

IDENTIFICAÇÃO DE DIMENSÕES-CHAVE PARA A MELHORIA DO CUIDADO AO PACIENTE COM CÂNCER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PELO QUESTIONÁRIO ACIC

Identification of Key Elements for Improving Primary Care for Cancer Patients Using the ACIC Questionnaire

Adrielle Fernandes Miranda¹ | Karen Fernanda Silva Bortoleto Garcia² | Gracielly de Souza Pantano³

¹Graduanda de Medicina do Curso de Medicina no Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV).

² Mestre em Bioengenharia, Enfermeira especialista em Saúde da Família e gerenciamento de unidade básica e Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV).

³ Orientadora. Mestre em Educação para as Profissões de Saúde, Médica Endocrinologista e Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV).

Data de submissão: 01/09/2019 | Data de aprovação: 15/09/2022

RESUMO

Objetivos: Identificar dimensões-chave para a melhoria do cuidado ao paciente com câncer na atenção primária à saúde. **Métodos:** Trata-se de pesquisa analítica, transversal e quantitativa. Profissionais de saúde de todas as equipes de atenção primária do município de Votuporanga responderam ao questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas – ACIC (sigla em inglês para Assessment of Chronic Illness Care), utilizado pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde para avaliar a assistência a doenças crônicas. **Resultados:** A média das pontuações obtidas nas sete dimensões avaliadas foi de $5,4 \pm 2,0$ em escala de zero a 11. A integração dos componentes do sistema de atenção à saúde, com média de $3,9 \pm 2,3$, e o suporte clínico para o cuidado, com média de $3,5 \pm 2,4$, tiveram as menores pontuações. **Conclusão:** A pontuação média obtida na ferramenta ACIC, segundo as respostas dos profissionais de saúde da atenção primária de Votuporanga, indica uma capacidade razoável do município para o cuidado com o câncer. Em contrapartida, os itens integração dos componentes do sistema de atenção e suporte clínico para o cuidado receberam as menores pontuações, o que indica que devem ser priorizados na implantação de melhorias.

Palavras-chave: continuidade da assistência ao paciente, oncologia, atenção primária à saúde.

DOI: 10.5935/2763-602X.20220008

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença prevalente e com elevada taxa de mortalidade. Seu cuidado apresenta preocupantes deficiências, especialmente, em países menos desenvolvidos. No entanto, o número de

pacientes vivendo com câncer tem aumentado em decorrência da maior sobrevida propiciada pela ampliação da rede de assistência e pelo avanço tecnológico na oncologia¹. Avanços como testes genéticos e moleculares, a descoberta de novas

drogas e novos procedimentos já incorporados a protocolos clínicos permitem, em muitos casos, um controle adequado da doença e uma menor mortalidade^{2,3}. Graças a isso, muitos pacientes têm passado a conviver com a doença por longos perío-

dos, fato que tem levado muitos autores a considerar o câncer uma doença crônica⁴.

O Sistema Único de Saúde (SUS) já reconhece o câncer como uma doença crônica não transmissível (DCNT). Em 2013, a portaria número 874 do Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), reconhecendo o câncer como uma doença crônica prevenível que necessita de cuidado integral⁵. A PNPCC também definiu que o acompanhamento do paciente com diagnóstico de câncer seja feito em unidades e centros de assistência de alta complexidade em oncologia, que devem oferecer tratamento oportuno e seguro de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa. Contudo, para que o cuidado ao câncer seja oferecido de forma integral, é necessário que exista um sistema de referência e contra-referência, em que a Atenção Primária à Saúde (APS) também desempenha um papel fundamental, muitas vezes acompanhando os pacientes oncológicos paralelamente aos serviços mais especializados⁶. Nesse sistema, a APS encaminha o paciente ao serviço de referência para iniciar seu tratamento especializado, que deve ter início em até 60 dias após o diagnóstico⁷. A contrarreferência, por sua vez, garante a continuidade dos cuidados necessários, com o encaminhamento de volta à unidade básica de origem, seguindo o princípio do cuidado integral.

