

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

SCHEYLA FRAGA FERREIRA RAUTA

**BARREIRAS À REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO
APRESENTADAS POR MULHERES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE
CARIACICA - ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA - ES
2024

SCHEYLA FRAGA FERREIRA RAUTA

**BARREIRAS À REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO
APRESENTADAS POR MULHERES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE
CARIACICA - ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –EMESCAM como requisito para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Alan Patricio da Silva

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA - ES

2024

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

R249b Rauta, Scheyla Fraga Ferreira
Barreiras à realização do exame colpocitológico apresentadas por
mulheres de uma Unidade de Saúde de Cariacica – Espírito Santo /
Scheyla Fraga Ferreira - 2024.
87 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Alan Patricio da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
– Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2024.

1. Câncer do colo do útero. 2. Exame colpocitológico. 3. Assistência
integral à saúde da mulher – Cariacica (ES). 4. Atenção primária à
saúde. I. Silva, Alan Patricio da. II. Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 613.04244

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

SCHEYLA FRAGA FERREIRA RAUTA

**BARREIRAS À REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO
APRESENTADAS POR MULHERES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE
CARIACICA - ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 14 de junho de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
ALAN PATRÍCIO DA SILVA
Data: 29/08/2024 13:24:15-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. Alan Patricio da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória – EMESCAM
Orientador

Documento assinado digitalmente
TASSIANE CRISTINA MORAIS
Data: 29/08/2024 13:07:43-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Tassiane Cristina Morais
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno

Documento assinado digitalmente
TAMIRES DOS SANTOS VIEIRA
Data: 29/08/2024 13:01:38-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Tamires dos Santos Vieira
Membro Titular Externo

Dedico este trabalho a Deus, a minha família, a todos os professores com quem pude aprender e aos que com seu apoio me incentivaram durante esta trajetória.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela sua bondade e por cumprir em minha vida todas as suas promessas.

Ao meu esposo José Antônio pela compreensão e ajuda, principalmente nos momentos em que eu estive ausente.

Aos meus filhos Guilherme e João Vitor, pois é neles que eu encontro o sentido da busca de novos desafios e força para superar os obstáculos.

Aos meus pais, Vilson e Nilda, que sempre me incentivaram a prosseguir e nunca mediram esforços para que eu alcançasse os meus sonhos.

À minha família que é minha raiz, minha essência e minha estrutura.

Ao meu orientador, Dr. Alan, pelo empenho e disponibilidade durante todo esse percurso.

Aos colegas de mestrado pelas contribuições e por todo apoio que foram essenciais na minha trajetória.

À Prefeitura Municipal de Cariacica, através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), que permitiu a realização dessa pesquisa.

Aos participantes da pesquisa que confiaram a mim suas vivências e possibilitaram a realização do estudo.

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste mestrado.

"Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota".

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Introdução: o exame colpocitológico, também conhecido como Papanicolau ou preventivo, é recomendado para a identificação precoce de alterações nas células do colo do útero, sendo capaz de reduzir significativamente a morbimortalidade de mulheres por essa patologia. No entanto, apesar desse exame ser a principal estratégia de rastreamento do câncer cervical e estar disponível na rede pública e privada de saúde, estima-se que 12% a 20% das mulheres entre 25 e 64 anos nunca o tenham realizado, o que contribui para a detecção tardia da doença e maior probabilidade de morte. Este fato corrobora para que o câncer de colo de útero seja considerado um grande problema de saúde pública, pois é o segundo tipo de câncer mais prevalente a nível mundial, mais comum no sexo feminino, sendo responsável por cerca de 250 mil óbitos a cada ano. Estudos sobre essa temática possuem grande importância social, sendo fundamentais para atingir as metas do desenvolvimento sustentável da agenda de 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), tanto para melhoria da saúde e bem-estar quando para redução das desigualdades de gênero.

