de procedimentos sequenciados que culminou com o conhecimento da condição médica das pacientes, como está abaixo descrito:

> "O rastreio inicia-se com a divulgação dos serviços nos bairros e com a sensibilização das mulheres para aderirem. Na US ou na brigada móvel (Clínicas Móveis), realiza-se inicialmente um aconselhamento, no qual a paciente elegível é informada sobre o que será feito, como o rastreio será conduzido, e quais são os objectivos do procedimento. Começamos com o exame clínico das mamas. Posteriormente, é realizado o exame pélvico. Se a paciente relatar dor ou for identificada alguma massa anormal, prosseguimos com o exame especular. (…). Com base na reacção ao ácido, é possível obter um resultado imediato, que pode ser negativo ou positivo." (Profissional de saúde, 25 anos, 1 ano de experiência, CS do Zimpeto)

O rastreio inicia com a sua divulgação nas comunidades, com o objectivo de alcançar as mulheres potenciais beneficiárias. Segue-se a sensibilização para motivar essas mulheres a procurarem os serviços disponibilizados. O acesso ao rastreio ocorria tanto nas US, como através de brigadas móveis (Clínicas Móveis).

Durante o processo de rastreio, as pacientes eram inicialmente submetidas ao aconselhamento, em que recebiam informações detalhadas sobre a natureza da intervenção e os procedimentos clínicos que seriam realizados. Procede-se com uma sequência de exames físicos e ginecológicos, com o objectivo de identificar a presença de lesões ou alterações sugestivas de CCU. Os resultados dos exames podiam ser facultados imediatamente, confirmando ou não a suspeita de lesão pré-cancerosa ou cancerosa, encerrando assim o ciclo do rastreio inicial.

A selecção das mulheres para o rastreio ocorreu em diferentes momentos e circunstâncias:

> **"**As mulheres chegam sozinhas ao centro preocupadas com sua saúde, muitas vezes referenciadas por outras profissionais de saúde da própria unidade ou por pessoas conhecidas que as encorajam a procurar o rastreio. Uma vez na US, é observada uma

ordem de prioridade: além das utentes provenientes dos serviços de Cuidados e Tratamento, dá-se atenção especial ao sector da Consulta da Criança em Risco, onde, uma mãe é priorizada para o rastreio. Posteriormente, são atendidas as mulheres com idade mais avançada." (Profissional de saúde, 28 anos, 3 anos de experiência, CS do Xipamanine)

O atendimento foi direccionado a mulheres que chegaram aos serviços de rastreio de diferentes formas: algumas por iniciativa própria, motivadas por preocupações com a sua saúde; outras pela indicação de pessoas próximas; outras ainda referenciadas por um profissional de saúde. Destacou-se o papel das consultas de Cuidados e Tratamento (TARV), sobretudo para mulheres seropositivas, como uma porta de entrada para o rastreio do CCU. Desta forma, a selecção das pacientes elegíveis ocorreu com base em critérios de prioridade. Foram privilegiadas, em primeiro lugar, as mulheres mães e, em segundo lugar, as de idade mais avançada.

O rastreio do CCU foi feito com base nos seguintes métodos:

"Aqui, usamos o ácido asséptico e o HPV." (Entrevistada de 27 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do José Macamo)

"Usamos o ácido asséptico, que são métodos eficazes. o ácido asséptico está nos 99% ou 100% de uma via positiva ou uma via negativa. São resultados confiáveis" (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Xipamanine)

Foram basicamente aplicados dois métodos para o rastreio: o ácido acético (VIA - inspecção visual com ácido acético) e o teste de ADN do HPV. O uso destes métodos resultou da sua eficácia, considerada elevada, com taxas de acerto referidas entre 99% e 100%.

A realização do rastreio esteve sujeita a normas e valores pré-estabelecidas, de cumprimento obrigatório:

"O MISAU estabelece como grupo-alvo mulheres que tenham idades compreendidas entre os 25 e os 54 anos e toda mulher Vivendo com a HIV sexualmente activa independente da idade. Esta orientação foi observada de forma consistente durante o trabalho de campo nas US, onde as profissionais de saúde asseguraram o cumprimento desse critério no processo

de triagem para o rastreio." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do Bagamoyo)

"Garantir que todas as mulheres que se dirigem à US para o rastreio sejam atendidas de forma adequada, sem discriminação e com prioridade, realizem o tratamento na própria US. Além disso, é fundamental assegurar que as mulheres que tenham sido tratadas sejam devidamente orientadas quanto ao retorno para novo rastreio. Elas devem ser livres de tomar próprias decisões e para isso recebem informações e esclarecimentos." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do Bagamoyo)

As profissionais de saúde entrevistadas conheciam as normas emanadas do MISAU para o rastreio. Essas directrizes guiaram a selecção das pacientes beneficiárias do rastreio nas US. Foi consensual o seu cumprimento entre as entrevistadas, livres de quaisquer constrangimentos, devido à existência de equipamentos necessários à efectiva realização do rastreio do CCU.

Na lista dos valores, destacou-se a garantia do atendimento de todas as mulheres que apareciam na US; não discriminação de qualquer mulher; o respeito pelo atendimento prioritário; respeito pela liberdade de decisão; a partilha de informação e obtenção de esclarecimento. Estes valores foram observados sem dificuldades no processo do rastreio.

As entrevistadas passaram por um processo de aprendizagem das normas e valores:

"Aprendi durante algumas formações e capacitações em serviço, bem como por meio das informações partilhadas pelas instituições que promovem e acompanham o trabalho de rastreio. Também tive acesso a certos conteúdos ainda na escola, os quais fui aplicando e complementando com as novas informações adquiridas." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Xipamanine)

Os espaços de aprendizagem foram diversos. As formações e capacitações realizadas no contexto do trabalho figuraram como um dos principais. Além disso, o acompanhamento técnico contínuo também facilitou a aprendizagem. A formação escolar representou igualmente um espaço em que se aprendeu normas e valores relativos ao rastreio do CCU.

A actuação das profissionais de saúde esteve condicionada ao alcance de metas definidas quanto ao número de mulheres atendidas:

> "No ano passado, estabeleci uma meta semanal de atender 50 pacientes. Embora algumas semanas eu não tenha conseguido alcançar esse número, consegui cumprir minha meta anual, que era de aproximadamente 1700 atendimentos." (Entrevistada de 27 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do José Macamo)

> "Para os CS, as metas semanais têm sido de 50 pacientes, com uma meta anual entre 1.700 e 2.000. Não posso afirmar que o alcance dessas metas seja muito baixo. Estamos trabalhando com foco na eficácia e desenvolvendo de estratégias para melhorar a adesão das mulheres ao rastreio." (Entrevistada de 25 anos de idade, com 1 ano de trabalho no CS do Zimpeto)

Em todas as US estudadas, com algumas peculiaridades, pode-se observar que as metas definidas eram em média de 50 pacientes semanais e uma média de 1700 pacientes anuais. Estas metas não foram alcançadas nas cinco US. No entanto, atentando às suas peculiaridades, algumas estiveram mais distantes de alcançar as metas em relação às outras. Por exemplo, o CSJM, com baixo nível de procura dos serviços, esteve mais longe de alcançar as metas semanal e anual em comparação com o CSX.

A prestação dos serviços de rastreio nas US esteve sujeita aos desafios ilustrados a seguir:

> "No ano passado, enfrentámos desafios relacionados com a melhoria da qualidade do rastreio e da comunicação com as pacientes. Muitas mulheres que apresentaram lesões não retornaram para o rastreio subsequente. Por isso, implementámos estratégias para garantir o retorno das pacientes ao seguimento. (Entrevistada de 28 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do Bagamoyo)

> "Muitas delas não retornam, o que afecta a capacidade de alcançar as metas anuais. Tentamos ligar para elas, mas muitas não atendem, os números não chamam ou prometem retornar, mas não fazem isso." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Chamanculo)

A comunicação com as pacientes foi o principal desafio enfrentado por todas as profissionais de saúde. Na interacção com as pacientes, as profissionais não conseguiram garantir que retornassem à US. O telefone foi um recurso que não gerou resultados desejados, na medida em que algumas pacientes simplesmente não atenderam as chamadas telefónicas. Neste contexto, uma entrevistada defendeu a necessidade de se definir uma estratégia com vista a melhorar o processo comunicativo.

10.2.2. Prestação dos serviços de tratamento do CCU

O tratamento do CCU represente é um serviço de saúde que complementa sucede o rastreio. A seguinte passagem resume o processo que se segue para sair do rastreio ao tratamento:

> "Quando identificamos a presença de uma lesão, no mesmo dia, procedemos imediatamente com o tratamento. No caso do teste de HPV, o resultado demora cerca de 15 dias para ficar disponível. A mulher deve retornar à US após esse período para receber o resultado. Se o resultado for positivo, explicamos o diagnóstico, solicitamos que a paciente volte à marquesa para uma nova avaliação visual. Confirmada a lesão, realizamos o tratamento adequado." (Entrevistada de 27 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do José Macamo)

O resultado do rastreio determina se a mulher necessita ou não de tratamento. No caso das mulheres que realizaram o teste de HPV, o tratamento da lesão só pode ser iniciado após a disponibilidade do resultado dentro de aproximadamente 15 dias após a recolha da amostra.

A decisão de retornar à US para tratamento nem sempre era tomada na US, como se ilustra:

> "Cerca de 90% das mulheres aceitam fazer o tratamento no mesmo dia. Temos os 10% que preferem falar com o parceiro primeiro, para depois fazer o tratamento. Não é só fazer, temos que dar tempo da paciente se decidir." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Chamanculo)

> "O tratamento realizado é a Termoablação, que consiste na destruição das lesões acetobrancas resistentes presentes no colo do útero por meio de calor, promovendo a

queima controlada dessas áreas afetadas.” (Entrevistada de 27 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do José Macamo)

Algumas mulheres tiveram a possibilidade de fazer o tratamento no mesmo dia, visto que, obtiveram logo os resultados. Ainda assim, existiram mulheres que optaram por não se sujeitar ao tratamento alegando, por exemplo, que precisavam antes falar com os parceiros.