Nessa rede de cuidado integral ao paciente oncológico, a APS é muito mais do que apenas a “porta de entrada” do sistema. Ao contrário, a APS tem um papel estratégico de suporte integral qualificado, importante para o cuidado humanizado, que inclui também ações de prevenção primária, detecção precoce e cuidados paliativos. Atua, portanto, em todos os níveis da história natural da doença. Por ser mais próxima à população, a APS também tem um alcance maior para ações de promoção da saúde, o que reforça sua importância no controle do câncer⁸. No entanto, um estudo realizado no Distrito Federal, indicou que 35,5% das pacientes diagnosticadas com câncer de mama iniciaram seu tratamento somente após 60 dias do diagnóstico inicial, o que revela lacunas e deficiências na integração do sistema, afastando a realidade do que é idealmente preconizado na lei⁹. Assim,

é fundamental que sejam feitos estudos para avaliar a qualidade do cuidado ao paciente com câncer na APS, de forma a diagnosticar os principais problemas.

Seguindo o conceito de que o câncer tem características em comum com outras doenças crônicas, estudos vêm demonstrando que algumas ferramentas de avaliação de desfechos em doenças crônicas também podem ser aplicáveis ao câncer, como o caso do instrumento EQ-5D10. O mesmo princípio poderia ser aplicado para avaliar a qualidade do cuidado ao paciente oncológico, utilizando-se instrumentos que avaliam a qualidade da assistência às DCNT, por exemplo o questionário *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC), utilizado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para esse fim^{11,12}.

A partir desse racional, portanto, este estudo buscou aplicar o ACIC no contexto da APS voltada ao paciente oncológico, de forma a fazer um diagnóstico situacional da qualidade do cuidado. Assim, objetiva-se identificar as dimensões-chave do Modelo de Atenção às Condições Crônicas que necessitam de melhoramento tangível, no contexto da APS, para o paciente com câncer.

MÉTODOS

Este estudo é transversal, quantitativo e analítico. Foi conduzido em Votuporanga, cidade do interior do estado de São Paulo, Brasil, um município com população estimada de 96.106 habitantes, em 2021¹³. Na ocasião do estudo, participaram as 19 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), responsáveis por uma cobertura de 89,3% do município, distribuídas em 12 Unidades de Saúde da Família (USF).

Foram obtidos dados descritivos sobre as características de cada USF, sendo esses: número de equipes no local, de médicos e enfermeiros, abrangência populacional e número de pacientes com câncer em cuidados na USF. Cada unidade recebeu uma identificação por letra e cada equipe, quando a USF abrigava mais de uma, foi numerada, de forma a anonimizar as pontuações finais.

Para a avaliação da unidade de saúde quanto ao cuidado aos pacientes com câncer, foi utilizada a versão do ACIC adaptada para o português em 2012^{12,14}. O ACIC avalia os componentes do MACC15, o que permite determinar a capacidade da instituição de saúde no cuidado a uma DCNT e reali-

zar um diagnóstico situacional do ambiente operacional em que se dá essa atenção. A ferramenta divide a avaliação em sete dimensões essenciais: organização do sistema de saúde, recursos comunitários, apoio para o autocuidado, desenho da linha de cuidados, suporte para as decisões clínicas, sistema de informação clínica e integração. Cada um desses aspectos recebeu uma pontuação em uma escala de zero a 11. O valor mais alto indica que a ação descrita foi completamente colocada em prática e, o menor, que a ação ainda é necessária.

A ferramenta foi aplicada em uma USF a cada quinze dias. Os pesquisadores inicialmente apresentaram o ACIC aos profissionais de saúde da unidade, detalhando seus objetivos e sua metodologia, e, em seguida, treinou cada grupo para sua aplicação. Entre três e 11 membros de cada equipe de saúde foram então selecionados e convidados por seus pares para responder o ACIC, conforme envolvimento do profissional no cuidado ao paciente oncológico, além de seu interesse em participar do estudo. Em seguida, o questionário foi respondido na própria USF, em data agendada, em reunião presencial, da qual participavam também os pesquisadores, que atuavam como facilitadores, mas sem influenciar as respostas. O ACIC foi respondido de maneira individual após um debate inicial entre os participantes de cada grupo.