Objetivo: descrever as barreiras que levam mulheres a não comparecerem às consultas agendadas para realização do exame colpocitológico. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal quantitativo, realizado com 30 mulheres com idade de 25 a 64 anos, sendo os dados coletados de janeiro a maio de 2023 por meio da aplicação de um questionário com questões semiestruturadas e uma questão aberta. Os dados obtidos por meio das perguntas fechadas foram dispostos em tabelas e agrupados em quatro categorias pré-estabelecidas: perfil socioeconômico e demográfico; participação em atividade educativa e conhecimento relacionado ao exame colpocitológico; prática na realização de exame colpocitológico; aspectos relacionados ao serviço de saúde. Os dados obtidos por meio da pergunta aberta foram descritos levando em consideração o último exame agendado da participante. Foi realizada a análise descritiva no *software Microsoft Excel*, por meio de frequências absolutas e relativas. O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados: destaca-se como barreiras, à realização do exame: baixa escolaridade, classe social baixa, menores faixas etárias, desconforto, vergonha, constrangimento, medo. Também foram apontados o fato da coleta ser realizada por um profissional do sexo masculino, a ausência de sintomas ginecológicos, a insuficiência de vagas disponibilizadas pelo serviço e marcação apressada para datas distantes, associados às atividades laborais da mulher. **Considerações finais:** observou-se que há diversas barreiras que contribuem para a não adesão das mulheres à realização do exame colpocitológico. É de fundamental importância que essas barreiras sejam identificadas a fim de que profissionais e gestores possam efetivar programas e implementar ações que visem a diminuição das desigualdades sociais, integralidade da assistência prestada e maior adesão das mulheres a essa prática.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero. Exame colpocitológico. Assistência Integral à Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: the colposcycological exam, also known as Pap smear or preventive, is recommended for the early identification of changes in the cells of the cervix, being able to significantly reduce the morbidity and mortality of women due to this pathology. However, despite this exam being the main screening strategy for cervical cancer and being available in the public and private health network, it is estimated that 12% to 20% of women between 25 and 64 years of age have never undergone it, which contributes for late detection of the disease and greater probability of death. This fact confirms that cervical cancer is considered a major public health problem, as it is the second most prevalent type of cancer worldwide, more common in females, being responsible for around 250 thousand deaths each year. Studies on this topic have great social importance, being fundamental to achieving the sustainable development goals of the United Nations (UN) 2030 agenda, both to improve health and well-being and to reduce gender inequalities. **Objective:** describe the barriers that lead women to not attend scheduled appointments for colposcycological examinations. **Methodology:** this is a quantitative cross-sectional descriptive study, carried out with 30 women aged 25 to 64 years, with data collected from January to May 2023 through the application of a questionnaire with semi-structured questions and an open question. The data obtained through closed questions were arranged in tables and grouped into four pre-established categories: socioeconomic and demographic profile; participation in educational activities and knowledge related to colposcycological examination; practice in carrying out colposcycological examination; aspects related to the health service. The data obtained through the open question were described taking into account the participant's last scheduled exam. Descriptive analysis was carried out using Microsoft Excel software, using absolute and relative frequencies. The work was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** the following stand out as barriers to taking the exam: low education, low social class, younger age groups, discomfort, shame, embarrassment, fear. Also highlighted were the fact that the collection was carried out by a male professional, the absence of gynecological symptoms, the lack of vacancies made available by the service and scheduled appointments for distant dates, associated with the woman's work activities. **Final considerations:** it was observed that there are several barriers that contribute to women not adhering to the Pap smear test. It is of fundamental importance that these barriers are identified so that professionals and managers can carry out programs and implement actions aimed at reducing social inequalities, comprehensive care provided and greater women's adherence to this practice.

Keywords: Cervical cancer. Pap smear. Comprehensive Assistance to Women's Health. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Delineamento histórico.....	24
Figura 2 – Linha de cuidado do câncer	28
Figura 3 – Município de Cariacica	38
Figura 4 – Cariacica e suas 13 regiões	39
Figura 5 – Região Administrativa 12	40
Figura 6 - Representação da amostra do presente estudo.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico das participantes do estudo	46
Tabela 2 - Conhecimento relacionado ao exame colpocitológico	48
Tabela 3 - Prática na realização de exame colpocitológico	49
Tabela 4 - Serviço de saúde disponibilizado às mulheres	50
Tabela 5 – Motivo da não realização do exame preventivo.....	50

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCU	Câncer do Colo do Útero
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NIC	Neoplasias intraepiteliais da cérvix
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DA MULHER	18
2.2	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	24
2.2.1	Delineamento histórico.....	24
2.2.2	Epidemiologia do Câncer do Colo do Útero.....	26
2.2.3	Linhas de cuidado.....	27
2.3	A IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO	30
2.4	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	32
3	OBJETIVOS	36
3.1	OBJETIVO GERAL	36
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4	MÉTODO	37
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	37
4.2	LOCAL DO ESTUDO	37
4.3	AMOSTRA	40
4.4	COLETA DOS DADOS	43
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	44
5	RESULTADOS	46
5.1	PERFIL DA AMOSTRA.....	46
5.2	CONHECIMENTO DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO EXAME COLPOCITOLÓGICO	47
5.3	ASPECTOS RELACIONADOS À PRÁTICA NA REALIZAÇÃO DO EXAME	48
5.4	ASPECTOS RELATIVOS AO SERVIÇO DE SAÚDE.....	49
6	DISCUSSÃO.....	52