As passagens seguintes reflectem cenários similares observados nas US relativamente às metas para o tratamento:

> “A meta é garantir o tratamento de todas as mulheres com resultado positivo na VIA. Na nossa US, conseguimos alcançar essa meta, excepto nos casos das pacientes que não regressaram para o seguimento, tendo sido encaminhadas para outras US, nas quais não foi possível realizar o tratamento.” (Entrevistada de 28 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do Bagamoyo)

> “Garantir todo o tratamento para todas as pacientes que necessitam. Dentro das nossas possibilidades, alcançamos essa meta em 99%.” (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Xipamanine)

Tratar as pacientes rastreadas com via positiva foi a meta definida nas US, cujo alcance foi impossível em todas as US, devido ao não retorno de algumas mulheres para o seguimento do processo e à necessidade de referenciá-las para outras US, como se pode ver abaixo:

> “Houve tratamento de todas as mulheres. Se a paciente aceitasse, realizávamos no mesmo dia. Mas tiveram aquelas com lesão maior que 75%, que referi para outra US de referência como Hospital Geral de José Macamo. Tem outras mulheres que não tratei porque tinham DIU. Então, referi ao CS de Inhagoia para fazerem a crioterapia, que é um tratamento que consiste no congelamento não no calor.” (Entrevistada de 28 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do Bagamoyo)

As pacientes com lesão maior que 75% e com Dipositivo Intrauterino (DIU) referidas para US de referência e outras US, respectivamente. Estas últimas requeriam uma crioterapia, o que não era possível fazer na US, devido à ausência de equipamento adequado no CSB.

O tratamento das lesões foi realizado com base em dois métodos, como se pode ver:

> "Utilizámos dois métodos, que são a Termoablação e a crioterapia. A Termoablação faz a queima das placas acetobrancas presentes no colo do útero. Já a crioterapia promove o congelamento dessas lesões." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Chamanculo)

Em todas as cinco US estudadas, a Termoablação e a crioterapia foram os métodos usados para o tratamento do CCU, este último não disponível no CS como o de Bagamoyo.

Os valores que as profissionais de saúde seguiram para o tratamento do CCU foram os mesmos do rastreio supramencionados. Quanto às normas, notou-que:

> "O MISAU define que todas as mulheres com via positiva devem ser tratadas na US, onde fizeram o rastreio. Mas se tiverem via positiva maior que 75%, devem se referidas para US de referência." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Chamanculo)

> "A regra principal é ver e tratar as pacientes com resultado positivo na VIA. Caso a US não disponha dos métodos apropriados, as pacientes devem ser encaminhadas para outra US. Essa prática é adoptada em todo o território nacional e é seguida rigorosamente aqui no CS do Zimpeto." (Entrevistada de 25 anos de idade, com 1 ano de trabalho no CS do Zimpeto)

O MISAU define que seja garantido o tratamento para mulheres rastreadas com a VIA positiva dentro dos limites do nível da US. A referência a outra US deve ser justificada, como nos casos da falta do método de tratamento adequado e de mulheres com VIA positiva acima de 75%.

As profissionais apontaram para desafios que enfrentaram na sua actuação, reflectidos abaixo:

> "Algumas pacientes com lesão maior que 75% não chegam às US de referência. Outras, quando á chegam, não transmitem as orientações que damos sobre os exames, regressando com o mesmo diagnóstico." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Xipamanine)

> "A falta do aparelho alternativo ao Termobração por conta das mulheres que tem DIU. É importante manter boa comunicação com enfermeira do CS de Inhagoia para referência da crioterapia." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do Bagamoyo)

Referir e encaminhar as mulheres com VIA maior que 75% e com DIU foi um do desafio, sendo que algumas pacientes não chegaram às US de referência ou, ao chegar, não transmitiam as orientações médicas inicialmente dadas. Este último aspecto dificultou o seguimento de alguns casos, fazendo com que certas mulheres retornassem com o mesmo diagnóstico.

10.3. Situação clínica das pacientes elegíveis atendidas quanto ao CCU

Este tópico aprofunda os dados da situação clínica das pacientes elegíveis atendidas nos serviços de rastreio e tratamento do CCU, prestados no sector de consulta do programa CACUM nas US.

Tabela 7: Síntese dos dados sobre a situação clínica das pacientes

	Tópicos explorados	
Valores	**Fr.**	**%**
Porta de entrada para os serviços de CCU		
Vem de casa	38	31.7
Serviços TARV	82	68.3
Resultado do rastreio do CCU na US		
VIA positiva < 75	64	53.3
VIA Positiva >75	56	46.7
Tipo de tratamento recebido		
Crioterapia	22	18.3
Termoablação	120	81.7

Conforme a tabela 6, a maior parte das pacientes elegíveis (68.3%) num total de 120 chegou no rastreio de CCU a partir do TARV da mesma US. O resultado obtido foi maioritariamente VIA positiva <75 (53.3%), superando a VIA positiva >75 (46.7%). Junto de uma maioria das

pacientes (81.7%), foi administrada a Termoablação, sendo que a Crioterapia foi na minoria (18.3%). No geral, foram usados apenas dois métodos de tratamento.

10.4. Necessidades clinicas das pacientes elegíveis relacionadas com CCU

O seguinte tópico apresenta os dados relativos às necessidades clínicas das pacientes elegíveis, atendidas nos serviços de rastreio do CCU nas US. Vide tabela 8:

Tabela 8: Principais tópicos explorados sobre a procura e satisfação com os serviços de rastreio de CCU (n = 120)

	Tópicos explorados	
Valores	**Fr.**	**%**
Pessoa que indicou os serviços de CCU as inquiridas		
Buscou sozinha	59	49.2
Indicação do(a) provedor(a)	57	47.5
Indicação de conhecido(a)	4	3.3
Motivo para procura dos serviços de rastreio de CCU		
Conhecimento do estado de saúde	30	25
Suspeita de doença	9	7.5
Conselho de provedor(a)	66	55
Conselho de conhecido	15	12.5
Expectativa na procura dos serviços de rastreio de CCU		
Informação sobre CCU	2	1.7
Conhecer o seu estado clínico	35	29.2
Confirmar a suspeita de doença	19	15.8
Conselho de um profissional	64	53.3
cServiços prestados e acedidos na unidade sanitária		
Aconselhamento	50	41.7
Rastreio	32	26.7
Diagnóstico	4	3.3

Aconselhamento e rastreio	20	16.7
Aconselhamento e tratamento	14	11.7
Alcance das expectativas com os serviços procurados na US		
Totalmente	12	10
Muito	93	77.5
Pouco	7	5.8
Nem tão pouco	8	6.7
Satisfação das necessidades com os serviços prestados na US		
Muito satisfeita	33	27.5
Satisfeita	72	60
Insatisfeita	7	5.8
Muito insatisfeita	8	6.7

Conforme a tabela 8, dentre as 120 pacientes inquiridas, a maioria (47,5%) procurou os serviços de rastreio do CCU nas US por indicação de um(a) provedor(a) de saúde. Seguiu-se o grupo de mulher que procurou esses SS por iniciativa própria (20%). Isto mostra que as mulheres reconhecem suas necessidades clínicas relativas ao CCU.

Entre os motivos para a procura dos serviços de rastreio, predominam o conselho de provedor(a) (55%), conhecer o seu estado de saúde (25%), sendo que uma pequena parte apontou a suspeita de estar a padecer de uma doença (7.5%). Assim, os profissionais de saúde exerceram forte influência na procura pelos SS de CCU entre as pacientes elegíveis dos mesmos.

Quanto às expectativas, maior parte destacou obter o conselho de um profissional de saúde (53.3%), seguindo aceder à informação relevante para conhecer o seu estado clínico (29.2%) e confirmar a suspeita de doença (15.8%). Todas expectativas estavam relacionadas com a informação que esperavam obter do profissional de saúde na US.

Entre os serviços prestados às pacientes elegíveis, destacou-se maioritariamente o aconselhamento (41.7%), o rastreio (26.7%). Uma parte teve acesso a mais de um serviço, combinando o aconselhamento e rastreio (16.7%) e aconselhamento e tratamento (11.7%).

Muitas pacientes tiveram as suas expectativas muito atendidas (77,5%) e outras atendidas na totalidade (10%). Apenas uma pequena parte reclamou não terem atendido suas expectativas nem um pouco (5.7%).

Os graus de satisfação das necessidades das pacientes elegíveis variaram de satisfeitas para maioria (60%), passando por muito satisfeitas (27.5%) até a minoria de muito insatisfeita (6,7%). Prevalece assim a satisfação das necessidades entre as mulheres inquiridas.

Divergências: Notam-se percentagens que somam ligeiramente acima ou abaixo de 100% devido ao arredondamento, algo comum em análises percentuais.

10.5. Qualidade dos serviços de saúde de CCU

Importa a seguir aprofundar os indicadores da QSS de rastreio de CCU a partir, primeiro, da perspectiva das provedoras de saúde que os prestam nas US, seguindo a perspectiva das pacientes.

10.5.1. Percepções dos profissionais de saúde

As entrevistadas partilham a percepção segundo a qual as suas US possuem equipamento apropriado o rastreio e tratamento do CCU:

> "Aqui temos todo o equipamento necessário para o rastreio e tratamento das pacientes." (Entrevistada de 27 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do José Macamo)

> "O equipamento está assegurado em 99%. O único impedimento é a ausência do aparelho de crioterapia." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do Bagamoyo)

> "Posso dizer que sim e que não. Temos o suficiente, mas é necessário adquirir equipamento mais moderno." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Chamanculo)

As particularidades entre as profissionais reflectem-se no reconhecimento da ausência ou não de um equipamento relevante para o seu trabalho ou na necessidade de modernizar. A profissional

do CSB referiu-se à falta de crioterapia como factor crítico. Por seu turno, a profissional do CSC apontou para a necessidade modernizar os equipamentos.