A pontuação final de cada unidade foi obtida pela média das respostas dos participantes, após avaliar os dados quanto à distribuição normal e esfericidade. Para efeitos descritivos, consideraram-se como “capacidade limitada” pontuações entre 0 e 2; “básica”, entre 3 e 5; “razoável”, entre 6 e 8; e ótima, entre 9 e 11. O teste ANOVA foi utilizado para comparar as diferenças entre a pontuação final de cada equipe e de unidade, com intervalo de confiança de 95%. As sete diferentes dimensões do MACC também foram analisadas individualmente. A pontuação final de cada dimensão foi comparada entre as diferentes unidades também se utilizando o teste ANOVA, mas, devido às múltiplas comparações realizadas, foi utilizada a correção de Bonferroni, estabelecendo-se um valor de *p* para significância estatística correspondente a 0,007.

Para fins de controle quanto às possíveis variáveis de confusão influenciando as pontuações finais, o estudo também ana-

lisou dados demográficos de cada um dos profissionais que participou do estudo, por exemplo sexo e idade, e de qualificação e experiência dos profissionais, como tempo trabalhado na saúde pública, tempo de atuação na mesma USF e sua formação. As seguintes variáveis também foram analisadas para esse fim: número de pacientes com câncer atendidos na unidade, abrangência populacional da equipe e número de profissionais participantes da pesquisa. Nessa etapa, foram utilizados o teste qui-quadrado de Pearson para avaliar uma possível relação entre as variáveis categóricas (sexo e formação do profissional) e as notas finais dadas por eles no questionário. O coeficiente de correlação linear de Pearson, por sua vez, avaliou as variáveis contínuas, como idade, tempo trabalhado na saúde pública e tempo trabalhado na mesma USF e sua relação com as notas finais.

RESULTADOS

As USF do município apresentaram características descritas na tabela 1. Dos 453 profissionais das equipes estudadas, 81 (17,9%) foram convidados para participar da pesquisa, incluindo sete dos 19 médicos (36,8%), não havendo ocorrido recusas para a participação. A abrangência populacional foi em média de 4.909 ± 3.306 pacientes por equipe, variando de 2.120 a 15.600. Em média, cada USF participante tinha $10,9 \pm 8,3$ pessoas com câncer sendo atendidas no local. Das 12 unidades de saúde participantes, seis assistiam 10 ou mais usuários com câncer, englobando 107 pacientes nessas unidades (81,68% da amostra total).

Os 81 profissionais de saúde participantes de pesquisa eram, em sua maioria, do sexo feminino (76%), com média da idade de $39,5 \pm 10$ anos, variando de 20 a 68. Os profissionais atuavam nas USF em regime de trabalho de oito horas, estão na área da saúde pública há 7 anos em média e trabalham na mesma USF há 4,5 anos em média. Ademais, 28,9% dos profissionais participantes declararam ter pós-graduação.

A tabela 2 demonstra as características dos membros de cada equipe. A análise separada dos sete médicos que responderam ao ACIC mostrou média da idade de $31,5 \pm 5,9$ anos, variando de 26 a 42, sendo que apenas um era do sexo masculino. Esses médicos trabalham na mesma USF há 2,9 anos, o mesmo tempo de trabalho na saúde pública, em todos os casos.