7	CONCLUSÃO.....	62
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICES	74
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	74
	APÊNDICE B - CONTROLE DE PACIENTES QUE FALTARAM À COLETA DE EXAME COLPOCITOLÓGICO.....	76
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	77
	ANEXOS.....	79
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	79
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMUS) DE CARIACICA.....	84
	ANEXO C – DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DA PESQUISA	85
	ANEXO D – CURRÍCULO LATTES DO ALUNO	86
	ANEXO E – CURRÍCULO LATTES ORIENTADOR	87

1 INTRODUÇÃO

Câncer é a denominação dada a um conjunto de mais de cem doenças que se caracterizam pelo crescimento desordenado de células em órgãos e tecidos. Sua ocorrência é datada de mais de 3 mil anos antes de Cristo, de forma que, embora tenham sido alcançados inúmeros avanços no tratamento da doença, a mesma ainda é amplamente temida pela população (INCA, 2011).

Dentre os tipos de cânceres, destaca-se o câncer do colo do útero (CCU), também denominado carcinoma cervical, um tumor maligno que se desenvolve lentamente a partir de lesões precursoras na região do colo do útero (Silva *et al.*, 2021).

Tal patologia é considerada um grande problema de saúde pública, visto que atinge todas as classes sociais e regiões do país, e encontra-se como o terceiro câncer mais frequente entre as mulheres no Brasil e é a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no mundo (Amorim *et al.*, 2006).

Em 2020, a taxa de mortalidade mundial pela doença foi estimada em 10,7 em cada 100.000 mulheres e, de acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer, foram registrados 16.710 casos novos da doença em 2022, o que representa uma incidência de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres brasileiras (INCA, 2022a). Presume-se aumento nesta incidência principalmente nas regiões Nordeste e Sudeste, que são as mais populosas do país (INCA, 2023a).

No estado do Espírito Santo, no ano de 2022, foram realizados cerca de 211.520 exames citopatológicos, preventivos para CCU, com indicador de qualidade do exame citopatológico cérvico-vaginal apresentando necessidade de melhoras, com índice de positividade de 2,34%. Neste sentido, o INCA estimou, para o triênio 2023-2025, cerca de 260 novos casos de CCU no estado (INCA, 2023b).

No que diz respeito à ocorrência do câncer do colo de útero, tem-se que a infecção pelo vírus Papilomavírus Humano (HPV) é a causa necessária para o seu surgimento. Esse agente etiológico é transmitido, especialmente, por meio da relação sexual sem proteção e apresenta variações que determinam a sintomatologia do indivíduo (Chen

et al., 2018). Alguns tipos de vírus são considerados de elevado risco e também infectam outros tipos celulares, como as células do ânus, vagina, pênis, boca e língua (Schiffman *et al.*, 2016).

De mesmo modo, no que se refere à profilaxia dessa doença, ressalta-se a imunização contra o vírus HPV, que se dá partir do uso de preservativo nas relações sexuais e o rastreamento pelo método citopatológico, também chamado de Papanicolau. Tal exame é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), considerado indolor e deve ser realizado com frequência por mulheres com idade entre 25 a 64 anos. Sua relevância está relacionada à análise do tecido epitelial do colo do útero, o qual permite identificar, precocemente, lesões que podem se transformar em tumores malignos e confirmar diagnósticos. Apesar da importância do exame, muitas mulheres ainda não adotaram o exame como uma prática (Connolly; Hughes; Berner, 2020; Souza; Sena, 2022).

Diante da gravidade do caso, com o objetivo de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, o governo tem investido em políticas públicas, tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada em 2004, a qual reflete o compromisso com a implementação de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde e que contribuam para a garantia dos direitos das mulheres e impactem positivamente na redução da morbimortalidade por causas evitáveis (Brasil, 2004).

Uma das grandes contribuições dessa política foi o incentivo a mulheres para a realização do exame citopatológico, único meio de identificação precoce de câncer do colo do útero que, quando não identificado, pode levar a mulher a óbito (Milhomen *et al.*, 2024; Reis *et al.*, 2024). Em 2021, as mortes devido ao câncer do colo do útero foram a quarta principal causa de óbitos de mulheres, representando 6,05% do total (INCA, 2022).