Referindo-se aos esforços para adequar os procedimentos do rastreio e tratamento do CCU às necessidades das pacientes, as entrevistadas responderam que:

> "Temos referido a outras US segundo as necessidades das pacientes, embora algumas não chegam a tais unidades." (Entrevistada de 25 anos de idade, com 1 ano de trabalho no CS do Zimpeto)

> "O atendimento às necessidades das mulheres tem sido possível em aproximadamente 80%. Contudo, não é possível alcançar a totalidade, uma vez que, cada mulher apresenta necessidades e contextos distintos. Algumas enfrentam dificuldades para seguir todas as orientações recebidas." (Entrevistada de 27 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do José Macamo)

As entrevistadas concordaram que envidaram esforços para adequar os procedimentos adoptados às necessidades das pacientes, embora não tenha sido possível. Devido às peculiaridades de cada caso, às dificuldades enfrentadas pelas pacientes para chegar às US de referência e para transmitir as orientações médicas recebidas, a adequação alcançou 70% a 80%.

O rastreio e o tratamento do CCU foram realizados em concordância com as recomendações do sector de saúde no país:

> "Considero que houve 100% de cobertura, uma vez que, todas as mulheres que compareceram ao gabinete de rastreio receberam os seus resultados — sejam eles negativos ou positivos. Nos casos positivos, o tratamento foi realizado de imediato. Além disso, tenho observado uma procura crescente por parte de colegas para a realização do rastreio, sendo que, deste total, cerca de 80% das mulheres têm aderido aos serviços que ofereço." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do Bagamoyo)

As entrevistadas assumiram terem realizado o rastreio e tratamento em conformidade com as recomendações e normas profissionais estabelecidas. Justificaram esse sucesso com base na sua capacidade de oferecer esses serviços e no facto de terem tratado as pacientes necessitadas.

As entrevistadas possuíam a percepção que os procedimentos adoptados tiveram efeito no resultado final para as mulheres que atenderam:

> "Melhoramos muito o rastreio, tivemos uma das estratégias fazendo brigadas móveis, fazemos palestra nas instituições, fazendo palestra nos bairros." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Xipamanine)

> "As mulheres estão cada vez mais satisfeitas com o atendimento que damos. Quando vão embora, agradecem." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do Bagamoyo)

Argumenta-se que as pacientes atendidas nas consultas de CACUM mostraram-se satisfeitas com o atendimento que receberam. O trabalho na comunidade, onde fizeram palestras de sensibilização e instalaram brigadas móveis, foi estratégia assertiva. Dessa forma, a actuação das profissionais garantir que o resultado final fosse positivo e satisfatório para as pacientes.

Em todas as US foi destacado o esforço para transmitir às pacientes informação relevante:

> "Todas as mulheres recebem aconselhamento sobre o procedimento a ser realizado, os possíveis resultados, o que podem esperar, a importância do tratamento e os cuidados necessários a serem seguidos." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Xipamanine)

> "Essas mulheres são informadas sobre o CCU, incluindo os riscos e problemas que podem surgir, caso não realizem o rastreio preventivo, também sobre as consequências da ausência desse acompanhamento" (Entrevistada de 25 anos de idade, com 1 ano de trabalho no CS do Zimpeto)

As pacientes receberam informações sobre os problemas que enfrentariam ao não fazer o rastreio, o que esperar e encontrar nos serviços do CACUM, tratamento e procedimentos para realizá-lo. As informações giraram em torno da doença e formas de relacionar-se com ela.

Houve preocupação em garantir as que pacientes tivessem uma participação segura no âmbito da prestação dos serviços de CCU:

"Fazemos o aconselhamento para elas ficarem à vontade. Dêmos informações importantes e oferecemos segurança e confidencialidade." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do Bagamoyo)

"Cada mulher é atendida isoladamente e seus dados não são partilhados com ninguém." (Entrevistada de 27 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do José Macamo)

O aconselhamento foi uma das medidas adoptadas para garantir a participação segura das pacientes. Nele, foram partilhadas informações relevantes. O atendimento isolado e a confidencialidade visaram assegurar que as pacientes tivessem seus dados conservados em sigilo.

A correspondência entre os procedimentos médicos e as necessidades das pacientes foi uma meta pela qual lutaram as profissionais de saúde:

"Através de aconselhamento e palestras, explicamos detalhadamente os serviços disponíveis, incluindo o rastreio e o planeamento familiar. As pacientes são informadas sobre as opções de planeamento familiar e têm a oportunidade de realizar consultas para esclarecer dúvidas ou receber apoio." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do Bagamoyo)

"Procuramos conhecer o histórico da mulher, saber por que veio à US. É, conhecer cada paciente." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Chamanculo)

"Obtemos o histórico clínico da paciente." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Xipamanine)

A partilha de informação no aconselhamento possibilitou às pacientes escolherem entre as alternativas de prestação de serviços nas US. As profissionais de saúde deixaram sobre a responsabilidade das pacientes, escolher os serviços desejados. Por seu turno, o histórico clínico, possibilitou às profissionais de saúde escolherem quais serviços eram adequados para cada caso que recebiam no CACUM.

Houve um esforço entre as profissionais de saúde para observar o direito de tomada de próprias decisões por parte das pacientes:

> "Não impusemos nada às mulheres. Recebemos, ouvimos e aconselhamos. Damos a elas o direito de escolher fazer o exame ou não, o tratamento ou não. Há mulheres que escolhem ir para casa para pensar ou falar com o parceiro." (Entrevistada de 27 anos de idade, com 2 anos de trabalho no CS do José Macamo)

> "É só aconselhar e dizer quais são os procedimentos a seguir. Cabe a elas dizer se querem ou não, se não quiserem, dispensamos, mas sempre dissemos que é importante cuidar da saúde antes de se agravar." (Entrevistada de 25 anos de idade, com 1 ano de trabalho no CS do Zimpeto)

Entre as profissionais de saúde, foi concedido às pacientes espaço para decidir se submeter aos exames logo após o aconselhamento ou retornar outro dia, após refletir ou informar/consultar o parceiro. A partilha de informação foi ferramenta adoptada para que as pacientes tomassem decisões baseadas na consciência dos serviços disponíveis. O aconselhamento e a conscientização serviram para as profissionais não se impor às pacientes elegíveis.

Não foram relatadas práticas de discriminação entre as profissionais entrevistadas:

> "Damos prioridade às mulheres mães e mais velhas que são as primeiras a ser atendidas, mas isso não significa que o atendimento seja diferenciado. A priorização do atendimento é uma norma definida pelo MISAU. Todas passam pelo aconselhamento antes do exame, tem seus resultados e tratamento." (Entrevistada de 25 anos de idade, com 1 ano de trabalho no CS do Zimpeto)

> "Damos todos os serviços a todas as mulheres segundo suas necessidades." (Entrevistada de 28 anos de idade, com 3 anos de trabalho no CS do Xipamanine)

As pacientes elegíveis, independentemente das suas características pessoais, foram atendidas de forma equitativa, seguindo os mesmos procedimentos adaptados às suas necessidades clínicas. Casos excepcionais foram os das mães pacientes ou com idade avançada, que gozaram de prioridade no atendimento de acordo com as directrizes do MISAU, pelo que, não se tratou de nenhum acto de discriminação.

10.5.2. Percepções das usuárias acerca dos serviços de rastreio e tratamento do CCU

Na seguinte secção, encerra-se o quadro da QSS com base nas percepções que as mulheres elegíveis possuem sobre os indicadores de qualidade. A tabela 8 descreve os valores atribuídos aos 20 indicadores quanto aos níveis de concordância[6], sendo possível verificar que todos os 20 itens descritos receberam maioritariamente concordância por parte das mulheres elegíveis inquiridas.

Tabela 9: Grau de satisfação das mulheres em relação aos itens da qualidade dos serviços de rastreio e tratamento do CCU

Itens	DC	D	I	C	CC
(20)	%	%	%	%	%
1. Equipamentos adequados	10	19.2	.0	55	15.8
2. Instalações limpas, sinalizadas e climatizadas	10	13.5	.0	63.2	13.3
3. Equipa de assistência equipada para atendimento	10	7.5	.0	69.2	13.3
4. Procedimentos feitos em tempo hábil das necessidades dos utentes	.0	32.5	.0	67.5	.0
5. Serviços prestados no horário/prazo adequado	10	19.2	.0	70.8	.0
6. Procedimentos realizados de maneira prática	16.7	18.3	.0	65	.0
7. Realização correcta do serviço na primeira vez	10	25	17.5	44.2	3.3
8. Procedimentos com efeitos na qualidade do serviço	16.7	5.8	.0	77.5	.0
9. Utentes informados sobre os procedimentos	10	.0	.0	90	.0
10. Equipa de assistentes esclarece dúvidas dos utentes	10	25	17.5	47.5	.0
11. Utentes seguros ao utilizar os serviços de saúde	16.7	6.6	.0	76.7	.0
12. A equipa administrativa e assistente possui conhecimento adequado	10	6.7	5.8	77.5	.0
13. A equipa de assistência busca compreender a	10	27.5	.0	62.5	.0

[6] Os itens referentes ao facto de a equipa de assistentes esclarecer dúvidas dos utentes e ocorrer realização correcta do serviço na primeira vez foram receberam uma concordância abaixo do 50%, mesmo superando o nível de discordância. Ambos receberam uma concordância de 47.5% e discordância de 35% entre as 120 mulheres usuárias inquiridas. Isto significa que uma parte considerável das inquiridas não foi capaz de expressar sua concordância/discordância em relação a esses aspectos, optando por se manter indiferente (17.5%).

necessidade dos utentes					
14. A equipa administrativa dá atenção aos utentes e familiares	10	12.5	.0	77.5	.0
15. A US realiza procedimentos para reduzir o tempo de espera	16.7	19.2	3.3	60.8	.0
16. Rapidez no atendimento ao utente	.0	29.2	6.6	64.2	.0
17. Ausência de discriminação no atendimento	6.7	28.3	.8	64.2	.0
18. Oferta de serviços de preventivos e curativos	.0	19.2	.0	80.8	.0
19. Respeito da autonomia dos utentes e acompanhantes	6.7	5.8	3.3	74.2	10
20. Divulgação dos serviços da unidade sanitária	.0	2.5	23.3	65.2	10

Fonte: Produzido pela autora com base nos dados de campo

A coleta de dados sobre a Qualidade dos Serviços de Saúde (QSS) nas unidades sanitárias foi realizada por meio da aplicação de questionários estruturados, baseados em modelos validados, como o SUSSQUAL, adaptados para o contexto do rastreio e tratamento do CCU. Cada item do instrumento avaliava dimensões específicas da qualidade do serviço, incluindo infraestrutura, equipamentos, atendimento da equipe, procedimentos, comunicação com o utente e respeito à autonomia. As respostas foram registradas em escala Likert de cinco pontos, variando de "Discordo Completamente (DC)" a "Concordo Completamente (CC)", permitindo quantificar a percepção das utentes quanto à qualidade dos serviços prestados.