TABELA 1 - Características das Unidades de Saúde da Família (USF) de Votuporanga

USF	NÚMERO DE EQUIPES	ABRANGÊNCIA POPULACIONAL	NÚMERO DE PACIENTES COM CâNCER*	NÚMERO DE MÉDICOS	NÚMERO DE ENFERMEIROS
A	3	21.797	8	5	3
B	1	9.271	14	1	1
C	1	2.188	16	1	2
D	1	3.673	2	1	1
E	1	3.247	4	3	1
F	2	8.789	24	2	2
G	1	3.500	10	1	1
H	1	15.600	20	3	1
I	3	6.361	4	4	3
J	1	3.700	1	2	1
K	1	2.350	5	3	1
L	3	13.000	23	3	3

(*) Número de pacientes em cuidado com câncer na USF no ano de 2018.

TABELA 2 - Características dos profissionais das equipes que responderam ao ACIC

EQUIPE*	IDADE (MÉDIA EM ANOS)	TEMPO MÉDIO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ANOS)	TEMPO MÉDIO DE TRABALHO NA USF ATUAL (ANOS)
A1	35,5	8,6	3,7
A2	37	6,5	6,5
A3	39,6	7,3	4,6
B	42,8	7,2	4,9
C	40,7	2,7	2,4
D	46,4	13,9	8,5
E	42,5	6,5	2,5
F1	43	6	6
F2	43,3	6,5	4,6
G	39,3	10,6	5,5
H	40	8,6	3
I1	33,6	4,3	3,3
I2	32,3	4,6	3,3
I3	37	5	3
J	33,8	7,6	4,7
K	36,7	7	6,8
L1	44,7	9	5,7
L2	36,3	5,3	4,6
L3	36,5	5,7	2,6

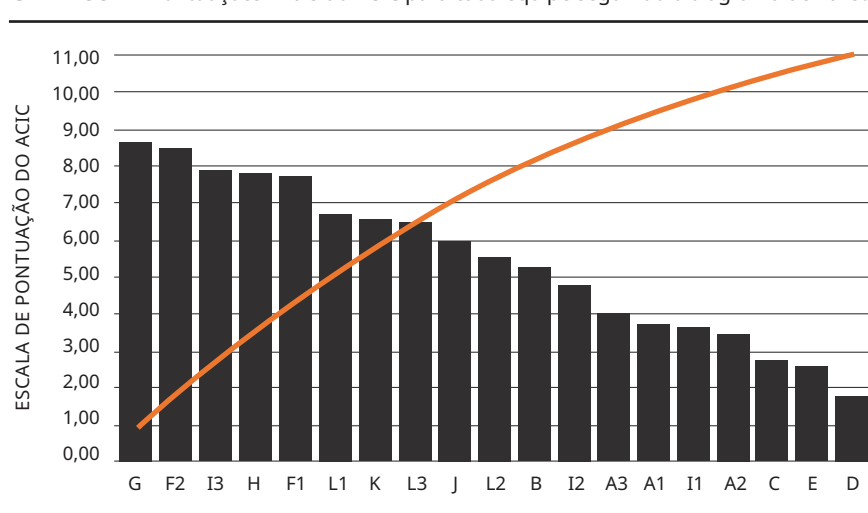
*Letra: Unidade de Saúde da Família e Número: Equipe; **Média da idade dos profissionais em anos.

A pontuação final média obtida pelas USF no ACIC em Votuporanga foi $5,4 \pm 2,0$ (“razoável”), variando de 1,8 a 8,6, em escala de zero a 11. O teste ANOVA que comparou as médias das pontuações totais de cada uma das 12 USF avaliadas revelou uma diferença estatisticamente significativa entre as unidades [$F(11,69) = 4,25$, $p=0,03$]. Em relação à avaliação de cada equipe, de acordo com a classificação das pontuações descrita em “métodos”, nove delas (47,3%) avaliaram suas respectivas USF como tendo capacidade institucional considerada razoável para o cuidado ao câncer; sete equipes (36,9%), capacidade institucional considerada básica; e três equipes (15,8%), capacidade limitada. O Gráfico 1 ordena as pontuações finais das equipes da maior para a menor.