Entretanto, apesar da sua importância, muitas mulheres ainda são resistentes à realização do exame, sendo os principais fatores questões relacionadas à escolaridade, tabus com relação à exposição do corpo, timidez, vergonha, receio na realização do exame com profissionais do sexo masculino, dentre outras (Milhomen

et al., 2024).

Em países onde o rastreio do câncer do colo do útero tem uma cobertura de, no mínimo, 80% do público-alvo, com garantia de diagnóstico e tratamento, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% dos casos de incidência do câncer invasivo (Davilla *et al.*, 2021). No Brasil, essa prática tem sido dificultada por inúmeras questões, dentre as quais, a inexistência de um cadastro universal de base populacional para recrutar mulheres para rastreamento do câncer do colo do útero, por isso, ressalta-se a necessidade do cadastro geral de mulheres e o controle de seu comparecimento para realização do exame colpocitológico (INCA, 2020).

Assim, diante da elevada incidência da doença e da relevância que o exame apresenta na detecção do CCU, questiona-se por que muitas mulheres ainda deixam de realizar o exame colpocitológico, mesmo quando este já está agendado? O que as leva a não realizá-lo? Essas são algumas das perguntas que ainda intrigam profissionais de saúde e gestores, e fazem com que o tema seja ponto fundamental de discussões e planejamentos no âmbito da saúde da mulher.

Dentro do contexto, observa-se a relevância social dos estudos sobre o tema, além do mais, faz-se necessário também a obtenção de dados e informações, hoje inexistentes no serviço de saúde, relativas aos fatores que têm contribuído para uma baixa adesão à realização de exames colpocitológicos, percebida por profissionais de saúde que atuam em uma Unidade de Saúde.

Nesse sentido, o trabalho tem por objetivo descrever as barreiras à realização do exame colpocitológico vivenciadas por mulheres que não compareceram às consultas agendadas para realização do exame colpocitológico, subsidiando assim, profissionais e gestores com informações que poderão contribuir na implementação de ações e tomadas de decisões que favoreçam a mudança de comportamento dessa mulheres.

Estas ações fortalecem a igualdade de gênero no acesso aos serviços de saúde, garantindo que todas as mulheres, independentemente de sua situação socioeconômica, tenham acesso a cuidados preventivos de qualidade. Além disso, ao

trabalhar para remover as barreiras relacionadas à saúde reprodutiva, promovem também a eliminação de desigualdades e facilitam a criação de um ambiente onde as mulheres se sintam encorajadas e apoiadas a buscar os cuidados de saúde necessários. Este empoderamento melhora a saúde individual e contribui para uma sociedade mais justa e igualitária.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DA MULHER

A Constituição de 1988 é considerada o principal marco da saúde brasileira e representa um grande avanço no sistema público de saúde no Brasil. Por meio do artigo 196 é assegurada a saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo o SUS criado com esta finalidade (Brasil, 1988).

Regulamentado pelas leis nº 8.080 e nº 8.142, o SUS é regido por princípios éticos doutrinários e por princípios organizativos desde 1990, de modo que, muitos outros decretos foram promulgados desde sua criação. Como exemplo, tem-se o Decreto nº 7.508 de 2011, que dispõe sobre a organização desse sistema, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (Brasil, 1990a, 1990b, 2011a).

A Lei nº 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Por meio dessa, consolidou-se um importante espaço público de controle social, mediante a participação da população nas conferências e nos conselhos de saúde em todas as esferas do governo (Brasil, 1990b, 2006a).

Pode-se pontuar que, o SUS representa um importante avanço social no país. Isso porque, por meio de sua efetivação, os usuários passaram a ter acesso, de forma gratuita e indiscriminada, aos serviços de saúde, visando à promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde (Brasil, 2006a).

A partir do momento que a saúde passa a ser direito de todos, surgem novas necessidades, dentre as quais a criação de ações, programas e políticas públicas que garantam o acesso à saúde de forma universal e que devem ser pensadas a partir das diferenças existentes entre homens e mulheres, tendo em vista as necessidades peculiares de cada um (Silva; Silveira, 2020).

Ao analisar a trajetória da saúde pública da mulher no Brasil, é importante entender como ela iniciou para que haja uma compreensão da importância da formulação e

implementação de políticas públicas para esta população específica (Silva; Silveira, 2020).

Inicialmente, no que diz respeito à saúde da mulher, a atenção estava voltada a perspectiva de procriação, sendo limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto (Machado; Penna, 2022). Nesse período, os programas e ações desenvolvidos se restringiam a uma visão reduzida sobre o papel social da mulher, que era responsável pela criação, educação e cuidado com os filhos (Machado; Penna, 2022).