Grande parte das inquiridas concordou que em 90% que os utentes foram informados nas US sobre os procedimentos realizados na prestação de serviços de CCU (90%). No mesmo sentido, maior parte das mulheres concordou que a equipa de assistência esteve devidamente equipada para prestar atendimento (82.5%), assim como concordou que os profissionais de saúde ofereceram serviços preventivos e curativos relativos ao CCU (80.8%).

Com uma representatividade de 77.5% na amostra, a maioria das pacientes elegíveis concordou que os procedimentos realizados tiveram efeitos na qualidade dos serviços prestados; a equipa administrativa e de assistentes demonstraram possuir conhecimento adequado; e deram atenção adequada aos utentes e aos familiares. Isto significa que apenas 22.5% das inquiridas discordou.

Entre as inquiridas, a maioria concordou que as utentes se sentiram seguros ao utilizar os serviços prestados (76.7%); as instalações estiveram limpas, sinalizadas e climatizadas (76.5%), houve divulgação dos serviços (75.2%), sendo algumas inquiridas se mantiveram indiferentes em relação a este terceiro item (23.3%). A concordância foi ainda para os itens referentes às profissionais de saúde terem respeitado a autonomia das pacientes e acompanhantes (74.2%), bem como ao facto de os serviços terem sido prestados dentro do horário e/ou prazo adequado e de existirem equipamentos adequados na US, ambos os itens com 70.8%.

Com níveis de concordância mais reduzidos, estão os restantes itens: procedimentos foram realizados em tempo hábil de acordo com as necessidades dos utentes (67.5); os procedimentos foram realizados de maneira prática (65%); houve rapidez no atendimento do utente (64.2%), não houve qualquer discriminação no atendimento (64.2%); a equipa de assistência buscou compreender a necessidade dos utentes (62.5%); a US utilizou procedimentos para reduzir o tempo de espera (60.8%); a equipa de assistentes esclareceu dúvidas dos utentes (47.5%); e, os serviços foram realizados correctamente na primeira vez (47.5%).

O exposto significa, de modo geral, que os níveis de concordância decrescem enquanto aumentam os de discordância, com excepção dos itens em que os níveis de indiferença se revelam significativos. O ICG sintetiza o exposto, tendo em conta a realidade de cada US das cinco estudadas, como descreve a tabela 9:

Tabela 10: ICG por US e para os dois distritos

US	Concordantes (Fr)	ICG/US (%)
CS do Zimpeto	269	56
CS de Bagamoyo	406	88.6
CS de Chamanculo	315	65.6
CS de Xipamanine	381	79.4
CS de José	310	64.6

Macamo		
ICG	1702	70

Das cinco US, o CSB apresentou o maior ICG (88.6%) acima do CSX (79.4%), CSC (65.6%), CSJM (64.6%) e, em último, o CSZ (56%). Apesar das diferenças de índices, todas as US apresentaram uma concordância geral acima de 50%, o que demonstra que as mulheres elegíveis estavam globalmente satisfeitas com os serviços de rastreio e tratamento de CCU que receberam. Ignorando as particularidades entre as US e tomando em consideração as realidades dos dois distritos estudados, pode-se verificar que o ICG é de 70%, o que revela que as mulheres rastreadas inquiridas estavam globalmente satisfeitas com os serviços.

10.6. Discussão dos resultados

Os resultados deste trabalho mostram que participaram do estudo mulheres elegíveis ao rastreio e tratamento de CCU com um perfil sócio-demográfico heterógeno, com a predominância de mães adultas, solteiras, com nível de escolaridade primária e sem formação profissional, dedicando-se exclusivamente ao trabalho informal como sua ocupação actual. Achados semelhantes foram encontrados em outros estudos nos quais verificou-se que as mulheres na sua generalidade em Moçambique apresentam essas características, sendo que as mulheres atendidas especificamente nos serviços de CCU nas US representam uma categoria heterogénea (INE, 2024; Soares e Silva, 2010).

Por seu turno, as profissionais de saúde que participaram deste estudo integram um grupo heterogéneo, sendo todas mulheres jovens, em estado civil de solteira, com o nível de escolaridade básico, formação profissional técnica e experiência na prestação de serviços na área de CCU. A formação e experiência profissionais na área de CCU entre as profissionais de saúde representa um aspecto relevante a uma vantagem para sua actuação, considerando que confere às provedoras competências necessárias à oferta de serviços de qualidade (OMS, 2021; MISAU, 2025).

De acordo com os resultados obtidos, os serviços de rastreio e tratamento do CCU estiveram disponíveis ao público elegível, o que tornou possível às mulheres que os tenham procurado obter o atendimento nas US. No entanto, em todas as US estudadas, as profissionais de saúde

relataram não ter conseguido alcançar as metas semanais e anuais definidas em termos do número de mulheres atendidas. A realização do rastreio e tratamento do CCU ao nível das comunidades foi uma medida adoptada para promover esses SS e, ao mesmo tempo, facilitar o acesso das mulheres elegíveis aos mesmos. Esta é uma estratégia recomendada pelo Plano Nacional de Controlo do Cancro (PNCC), 2019-2020 do MISAU, o que se mostra apropriada para Moçambique, onde populações distritais revelam pouco conhecimento sobre CCU (Menéndez et al., 2020).

As mulheres foram atendidas nas US, onde algumas foram apenas sujeitadas ao rastreio, e outras, igualmente submetidas ao tratamento do CCU. Foram oferecidos serviços integrais, que incluíram o aconselhamento, exames, diagnóstico, resultados, referência as outras US mais capacitadas. Oferecendo esses serviços, as profissionais de saúde responderam às recomendações do MISAU segundo as quais é importante que as mulheres elegíveis recebam todos os cuidados relacionados com o CCU (MISAU, 2023). A oferta de um pacote integral de cuidados de CCU foi relatada em outros contextos africanos (Barcelos et a., 2017; Comité Regional para a África, 2021).

O aconselhamento contribuiu significativamente para a forma como as profissionais de saúde prestaram os serviços às suas pacientes, na medida em que funcionou como espaço de transmissão e partilha de informações acerca dos cuidados disponíveis no CACUM, intervenções a serem realizadas, procedimentos adoptados, resultados esperados, possíveis efeitos, formas de lidar com os mesmos, direito de as mulheres elegíveis tomarem suas próprias decisões, cuidados pós-tratamento. Todos estes elementos cumprem com as directrizes do SNS para o combate e prevenção do CCU (MISAU, 2023) e corroboram achados de outros estudos que apontam para a relevância do aconselhamento (Lopes, 2019).

Um aspecto central do aconselhamento no rastreio e tratamento do CCU foi garantir a autonomia das mulheres elegíveis, permitindo que decidissem voluntariamente se submeteriam ou não aos serviços (MISAU, 2023). Entretanto, essa autonomia contribuiu para que algumas pacientes não retornassem para o seguimento pós-rastreio, fenômeno observado em todas as cinco unidades sanitárias estudadas. Estudos realizados no Brasil apontam magnitude semelhante, indicando que

o não retorno pós-rastreio constitui um desafio frequente na adesão aos programas de CCU (Farias & Barbieri, 2016; Cavalcante & Reis, 2021).

As profissionais de saúde na sua generalidade afirmaram ter actuado de acordo com as normas e valores impostas aos provedores de saúde afectos no CACUM, tais como o atendimento de mulheres sem discriminação, atendimento prioritário, respeito pela liberdade de decisão, partilha de informação, esclarecimento. Estes princípios normativos e valorativos foram aprendidos e interiorizados durante a formação escolar, capacitações profissionais, orientação laboral e actuação na prestação de serviços de CCU. Este cenário reflecte a concretização das acções estratégicas previstas no Roteiro Rumo à Eliminação do CCU, 2023-2023, referentes à inclusão de conteúdos relativos ao rastreio e tratamento de lesões precursoras do CCU nos Currículos de Formação Inicial/Formal e a formação contínua duas profissionais de saúde. Achados similares foram encontrados em US em outro estudo (Ruffo et al., 2022), no entanto o incumprimento das directrizes dos órgãos centrais foi relatado noutro estudo (Carvalho et al., 2018). Quanto às capacitações e orientações profissionais, são aspectos positivos do SNS não encontrados em outras realidades em que se reclama a ausência de formações e actualizações (Silva et al., 2024).