A Tabela 3 apresenta os resultados do teste ANOVA que comparou as diferentes unidades quanto à pontuação média em cada uma das sete dimensões do MACC. Foi considerado um nível de significância de 0,7%, após correção de Bonferroni para múltiplas comparações. A média das pontuações obtidas pelas seis USF que atendiam mais do que 10 pacientes com câncer foi $6,4 \pm 2,0$, variando de 2,71 a 8,65 (escala de zero a 11). Para as outras seis unidades, a média das pontuações foi $4,32 \pm 1,8$, variando de 1,78 a 6,51. No entanto, o número de usuários com câncer atendidos em cada unidade não apresentou associação significativa com a nota obtida no ACIC por aquela unidade.

É importante ressaltar que as respostas ao ACIC decorrem de uma decisão coletiva dos profissionais presentes, que pertencem às diferentes profissões da saúde. Em oito equipes, o ACIC foi aplicado na presença exclusiva de agentes comunitários de saúde (ACS), obtendo-se uma média da pontuação final de $5,79 \pm 2,61$. Nas onze equipes restantes, pelo menos um profissional com graduação superior (médico ou enfermeiro) estava presente, obtendo-se uma média de $5,19 \pm 2,03$. Em sete equipes (36,8%), o médico da USF estava presente entre os profissionais que responderam o instrumento de avaliação, obtendo-se uma média de $5,02 \pm 2,43$. Não houve associação entre a formação do profissional e sua pontuação do ACIC. Também não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a idade, sexo, tempo trabalhado na saúde pública e o tempo de atuação na mesma

GRÁFICO 1 - Pontuações finais do ACIC para cada equipe seguindo o diagrama de Pareto



Local: Letra: unidade / número: equipe

TABELA 3 - Pontuações das dimensões avaliadas e total no ACIC de cada Unidade de Saúde da Família

DIMENSÃO*	UNIDADE												PONTUAÇÃO MÉDIA	VALOR P **
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L		
1	1,3	8	5,1	0	2,1	8,9	10,5	9,5	4,1	5,5	5,8	6,6	5,6	0,043
2	4,9	5,5	2,7	1,7	2	7,5	7,5	7,7	5,8	6,7	6	5,4	5,3	0,003
3	3,9	7,5	4,5	1,7	1,5	10,3	9	8,2	5	6,2	8,5	8,5	6,2	0,12
4	2	0	0,7	1	1,5	5,6	8,2	5,5	3,8	4,2	4,7	5,4	3,5	0,073
5	4,4	9	4,5	1,3	2,5	10,8	10,5	10,8	8,5	7,1	7,5	8	7,1	<0,001
6	6,9	4	1,3	4,6	5,3	7,2	5,8	6	7,9	7,5	8,1	6,5	5,9	0,129
7	2,2	3,1	0	2	2,5	6	9	6,5	2,7	4,8	4,8	3,1	3,9	0,043
PONTUAÇÃO MÉDIA TOTAL	3,7 ± 1,9	5,3 ± 3,2	2,7 ± 2	1,8 ± 1,4	2,5 ± 1,3	8 ± 2	8,6 ± 1,6	7,7 ± 1,9	5,4 ± 2,1	6 ± 1,2	6,5 ± 1,5	6,2 ± 1,7	5,4 ± 2	0,03 ***

*Dimensões avaliadas: 1: Organização do sistema de atenção ao câncer; 2: Articulação com recursos da comunidade para o cuidado ao câncer; 3: Suporte para o autocuidado relacionado ao câncer; 4: Suporte para decisões clínicas relacionadas ao câncer; 5: Desenho do sistema de prestação de serviço relacionado ao câncer; 6: Sistema de informação clínica dos dados relacionados ao câncer; 7: Integração dos componentes do modelo de atenção ao câncer. As letras são a referência da USF avaliada. **Valor p referente ao teste ANOVA aplicado para comparar as notas de cada unidade na dimensão indicada, $F(11,69)$. Houve diferença significativa para as dimensões 2 e 5 ($p<0,007$ após correção para múltiplas comparações). *** Valor p referente ao teste ANOVA aplicado para comparar as notas finais de cada unidade no ACIC, $F(11,69)$ $p<0,05$.