As profissionais de saúde prestaram serviços de CCU num contexto institucional, no qual enfrentaram dois grandes desafios, relativos ao processo de comunicação com as suas pacientes e à indisponibilidade de métodos de tratamento (Crioterapia). Este último desafio foi particularmente enfrentado no CSB. As deficiências na comunicação com pacientes foram encontradas em US de vários contextos africanos, pelo que, chama-se atenção para a urgência de introdução de medidas com vista a sua superação (OMS, 2021; MISAU, 2025). No que concerne à ausência da Crioterapia, a profissional de saúde do CSB optou alternativamente por referir as pacientes a outra US, no entanto reclamou a urgência de se introduzir métodos de rastreio e tratamento alternativos. Esta demanda faz todo o sentido no cenário das cinco US em que algumas pacientes referidas enfrentaram dificuldades para chegar às US de referência. Dificuldades para chegar às US de referência foram encontradas em US de base nas quais prevalecem problemas de comunicação entre instituições sanitárias (Farias e Barbieri, 2016).

As pacientes elegíveis procuraram os serviços de CCU nas US motivadas pelo conselho de outra pessoa, interesse em conhecer o seu estado de saúde, saber mais sobre a doença, com várias

expectativas e necessidades, cujo grau de satisfação foi elevado. Destacou-se o papel desempenhado pelos(as) profissionais de saúde na condução de mulheres aos serviços de rastreio e tratamento no CACUM, o que foi igualmente identificado em Portugal, em que a recomendação médica levou à adesão de muitas mulheres (Ferreira et al., 2014). Níveis elevados de satisfação das expectativas e necessidades das mulheres que realizaram o rastreio e o tratamento do CCU foram anteriormente encontrados (Barcelos et al., 2017; Cerqueira et al., 2022). Contudo, importa ressaltar, em contra-partida, a existência de um pequeno número de mulheres elegíveis com expectativas e necessidades não satisfeitas nas cinco US, pois revela a prevalência de aspectos críticos na prestação desses SS de rastreio e tratamento do CCU. A coexistência entre satisfação e insatisfação corrobora achados do estudo de Claro et al (2021).

A correspondência entre as percepções acerca dos indicadores de SUSSQUAL das profissionais de saúde e das mulheres elegíveis revela o grau da QSS de CCU nas US. De um lado, as profissionais de saúde entenderam que as suas US tinham condições para garantir a oferta de serviços de qualidade, sendo que elas, por sua vez, mobilizaram e aplicaram essas condições como recursos para ter uma boa prestação laboral oferecendo cuidados adequados às necessidades e particularidades das pacientes em tempo oportuno. Percepções semelhantes foram encontradas em outros contextos de rastreio e tratamento do CCU, mesmo perante a ausência de uma parte do equipamento relevante (Cerqueira et al., 2022; Claro et al., 2021; Santos et al., 2012).

Do outro lado, as pacientes atendidas nas consultas do CACUM nas cinco US revelaram um IGC relativo acima de 50%. O menor IGC foi de 56% do CS do Zimpeto, e o maior, 88.6% do CS de Bagamoyo, sendo o IGC global de 70%, o que representa um quadro de elevado grau de satisfação geral. Os serviços de rastreio e tratamento do CCU apresentaram alta qualidade, considerando que as mulheres elegíveis concordaram que os indicadores de qualidade foram atendidos pelas profissionais de saúde e respectivas US. O desfecho dos casos de seguimento do CCU resulta em níveis de qualidade de SS semelhantes (Barcelos et al., 2017).

No entanto, os casos de discordância/insatisfação encontrados nas cinco US estudadas neste trabalho são indicadores de que mesmo o rastreio e o tratamento de qualidade apresentam aspectos críticos quanto à adequação à demanda das mulheres. Ainda assim, as realidades das US

analisadas opõem-se às diversas situações sanitárias de serviços de CCU de baixa qualidade reportadas a partir de vários SNS de África, especialmente da África Subssariana (Comité Regional para a África, 2021; Chilwesa e Cazier, 2021). Garcia (2018) encontrou casos similares no contexto português, onde algumas US se debatem com deficiências de infra-estruturas.

11. Conclusões e Recomendações

11.1. Conclusões

As mulheres elegíveis ao rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero (CCU) atendidas nas cinco unidades sanitárias (US) estudadas constituem um grupo heterogéneo, caracterizado por mães solteiras, com baixos níveis de escolaridade, sem formação profissional e com ocupação no setor informal. Por sua vez, as profissionais de saúde apresentam características similares entre si: todas mulheres jovens, solteiras, com nível de escolaridade básico, formação técnica e experiência profissional na área da saúde, especialmente no CCU.

As profissionais prestaram os serviços de rastreio e tratamento do CCU de acordo com as normas e valores prescritos pelo MISAU, interiorizados durante a formação escolar, capacitações e orientações profissionais, e reforçados nas atividades laborais. Garantiram que as mulheres recebessem informações completas sobre procedimentos, exames e métodos disponíveis, promovendo a autonomia das pacientes na decisão de submeter-se ao rastreio e tratamento.

Apesar do incentivo à autonomia, algumas mulheres não retornaram para o seguimento pós-rastreio, comprometendo o alcance das metas semanais e mensais definidas para o tratamento. Este fenômeno decorreu tanto da autonomia das usuárias quanto de deficiências na comunicação em algumas US, refletindo desafios no seguimento pós-rastreio.

As mulheres atendidas chegaram ao CACUM tanto por iniciativa própria quanto por encaminhamento de serviços do TARV. Os resultados do rastreio, incluindo VIA positiva <75% e VIA positiva >75%, determinaram a escolha do método de tratamento, sendo a Crioterapia e a Termoablação os métodos utilizados, com exceção de uma US em que a Crioterapia não estava disponível.

A procura pelos serviços foi motivada por fatores diversos: iniciativa própria, indicação de provedor de saúde, conselho de conhecidos, interesse em conhecer o estado de saúde ou suspeita de doença. As expectativas das pacientes , obter aconselhamento profissional, conhecer seu estado clínico, receber informação sobre o CCU e confirmar suspeitas de doença, foram, em grande parte, satisfeitas, evidenciando que as necessidades sanitárias foram atendidas.

As profissionais de saúde avaliaram positivamente os indicadores da qualidade dos serviços (QSS) do CCU, considerando que todos os serviços foram prestados de forma satisfatória, com pequenos aspectos a melhorar. As percepções das mulheres elegíveis corroboraram essas avaliações, indicando que os serviços foram globalmente satisfatórios, embora divergências apontem oportunidades de melhoria, especialmente na comunicação e no seguimento pós-rastreio.

Em síntese, os achados confirmam que a prestação dos serviços de rastreio e tratamento do CCU nas cinco US atende aos objetivos do estudo, fornecendo evidências sobre a caracterização das usuárias e profissionais, cumprimento das normas do MISAU, promoção da autonomia das pacientes, eficácia dos métodos de rastreio e tratamento, e satisfação geral das usuárias, ao mesmo tempo que identificam lacunas para aperfeiçoamento contínuo da QSS.

11.2. Recomendações

11.2.1. Científicas

Com base nos resultados relevantes deste estudo, são definidas as seguintes recomendações para futuras pesquisas no âmbito da saúde pública:

- Garantir a disponibilidade contínua de métodos terapêuticos (Crioterapia e Termoablação) em todas as US, conforme previsto no Roteiro do MISAU, incluindo manutenção, reposição de insumos e treinamento técnico contínuo das profissionais.
- Fortalecer a rede de encaminhamento entre US de base e referência, com protocolos claros para casos de VIA positiva elevada ou indisponibilidade de tratamento, garantindo acompanhamento oportuno.
- Implementar estratégias de comunicação e acompanhamento estruturadas, combinando informações escritas, digitais e lembranças ativas, para reduzir o não retorno ao seguimento pós-rastreio e aumentar a adesão ao tratamento.
- Aprimorar a formação das profissionais de saúde em comunicação, aconselhamento e educação em saúde, de modo a reforçar a autonomia das pacientes, esclarecer dúvidas e aumentar a satisfação com os serviços.

- Monitorar e avaliar continuamente a qualidade dos serviços (QSS) usando indicadores de satisfação, adesão e eficácia do rastreio e tratamento, permitindo ajustes estratégicos baseados em evidências.

12. Referências

Alves AR, 2020, Rastreio do cancro do colo do útero: O paradigma actual, Universidade Beira Interior, Beira Interior.

Bachelard G, 2005, A formação do espírito científico: Contribuição para uma psicanálise do conhecimento, 5ª edição, Contraponto, Rio de Janeiro.

Barcelos MR, Lima RCD, Tomas E, Nunes BP, Duro SMS, Facchin LA, 2017, Qualitativa do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ, Rev de Saúde Pública, vol. 51, n. 67, pp. 1-13.

Campos FC, 2013, Necessidade em saúde: Uma abordagem operacional para o nível dos serviços de saúde, Consensus, Issue 4 Trimestre, pp. 44-53.

Carrilho C, Lunet N, 2014, Cancro do Colo do útero – da infecção pelos Vírus do Papiloma Humano às estratégias de prevenção e controlo em Moçambique, Revista Moçambicana de Ciências d Saúde, vol. 1, n. 1, pp. 11-16.

Carvalho PG, O'Dwer G, Rodrigues NC, 2018, Trajectórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino, SAÚDE DEBATE, vol. 42, n. 118, pp. 687-701.

Cavalcante GH, Reis GJ, 2021, Avaliação do seguimento de lesões precursoras de câncer do colo do útero – uma revisão bibliográfica, Pesquisa e Ensino em Ciências Exactas e da Natureza, Issue 5, pp.1-10.

Cerqueira RS, Santos HLP, Prado NML, Bittencourt RG, Biscarde DGS, Santos AM, 2022, Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática, Rev Panam Salud Public, n. 46, pp. 1-11.

Chilwesa P, Cazier C, Estratégias para acelerar o acesso ao tratamento do cancro do colo do útero em estado avançado na África Subsariana, Instituto George W. Bush, 2021.

Claro IB, Lima LD, Almeida PF, 2021, Directrizes, estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: as experiências do Brasil e do Chile, Ciência & Saúde Colectiva, vol. 26, n. 10, pp. 4497-4509.

Comité Regional para a África, 2021, Quadro de implementação da Estratégia Mundial para Acelerar a Eliminação do Cancro do Colo do Útero enquanto problema de saúde pública na Região Africana da OMS, Escritório Regional para África,

Conselho Municipal de Maputo, 2023, Balanço Anual de CACUM 2021/22, Maputo.

Conselho Municipal de Maputo, 2025, Distritos Municipais, Maputo.

Cunha MM, n.d., Normas nacionais para prevenção do cancro do colo uterino, Ministério da Saúde, Maputo.

Direcção dos Serviços Municipais de Saúde e Acção Social, 2015, Plano Director de Saúde e Acção Social do Município de Maputo, Pelouro de Saúde e Acção Social, Maputo.

Farias ACB, Barbieri AR, 2016, Seguimento do câncer de colo do útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde, Escola Ana Nery, vol. 20, n. 4.

Fernandes A, 2013, Resumo de psicologia cognitiva. Psicologia Cognitiva I, 2012-2013.

Ferreira MMC, Ferreira S, Ferreira N, Andrade J, Duarte JC, 2014, Adesão ao rastreio do cancro do colo do útero e da mama da mulher portuguesa, Millenium, vol. 47, pp. 83-96.

Garcia VAM, 2018, Avaliação económica do rastreio do cancro do colo do útero na Região de Saúde do Centro: Teste de Papanicolau versus Teste de HPV associado com Auto-colheita, Dissertacao de Mestrado, Universidade da Beira interior, Covilã.

Gil AC, Métodos e técnicas de pesquisa social, 6ª edição, São Paulo: Editora Atlas, 2008.

Instituto Nacional de Estatística, 2019, Brochura de estatísticas demográficas e sociais, Boletim de Estatísticas Demográficas e Sociais, Maputo.

Instituto Nacional de Estatística, 2019, Censo 2017: IV rencenseamento geral da população e habitação, Comité Central, Maputo.

Instituto Nacional de Estatística, 2024, Mulheres e homens em Moçambique, 2022-2023, INE, Maputo.

Jhpiego, 2023, Treatment Algorithms for Secondary Cervical Cancer Prevention using Primary HPV DNA Testing: Considerations for Decision-Making.

Lakatos EM, Marconi MA, 2003, Método do trabalho científico, 4ª edição, São Paulo: Editora Atlas S.A.

Lopes AB, Bravo BS, Tijolin MB, Nunes PLP, Junior SFD, Lenhani T, Carvalho FB, 2021, Câncer de colo de útero, Brazilian Journal of Health Review, vol. IV, n. 4, pp.16428-16438.

Lopes VAS, 2019, Factores limitadores e facilitadores para o controlo do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura, Ciências & Saúde, vol. 24, n. 9, pp. 3431-3442.

McCormick LJ, Gutreuter S, Adeoye O, Alger SX, Amado C, Bay Z, Chirwa CM, Chituwo O, Correia D, Deus M, MD, Dirlikov E, Efuntoye T, GundeL, Kabaghe A, Kalamya JN, Lorenzoni MD, Mate C, Mulokoshi T, Ninsiima JC, Nyangasi M, Nyika P, Pasipamire M, Ssali M, Tefera F, Torre LA, Urso M, Wandira R, Zemburuka B, Montandon M, 2023, Cervical Cancer ScreeningP ositivity Among Women Living With HIV in CDC-PEPFAR Programs 2018–2022, J Acquir Immune Defic Syndr, vol. 94, n. 4, pp. 301-307.

Menendez YA, 2020, Lay knowledge of cervical cancer in Manhiça district, Mozambique: a qualitative study, Reproductive Health, vol. 17, p.130.

Ministério da Saúde, 2019, Plano Nacional de Controlo do Cancro 2019-2029, Maputo.

Ministério da Saúde, 2023, Normas nacionais para rastreio e tratamento de lesões precursoras do cancro do colo do útero e rastreio do cancro da mama, 2ª edição, MISAU, Maputo.

Ministério da Saúde, 2025, Roteiro rumo à eliminação do cancro do colo do útero em Moçambique, 2023-2030, Versão Revista, Maputo.

Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CIA, Araújo DS, Teles DAF, Carvalho SGL, Cavalcante KWM, Rabelo WL, 2015, Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência, Ver. Saúde Pública, vol.49, n.17, p.1-8.

Neta ASA, Ferreira BCS, Bezerra RRR, Silva LBP, 2022, Proposta de modelo de avaliação da qualidade direccionada ao sistema único de saúde, Revista S&G, vol. 15, n. 3, pp. 250-262.

Oliveira BL, Cruz MM, Correa RM, 2022, Incidência do câncer do colo de útero em jovens e o perfil sócio-económico deste grupo nas Regiões do Brasil, Research, Societyand Development, vol. 11, n. 15, pp. 1-11.

Organização Mundial da Saúde, 2010, Cancro do colo do útero na Região africana da OMS: Situação actual e perspectivas, Comité Regional Africano, Guiné Equatorial,

Organização Mundial da Saúde, 2021, Quadro de implementação da estratégia mundial para acelerar a eliminação do cancro do colo do útero enquanto problema de saúde pública na região africana da OMS, Comité Regional para África.

Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2022, Plano de acção para prevenção e controle do câncer do colo do útero 2018-2030: relatório de progresso, Escritório Regional para as Américas, Washington, D.C., EUA.

Popper K, 2008, Conjecturas e refutações, Editora da UnB, Brasília.

Ruffo MLM, Pimentel TNLM, Martins NA, Piava CCN, 2022, O protagonismo da mulher no rastreamento do câncer do colo do útero e mama, Research, Societ and Development, vol. 11, n. 4, pp. 1-8,

Salcedo MP, Lathrop E, Osman N, Neves A, Rangeiro R, Mariano AAN, Nkundabatware JC, Tivir G, Carrilho C, MonteiroECS, Burny R, Thomas JP, Carns J, Andrade V, Mavume C, Mugolo RP, Atif H,Hoover H, Chivambo E, Chissano M, Oliveira C, Milan J, Varon ML,1 FellmanBM, Baker E, Jeronimo J, Castle PE, Richards-Kortum R, SchmelerKM, Lorenzoni C, 2023, The Mulher Study: cervical câncer screening with primary HPV testing in Mozambique, Int J Gynecol Cancer, n. 0, pp. 1–6,

Santos ER, Silva KC, Bezerra AF, 2012, Desafios para organização do rastreamento do câncer no colo uterino em um município da região metropolitana do Recife, Rev. Ciênc. Méd, vol. 21, n. 1-6, pp. 45-54.

Sardan J-PO, 2017, “A política do trabalho de campo: sobre a produção de dados em sócio-antropologia”, Regardscroisés França-Moçambique, Maputo.

Silva PR, Dalla NCR, Maffacciolli R, Begnini D, Fontenele RM, Schlemmer JT, Cardozo JD, Viera LB, 2024, Práticas de enfermeiros na prevenção e rastreio do câncer de mama e de colo uterino. Enferm Foco, vol. 15, Supl 1, pp.1-7.

Soares MBO, Silva SR, Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino, Rev Bras Enferm. 2010, vol. 63, n. 2, pp.177–82.

Teixeira C, Pereira AM, Anes E, Rodrigues C, Castanheira MJ, 2019, Evolução temporal da mortalidade por cancro do colo do útero em Portugal, Acta MedPort, vol. 32, n. 6, pp. 427-433.

Apêndices

Apêndice 1. Instrumentos de recolha de dados

a) Guião de entrevista para os profissionais de saúde

1. Características do Entrevistado

Código da entrevista	
Data da entrevista	
Local da entrevista (distrito, bairro, US)	
Sexo do participante	
Nível de escolaridade do participante	
Área de residência	
Estado civil	
Formação profissional	
Categoria profissional	
Tempo inserido na especialidade	
Tempo de trabalho no sector da saúde	
Tempo de trabalho na US	
Sector de trabalho na unidade sanitária	
Cargo ocupado na unidade sanitária	
Serviços prestados relacionados com rastreio e tratamento do CCU	
Duração da entrevista	

2. Prestação dos serviços de rastreio e tratamento do CCU

2.1. Prestação dos serviços de rastreio do CCU

1. Porque fazer o rastreio do CCU nas US? *(Em que consiste esse rastreio?)*
2. No ano passado, como foi o processo de rastreio do CCU no distrito? *(Pode descrever o processo? Onde foi realizado?)*
3. Como foram seleccionadas as mulheres submetidas ao rastreio do CCU no ano passado no distrito? *(Que critérios foram aplicados?)*
4. Que métodos foram usados para o rastreio dessas mulheres? *(Por que a opção por esses métodos?)*
5. Quais são as normas institucionais que seguem no rastreio do CCU? *(Quem define? Como tem sido o seu cumprimento? Que desafios enfrenta no cumprimento dessas normas?)*
6. Como profissional de saúde, que valores procura seguir na prestação de serviços de rastreio do CCU às mulheres na unidade sanitária? *(Onde aprendeu? Como tem sido o seguimento desses valores?)*
7. Quais foram as metas definidas para o rastreio do CCU ano passado no distrito? *(Até que ponto foram alcançadas? Qual foi o nível de adesão das mulheres?)*
8. Que desafios/dificuldades enfrentaram no processo de rastreio do CCU no distrito ano passado? *(Como procurou enfrentar e superar esses desafios/dificuldades?)*

2.2. Prestação dos serviços de tratamento do CCU

1. Qual é o processo que se realiza para sair do rastreio até chegar ao tratamento? *(Como são seleccionadas as mulheres para o tratamento? Como é feito o tratamento?)*
2. No ano passado, como foi o processo de tratamento do CCU no distrito? *(Onde foi realizado?*
3. Das mulheres que fizeram rastreio, quantas foram tratadas? *(Qual foi o índice de cumprimento?)*
4. Que métodos foram usados para o tratamento do CCU nessas mulheres? *(Por que a opção por esses métodos?)*