USF. Tampouco foi encontrada associação da pontuação final da unidade no ACIC com a abrangência populacional de cada unidade ou com o número de profissionais participantes da pesquisa.

DISCUSSÃO

Este estudo, utilizando um instrumento que avalia a qualidade do cuidado ao paciente com DCNT aplicado aos cuidados oncológicos, encontrou uma pontuação “razoável” nesse tipo de assistência desempenhada nas 12 USF do município de Votuporanga, São Paulo, Brasil. O resultado é compatível com outros estudos que buscaram avaliar a qualidade da APS em regiões do Brasil com características sociodemográficas semelhantes. Por exemplo, Castro *et al.*¹⁶ utilizaram o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool, versão para profissionais de saúde, para avaliar o serviço no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Embora tenha empregado metodologia diferente em relação a este estudo, incluindo o enfoque na assistência como um todo e não apenas às doenças crônicas, as Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre receberam uma avaliação média de 6,58, ou seja, no limite entre o que é considerado uma nota baixa e alta (6,6). Assim, apesar das limitações quanto a essa comparação, é possível inferir que a percepção desses profissionais quanto ao serviço também pode ser considerada intermediária, compatível com o resultado “razoável” encontrado nesta amostra.

Também é possível inferir que uma nota razoável reflete uma percepção mista quanto à qualidade da assistência prestada. Nessa linha, parte da avaliação pode ser positiva, graças aos aspectos do serviço que se aprimoraram desde a implantação do modelo atual da APS baseado na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estudos prévios apontaram como dimensões da APS que se fortaleceram: a cobertura do PSF, o acesso da população, a estrutura dos serviços, a provisão de médicos e a cobertura de ações de saúde. Políticas públicas voltadas à melhoria do acesso e da qualidade na APS também foram implementadas nos últimos anos¹⁶. Neste estudo, por sua vez, a dimensão analisada que apresentou o resultado mais positivo, segundo a percepção dos profissionais participantes, foi o desenho

da prestação de serviço, com pontuação média de $7,1 \pm 3,1$. Campanhas preventivas, programas de assistência domiciliar e disponibilidade de serviços aos pacientes oncológicos em toda a rede podem ser algumas das medidas implantadas nos últimos anos que colaboraram para uma melhor percepção quanto a essa dimensão do MACC. O desenho da prestação de serviço também foi reportado como a dimensão mais bem avaliada por outro estudo brasileiro que utilizou a ferramenta ACIC para avaliar a qualidade da APS, embora, nesse caso, o instrumento não se restringiu ao cuidado a uma doença específica. Tal estudo, realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, também identificou uma avaliação “razoável” das unidades daquela cidade¹⁷.

Contrapondo-se aos pontos fortes da APS, diversos estudos vêm apontando dimensões do sistema que ainda deixam a desejar, o que muitas vezes decorre de problemas que afetam a completude e a integralidade do cuidado¹⁸. Dificuldades no sistema de referência e contra-referência dentro da rede vêm sendo apontadas como um desses problemas. Em um estudo que avaliou a qualidade do cuidado da APS a pacientes com câncer de colo de útero, foram apontados problemas como número limitado de vagas para referenciar pacientes; comunicação deficiente do serviço especializado de referência com a unidade básica sobre o caso e, muitas vezes, até mesmo a não-realização da contra-referência¹⁹. Em outro estudo, que também utilizou a ferramenta ACIC em Votuporanga, mas que avaliou o cuidado ao diabetes mellitus tipo 2, a integração dos componentes do cuidado e o suporte clínico obtiveram pontuações baixas²⁰. Os achados deste estudo vão na mesma direção, uma vez que as duas dimensões que apresentaram as menores pontuações foram a integração dos componentes do cuidado e o suporte clínico. A primeira dessas duas dimensões considera que um sistema de saúde de qualidade se articula de forma clara, sincronizada e efetiva. Já o suporte para decisões clínicas garante o embasamento científico atualizado das condutas, o que pode ser garantido por protocolos clínicos e fluxogramas de atendimento bem definidos.

Outro achado que merece atenção foram as diferenças de pontuação observa-

das entre as unidades, o que pode indicar uma heterogeneidade da rede. Castro *et al.*¹⁶ também encontraram diferenças entre unidades de saúde na APS de Porto Alegre, que se associaram à sua estrutura e articulação com o restante do sistema. Nesse estudo, pontuaram melhor as unidades que dispunham de médicos especialistas em medicina de família e comunidade e de outros profissionais da saúde, por exemplo psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros. Uma maior facilidade no referenciamento a níveis de atenção de maior complexidade também foi uma das características observadas em unidades de saúde com notas maiores. Neste estudo, por sua vez, também foram verificadas diferenças entre as unidades quanto à pontuação da dimensão “integração dos componentes do modelo de atenção”, o que pode sugerir uma heterogeneidade quanto à facilidade no encaminhamento a serviços especializados. Cabe a ressalva, no entanto, que esse achado não sobreviveu à correção de Bonferroni para múltiplas comparações.

Outras duas dimensões (desenho do sistema de prestação de serviço e articulação com a comunidade) apresentaram diferença significativa entre as USF analisadas, mesmo após a correção de Bonferroni. Isso indica que há outras fontes de heterogeneidades na rede, que necessitam de estudos adicionais para identificar possíveis causas. Alguns fatores podem ter contribuído com as diferenças entre as unidades, como a variabilidade do número de habitantes atendidos, indo de 2.120 até 15.600 pessoas. Esse número, segundo a prefeitura, foi determinado por critérios socioeconômicos, o que aumenta ainda mais a heterogeneidade da população atendida pela rede. Além disso, o número de participantes de cada unidade variou, o que pode ter resultado em possíveis vieses de seleção e baixo poder estatístico em algumas das unidades, dificultando que diferenças adicionais fossem observadas.

Outra limitação deste estudo é o baixo número de médicos participantes na pesquisa e possíveis vieses de seleção como consequência. A assistência na visão do médico pode ter uma qualidade diferente do que na visão de outros membros da equipe multiprofissional devido às características inerentes ao papel de cada um. De fato, a pontuação média obtida em equipes em que apenas ACS participaram

foi maior (5,79) do que nas sete equipes com participação de ao menos um médico (5,02). Apesar de não ter sido encontrada associação estatisticamente significativa entre a formação profissional do participante e a pontuação final da ACIC, tal diferença na participação dos profissionais entre as unidades pode ter resultado em viés de seleção nas notas atribuídas. Também é possível que diferenças resultantes da formação do profissional não tenham sido detectadas devido ao baixo poder estatístico da amostra. Dessa forma, é possível que esse fator tenha sido responsável pela diferença de pontuação obtida por cada unidade. Ademais, neste estudo, muitos dos médicos participantes revelaram não ter grande experiência de trabalho na APS, sendo esse seu primeiro emprego na área em todos os casos. Embora essa variável não tenha se associado à pontuação final atribuída à unidade no ACIC, ela pode ter influenciado as respostas e, portanto, o resultado final. Isso é importante, pois, no estudo de Castro *et al.*¹⁶ anteriormente citado, unidades cujos médicos não eram experientes, em conjunto com outros fatores, apresentaram pontuações piores no ACIC comparadas àquelas com profissionais mais experientes e especialistas em medicina da família e comunidade. Por fim, apesar das diferenças de formação profissional entre os participantes de cada unidade, outras variáveis como sexo, idade e número de pacientes com câncer atendidos na unidade não parecem ter influenciado o resultado final.