5. Quais são as normas institucionais que seguem no tratamento do CCU? *(Quem define? Como tem sido o seu cumprimento? Que desafios enfrenta no cumprimento dessas normas?)*
6. Como provedor de saúde, que valores procura seguir na prestação de serviços de tratamento do CCU às mulheres na unidade sanitária? *(Onde aprendeu? Como tem sido o seguimento desses valores?)*
7. Quais foram as metas definidas para o tratamento do CCU ano passado no distrito? *(Até que ponto foram alcançadas?)*
8. Que desafios/dificuldades enfrentaram no processo de tratamento do CCU no distrito ano passado? *(Como procurou enfrentar e superar esses desafios/dificuldades?)*

3. Qualidade dos serviços de saúde de CCU

1. Na sua opinião, até que ponto a unidade sanitária possuía equipamento adequado para a prestação de serviços de rastreio e tratamento do CCU ano passado?
2. No ano passado, qual foi o nível de adequação dos procedimentos às necessidades de rastreio e tratamento de CCU das mulheres usuárias dos serviços?
3. Em que medida conseguiu executar os serviços de rastreio e tratamento de CCU de forma correcta como é recomendado? *(E seus colegas de trabalho?)*
4. Os procedimentos que adoptaram tiveram efeito no resultado final do rastreio e tratamento do CCU das mulheres ano passado? *(Em que medida?)*
5. Que informação os profissionais de saúde devem dar às mulheres que participam do rastreio e tratamento do CCU? *(Até que ponto deram essa informação ano passado durante o processo?)*
6. O que é que foi feito para garantir que as mulheres se sentissem seguras em participar do processo de rastreio e tratamento do CCU?
7. Como é que fizeram para assegurar que os serviços de CCU que prestam estivessem de acordo com as necessidades das mulheres?
8. O que foi feito durante o processo para garantir que as mulheres tivessem mesmo atendimento e tratamento? *(Que espaço deram às mulheres para tomarem suas próprias decisões?)*

b) Questionário para mulheres usuárias

UNIVERSIDADE
EDUARDO
MONDLANE

Faculdade de Medicina

Qualidade de serviços de saúde no rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero nos distritos de KaMubukwna e NlhaMankulu na Cidade de Maputo

QUESTIONÁRIO PARA MULHERES UTENTES DOS SERVIÇOS DE CCU

Instrução

Explique ao participante que este formulário de questionário será administrado a mulheres pacientes e usuárias dos serviços de rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero nos distritos de KaMubukwna e NlhaMankulu na Cidade de Maputo.

Esta ficha faz parte dos instrumentos de recolha de dados para este estudo e tem como objectivo analisar a contribuição da qualidade de serviços de saúde prestados nas unidades sanitárias para o rastreio e tratamento do cancro de colo do útero nos distritos de KaMubukwana e NlhaMankulu.

Por favor, informe ainda que todas as informações registadas serão mantidas em sigilo e não serão identificadas pelo nome. Esta conversa terá uma duração máxima de 30 minutos.

I-CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		
1	Data do inquérito (dd/mm/aaaa)	
2	Código da participante	
3	Distrito da Unidade Sanitária	
4	Localidade	
5	Unidade Sanitária	
6	Idade da participante (Anos)	18-25 anos |__| 26-35 anos |__| 36-45 anos |__| Mais de 45 anos |__|
7	Residência	Distrito KaMubukwna |__| Distrito NlhaMankulu |__| Fora do distrito |__| Especifique:_____
8	Estado civil	Solteira |__| Casada |__| Divorciada |__| Viúva |__|
9	Nível de escolaridade	Primário |__| Básico/Técnico |__| Médio/Técnico |__| Superior |__| Sem escolaridade |__|
10	Formação profissional	Não |__| Sim |__| Especifique:_____
11	Outra ocupação	Trabalhadora de outrem |__| Trabalhadora própria |__| Estudante |__|

		Não tem |__| Outra |__| Especifique_____
12	Tem filhos	Não |__| Sim |__| Especifique o número:_____
II-SITUAÇÃO CLÍNICA DAS MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE CCU		
13	Qual foi a sua porta de entrada para o rastreio de CCU na unidade sanitária?	Vem de casa |__| Consulta externa |__| Serviços TARV |__| Bancos de socorro |__| Consulta da criança saída |__| Outro |__| Especifique:_____
14	Em que porta da unidade sanitária fez o rastreio do CCU?	Consulta de CACUM |__| Consulta de PF |__| Outro |__| Especifique:_____
15	Qual foi o resultado que obteve do rastreio de CCU realizado na unidade sanitária?	Via positiva $< 75\%$ |__| Via Positiva $> 75\%$ |__| Suspeita de Cancro |__|
16	Que tipo de tratamento recebeu na unidade sanitária após o resultado obtido do rastreio?	Crioterapia |__| Termoablação |__| Colposcopia |__| LEEP |__| Bióspia |__|
III-NECESSIDADE DAS MULHERES DOS SERVIÇOS DE CCU		
17	Como chegou aos serviços de rastreio do CCU na unidade sanitária?	Buscou sozinha |__| Indicação de provedor(a) |__| Indicação de um conhecido |__|

		Outro |__| Especifique:_____
18	O que é que fez com que procurasse os serviços de CCU na unidade sanitária?	Interesse em conhecer o estado de saúde |__| Suspeita de doença |__| Prevenção da doença |__| Conselho de provedor(a) |__| Conselho de conhecido(a) |__| Outo |__| Especifique:_____
19	Do que é que estava a precisar quando procurou os serviços de CCU na unidade sanitária?	Informação sobre CCU |__| Conhecer o seu estado clínico |__| Confirma a suspeita de doença |__| Conselho de um profissional |__| Outro |__| Especifique_____
20	Que serviços lhe foram prestados quando chegou na unidade sanitária?	Aconselhamento |__| Rastreio |__| Diagnóstico |__| Tratamento |__| Outro |__| Especifique:_____
	Em que medida conseguiu encontrar o que procurava quando se dirigiu aos serviços de CCU na unidade sanitária?	Totalmente |__| Muito |__| Pouco |__| Nem tão pouco |__|
21	Qual é o seu grau de satisfação em relação a forma como lhe prestado o serviço que busca nos serviços de CCU de na unidade sanitária?	Muito satisfeita |__| Satisfeita |__| Indiferente |__| Insatisfeita |__| Muito insatisfeita |__|

IV-PERCEPÇÕES DAS MULHERES ACERCADO DOS SERVIÇOS DE CCU			
22		A unidade de saúde possui equipamentos adequados e em condições de uso para exercício satisfatório de suas actividades.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
23	Tangibilidade	As instalações encontram-se limpas, com sinalização norteadora e climatização adequada.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
24		A equipe de assistência médica utiliza trajes e acessórios (luvas, máscaras etc.) em condições adequadas para atendimento.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
25		Os procedimentos são feitos em tempo hábil às necessidades dos usuários.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|

26	Eficiência	No dia do procedimento, o serviço é prestado no horário marcado (consultas, cirurgias) e/ou entregue no prazo estabelecido (exames).	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
27		A resolução de pequenos procedimentos ocorre de maneira prática (curativos, liberação de medicamentos etc.).	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
28	Eficácia	O serviço é executado de forma correta na primeira vez.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
29	Efectividade	A forma com procedem os provedorestem efeito na qualidade finalidade do serviço.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
30		A equipa mantém os usuários	Discordo completamente |__| Discordo |__|

	Centralidade no paciente	informados com exactidão acerca dos procedimentos a serem realizados	Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
31		A equipe de assistência médica procura ajudar sempre que necessário aos pacientes e familiares no esclarecimento de dúvidas quanto ao estado de saúde do usuário.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
32	Segurança	Os usuários sentem-se seguros ao utilizar os serviços de saúde públicos da unidade de saúde.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
33		A equipe administrativa e a equipe de assistência média possuem conhecimento adequado para responder aos questionamentos dos	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|

		usuários, quando solicitados.	

34	Empatia	A equipe de assistência médica busca compreender a necessidade de cada paciente e dar atendimento personalizado.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
35		A equipe administrativa dá atenção aos pacientes e familiares, através de apoio moral e esclarecimento de dúvidas.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
36	Acesso	A unidade de saúde realiza todos os procedimentos para que o tempo de espera seja reduzido.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
37		Há rapidez no atendimento de todos os sectores da unidade de	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__|

		saúde que têm atendimento prioritário.	Concordo completamente |__|
38	Legislação	Não há descriminação de qualquer natureza para realização do atendimento para utilização dos serviços de saúde.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
39		São oferecidos serviços preventivos e curativos de forma combinada e na totalidade.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
40		A autonomia dos pacientes e acompanhantes é respeitada e estimulada.	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|
41		A unidade de atendimento procura divulgartodos os tipos de serviçosque a instituição oferece	Discordo completamente |__| Discordo |__| Indiferente |__| Concordo |__| Concordo completamente |__|

IV- COMENTÁRIOS GERAIS

Existe alguma coisa que gostaria de acrescentar em torno de tudo que falámos nesta conversa?

Muito obrigado(a) pela disponibilidade

Apêndice 2. Consentimento Informado

Faculdade de Medicina

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCRITO

Versão 1: 05/07/24

Qualidade de serviços de saúde no rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero nos distritos de KaMubukwna e NlhaMankulu na Cidade de Maputo

Investigador Principal: Celina Jonas Mate

Filiação: Faculdade de Medicina – UEM

Introdução

Celina Jonas Mate, médica de clínica geral, estudante do curso de mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina na Universidade Eduardo Mondlane, pretende fazer uma pesquisa sobre a qualidade dos serviços de rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero.

O (A) Sr (a) é convidado (a) a participar do estudo, sendo que a sua participação é voluntária, ou seja, não é obrigado(a) a fazer parte deste estudo, porém a sua contribuição pode ser útil para a sociedade. Para decidir se o/a senhor/a quer ou não fazer parte desse estudo, deverá perceber primeiramente o que está envolvido neste estudo, bem como os potenciais riscos e benefícios. Este formulário dá informação detalhada acerca deste assunto.

Depois de entender o estudo, ser-lhe-á pedido para assinar em documento comprovativo caso aceite participar. Pergunte tudo o que não perceber e sinta-se livre para discutir este estudo com

seus amigos ou familiares sempre que julgar necessário, antes ou depois de assinar o comprovativo de consentimento informado.

Justificação do Estudo: A saúde é um direito consagrado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Constituição da República de Moçambique. Conforme preconizado pela OMS, é responsabilidade dos sistemas de saúde garantir que as unidades sanitárias e profissionais de saúde tenham todos os recursos necessários e indispensáveis para que estes ofereçam serviços de saúde com a elevada qualidade possível, especialmente quando se trata de doenças como CCU que são uma das principais causas de mortes no seio das mulheres em todo o mundo.

Neste sentido, buscar a analisar a qualidade dos serviços de saúde de rastreio e tratamento do CCU nas unidades sanitárias na cidade de Maputo é uma iniciativa com potencial para fornecer evidências científicas sobre o estágio actual da prestação desses serviços, que poderão servir para a tomada de decisões relativas às medidas necessárias para melhores serviços de saúde prestados às mulheres utentes.

Objectivos do Estudo: Este estudo tem como objectivo analisar a contribuição da qualidade de serviços de saúde prestados nas US para o rastreio e tratamento do cancro do colo do útero nos distritos de KaMubukwana e NlhaMankulu.

Participação Voluntária: A sua participação neste estudo é completamente voluntária, podendo a qualquer momento optar por se retirar do estudo por qualquer razão sem que seja penalizado. Se desejar retirar o seu consentimento, por favor contacte-nos pelo contacto indicado no final deste consentimento. Qualquer informação recolhida de si até ao ponto de retirada permanecerá na base de dados do estudo e poderá ser utilizada em estudos futuros.

Procedimentos do Estudo: Após entrada no estudo, serão colhidos dados mediante um inquérito por questionário/entrevista contendo pergunta sobre as suas experiências de prestação/acesso aos serviços de rastreio e tratamento do CCU na unidade sanitária de KaMubukwana ou NlhaMankulu. O questionário será realizado pelo(a) assistente/pesquisadora de pesquisa, que sentará com o(a) participante em um local privado para que possam conversar sem interrupções.

Riscos, Desconfortos e Inconvenientes: Este estudo poderá, de certa forma, causar-lhe transtornos emotivos, podendo também haver inconveniência na disponibilização de tempo para

a realização da entrevista**.** Existe o risco dos dados deste estudo poderem ser conhecidos por pessoas ligadas indirectamente ao mesmo, mas medidas serão tomadas para garantir o seu anonimato e confidencialidade dos dados, pelo que, ninguém saberá quem forneceu as informações.

Benefícios: Não há benefícios directos pela participação no estudo, no entanto as informações a serem recolhidas poderão contribuir para melhorar a prestação dos serviços de saúde do CCU, ajudando melhor a si e a outras pessoas a cuidarem da sua saúde. O(a) participante poderá exprimir livremente as suas opiniões sobre aspectos característicos dos serviços de saúde do CCU que lhe parecem relevantes, o que pode não conseguir fazer no dia-a-dia da prestação/acesso a esses serviços.

Custos da Participação/ Compensações: Como um participante do estudo, não terá nenhum custo financeiro directo ou indirecto durante todo o estudo e não receberá pagamento pela sua participação.

Anonimato: Durante o processo de recolha de dados, a sua identificação será codificada, somente o investigador e o assistente de pesquisa terão acesso ao seu nome e em circunstância alguma será divulgado a terceiros, mesmo em publicações associadas ao estudo.

Confidencialidade: Para cada entrevista, será definido um único número de identificação (ID) do estudo e apenas o investigador terá acesso a um arquivo que ligue o ID aos nomes das participantes. Toda a informação de identificação do participante será mantida em um arquivo fechado e os dados electrónicos serão mantidos em um computador protegido por senha em um escritório trancado e acessível apenas para a investigadora. As suas informações codificadas também poderão ser usadas em estudos futuros, publicações, conferência e demais. A fim de assegurar que o estudo está a ser conduzido correctamente, é possível que a sua informação possa precisar ser revista pelo Comité Nacional de Bioética em Saúde.

Partilha de Resultados: Os resultados serão divulgados sempre que houver necessidade e oportunidade em fóruns nacionais ou internacionais, publicações, revistas e outros relacionados não obedecendo a um período específico.

Contactos: Se o Sr.(a) tiver qualquer pergunta ou necessite de esclarecimento a respeito deste estudo, pode contactar a proponente (pesquisadora principal) pelo contacto +258 879422677 ou

Dr. Baltazar Chilundo (MD, PhD) (supervisor da pesquisa) pelo número de telefone +258 84 3158350. Caso tenha alguma reclamação, queixa ou dúvida que não tenha sido esclarecida junto desses dois contactos, pode contactar o Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBSFM&HCM), que vela pela protecção dos direitos daqueles que participam em trabalhados de pesquisa como este, através do número do Presidente (+258 823992590) ou do Vice-Presidente (+258 846073868). Se preferir, pode dirigir-se aos seus escritórios no Edifício do Ministério da saúde, na Cidade de Maputo.

UNIVERSIDADE
EDUARDO
MONDLANE

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DA SAÚDE DA COMUNIDADE

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Declaração de Consentimento Informado

Recebi e li a folha informativa apresentada relativa ao estudo e também recebi uma cópia deste documento. Tive oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e recebi respostas satisfatórias e informações suficientes sobre o estudo. Eu tive tempo suficiente para avaliar cuidadosamente e profundamente a minha participação neste estudo. Eu estou ciente que a minha participação é voluntária. Estou ciente que tenho direito de recusar ou interromper a minha participação no estudo, a qualquer momento, sem precisar dar justificação da minha decisão, sem nenhuma consequência na prestação ou acesso aos serviços de saúde. Estou ciente que, como parte do estudo, as minhas informações poderão ser revistas por pessoas autorizadas e serão tratadas com estrita confidencialidade e anonimato.

Aceito participar deste estudo

Impressão digital

_____

Nome do participante

_____ ___/_____/_____

Assinatura ou Impressão digital do participante Data

_____ ___/_____/_____

Testemunha Data

(opcional, apenas se for usada a impressão digital do participante)

_____ ___/_____/_____

Assinatura da investigadora ou pessoa que obteve o CI Data

Anexos

Anexo 1. Estatísticas sobre o rastreio do CCU em Maputo no ano de 2023

Distritos	**SMI-PF - Mulheres testadas com VIA**	**SMI-PF - Mulheres com VIA Positivo**	**SMI-PF - Mulheres com VIA Positivo + casos de suspeita de CCU**	**IC da VIA positiva (%)**	**IC da VIA positiva (%) + casos de suspeita de CCU**
KaMpfumo	12.677	685	781	5,4	6,2
NlhaMankulu	16.024	760	807	4,7	5,0
KaMaxakene	6.987	962	986	13,7	14,1
KaMavota	14.906	1.251	1.348	8,4	9,0
KaMubukwana	9.653	1.167	1.206	12,1	12,9
KaTembe	1.558	81	84	5,1	5,3
KaNyaka	195	18	18	9,2	9,0
Maputo Cidade	62.000	4.924	5.230	7,9	8,4

Fonte: Base de dados do MISAU (2022-2023)

Anexo 2. Carta de cobertura do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
CIDADE DE MAPUTO
CONSELHO DOS SERVIÇOS DE REPRESENTAÇÃO DO ESTADO
SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE

A
Universidade Eduardo Mondlane,
Faculdade de Medicina
MAPUTO

Nota nº 345 /0501/ DEPC /SSCM Data: 02/08/2024

ASSUNTO: Resposta ao pedido de autorização para desencadear o estudo "Qualidade de Serviços de Saúde no rastreio e tratamento do Cancro do Colo do Útero nos distritos KaMubukwana e NlhaMankulo na Cidade de Maputo".

O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo acusa a recepção do pedido da Sra. Celina Jonas Mate, estudante de Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, na qual solicita autorização para realizar estudo com o teor retro mencionado,

Sobre a matéria, comunica-se que o Serviço de Saúde da Cidade de Maputo **autoriza** a realização da actividade, devendo apresentar os resultados ao SSCM.

Sem mais do momento, queiram aceitar as nossas cordiais saudações.

A Directora

Dra. Sheila Lobo de Castro
(Médica de Clínica Geral Principal)

Anexo 3. Carta de cobertura da CIBS FM&HCM

IVERSIDADE
DUARDO
ONDLANE

Faculdade de Medicina

Visto

O Director da Faculdade
Prof. Doutor Jahit Sacarlal, MD, MPH, PhD
(Professor Associado)

Ao Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CARTA DE COBERTURA AO PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO ESTUDANTE DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Como parte integrante das obrigações do curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, a Mestranda **Celina Jonas Mate,** pretende efectuar uma investigação intitulada ***"Qualidade de Serviços de Saúde no Ratreio e Tratamento do Cancro do Útero nos Distritos de KaMubukwana e NlhaMankulu na Cidade de Maputo"***

Espera-se assim que a experiência adquirida nesta pesquisa possa contribuir para elevar o grau de conhecimentos científicos da proponente e acima de tudo contribuir para enriquecer evidências científicas no campo de Saúde Pública em Moçambique e no mundo em desenvolvimento.

Ciente da relevância desta pesquisa e por se tratar de estudante, a Faculdade de Medicina espera maior ponderação e assim apoia e sugere sua implementação.

Maputo, aos 09 de Setembro de 2024.

O Coordenador do Curso

Prof. Doutor Mohsin Sidat, MD, MSc, PhD
(Prof. Associado)