Este estudo encontrou achados que podem colaborar com o diagnóstico da qualidade do cuidado ao câncer na APS do município de Votuporanga. Foram identificados pontos que poderão ser trabalhados junto às equipes e ao sistema de saúde para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente oncológico. Em especial, as piores pontuações foram observadas nas dimensões que envolvem a integração dos componentes do sistema e o suporte clínico, o que indica que o foco das ações de melhoria devem ser nessas áreas. Os achados são compatíveis com outros estudos que avaliaram a qualidade da APS no Brasil e que apontaram deficiências nessas duas mesmas dimensões.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm conflitos de interesse nessa publicação.

FONTE DE FINANCIAMENTO

A pesquisadora Adrielle Fernandes Miranda foi bolsista no programa de Bolsa de Pesquisa em Ética e Bioética do Cremesp, em 2018.

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV), Curso de Medicina, Votuporanga, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Avenida da Saudade, 2147

CEP: 15501-405 - Votuporanga, SP, Brasil

Autor correspondente:

Gracielly de Souza Pantano

integral.pesquisa@hotmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] da Silva RCF. Guide to Cancer Early Diagnosis. *Rev Bras Cancerol.* 2019; 63(1):41-42.
- [2] Garnis C, Buys TP, Lam WL. Genetic alteration and gene expression modulation during cancer progression. *Mol Cancer.* 2004; 3(1):1-23.
- [3] Siegel RL, Jemal A, Wender RC, Gansler T, Ma J, Brawley OW. An assessment of progress in cancer control. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68(5):329-339.
- [4] Phillips JL, Currow DC. Cancer as a chronic disease. *Collegian.* 2010; 17(2):47-50.
- [5] Ministério da Saúde. Portaria no 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no Diário Oficial da União de 17 de maio de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
- [6] Baron M. Inserção da Equipe de Saúde da Família na Rede de Atenção Oncológica: como a Atenção Primária se Percebe na Assistência ao Paciente com Câncer. Rio de Janeiro (Brasil): Universidade Estácio de Sá; 2012. Disponível em: <https://portal.estacio.br/media/3650/miriam-baron.pdf>.
- [7] Brasil. Lei No 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Publicada no Diário Oficial da União de 23 de novembro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm.
- [8] Parada R, de Assis M, Corrêa R, Abreu MF. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica. *Rev APS.* 2008; 11(2):199-206.
- [9] Constâncio TB, Gottens LBD, Araújo SL, Barros AF. Tempo entre diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Distrito Federal e fatores associa-

dos. *Comun Ciênc Saúde.* 2020; 31(1):179-187.

- [10] Kim SH, Hwang JS, Kim TW, Hong YS, Jo MW. Validity and reliability of the EQ-5D for cancer patients in Korea. *Support Care Cancer.* 2012; 20(12):3155-3160.
- [11] Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res.* 2002; 37(3):791-820.
- [12] Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés S. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2013.
- [13] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População do município de Votuporanga. [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2021 [citado em 31 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/votuporanga/panorama>.
- [14] MacColl Institute for Healthcare Innovation. Questionário de Avaliação da Atenção às Doenças Crônicas (ACIC-versão 3.5) [Internet]. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2000 [citado em 31 de agosto de 2022]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=curso-cuidado-doencas-nao-transmissiveis-226&alias=1239-questionario-avaliacao-a-gestao-acnt-acic-3-5-portugues-9&Itemid=965.
- [15] Medes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- [16] de Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(9):1772-1784.
- [17] da Costa KC, Cazola LHO, Tamaki EM. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. *Saúde Debate.* 2016; 40(108):106-117.
- [18] Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate.* 2018; 42(spe1):208-223.
- [19] Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHMD. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(Sup 1):S111-S122.
- [20] Pantano GS. O cuidado ao paciente diabético na atenção primária: o papel das práticas de colaboração interprofissional em saúde. Sorocaba (Brasil): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde; 2018. Disponível em: [https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/21647/2/Gracielly de Souza Pantano.pdf](https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/21647/2/Gracielly%20de%20Souza%20Pantano.pdf)