Ao longo do tempo, a negligência quanto aos outros aspectos da saúde da mulher foi sendo minimizada e, para que houvesse mudança nesse cenário, alguns movimentos e ações em território nacional foram necessários (Rodrigues; Souza; Soares, 2020). Um deles foi o movimento feminista, responsável por uma série de reivindicações relacionadas ao gênero, a questões de trabalho, a desigualdade, a sexualidade, a anticoncepção e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Rodrigues; Souza; Soares, 2020).

Na década de 70 foi lançado o Programa de Saúde Materno-Infantil, com foco na redução das elevadas taxas de morbidade e mortalidade de mãe e filho (Santana *et al.*, 2019). No entanto, pode se dizer que foi a partir de 1983 que o antigo cenário começou a ser mudado. No período em que ocorria o Movimento Sanitário e o movimento feminista, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS (Silva; Silveira, 2020).

No sentido do cuidado da mulher, como início desse processo, foi criado, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que representou a primeira política pública exclusivamente para a população feminina, dentre outras que foram sendo formuladas e implementadas posteriormente. Esta incorporou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, enxergando a população feminina em sua totalidade (Brasil, 1984).

A fim de promover melhorias nas condições de vida e saúde das mulheres, ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da

saúde, o PAISM incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, de tratamento e de recuperação. Tais ações contemplam a assistência à mulher na clínica ginecológica, no pré-natal, no parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas Doenças Sexualmente Transmissíveis, no Câncer do Colo do Útero e no câncer de mama (Brasil, 1984).

Não se pode negar que a implementação da PAISM teve um grande significado social e contribuiu para o fortalecimento do papel da mulher no processo de democratização pelo qual a sociedade brasileira estava passando. Contudo, apesar do grande avanço alcançado, na época, a mulher ainda era vista com foco na maternidade (Silva; Silveira, 2020).

É salutar destacar que o processo de construção do SUS contribuiu amplamente na implementação do PAISM, o qual, além de ter sido amparado pela Constituição de 1988 e pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, seguiu as diretrizes das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde (Souto; Moreira, 2021).

Como estratégia governamental de resolução de problemas nesse cenário, as NOAS ampliaram as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definiram o processo de regionalização da assistência, criaram mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualizaram os critérios de habilitação para os estados e municípios (Medeiros; Guareschi, 2009).

Na área da saúde da mulher, as NOAS estabeleceram, para os municípios, a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do CCU. Além disso, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, essas preveem a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (Bravo, 1998).

Outro ponto quem merece destaque é a implementação da NOB 96, que favoreceu o processo de municipalização das ações e serviços de saúde em todo o país, favorecendo a reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher (Souto; Moreira, 2021).

Nesse contexto, um balanço institucional das ações realizadas entre 1998 a 2002 indicou que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, com prioridade na saúde reprodutiva e, em particular, na redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). No entanto, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher. Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo, a violência sexual (Correa; Piola, 2003).

Após um período de 21 anos, o Brasil passou por significativas mudanças, nas quais incluiu-se a situação das mulheres, que passaram a ter seus direitos à saúde assegurados por meio da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Souto; Moreira, 2021).

Com sua implementação pelo Ministério da Saúde em 2004, a PNAISM pôde ser vista como um aprimoramento do PAISM, pois ampliou as ações propostas e passou a considerar grupos que antes eram excluídos, tais como mulheres lésbicas e bissexuais, trabalhadoras rurais, índias, negras quilombolas, dentre outras (Brasil, 2004).

A elaboração da política envolveu vários atores e contou com a participação de diversos segmentos, tais como o movimento de mulheres, o movimento negro, de trabalhadoras rurais, de sociedades científicas, de pesquisadores da área, de organizações não-governamentais, de gestores do SUS e de agências de cooperação internacional (Brasil, 2004).

Uma das diretrizes traçadas pela PNAISM preconiza que o SUS deve ser direcionado para a atenção integral à saúde da mulher. Para isso, ele deve contemplar a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle das patologias mais prevalentes e a garantia do direito à saúde. Recomenda-se, ainda, que a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher sejam norteadas pela perspectiva de gênero, raça e etnia, para ampliar o enfoque e romper

com as fronteiras da saúde sexual e reprodutiva (Brasil, 2011b).

Dentre as metas dessa política, pode-se destacar a melhoria do planejamento familiar, da atenção ao abortamento inseguro e do combate à violência doméstica e sexual. Ademais, esta inclui a prevenção e o tratamento de mulheres com doenças crônicas não transmissíveis, câncer ginecológico e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), e amplia as ações para grupos que, historicamente, permaneciam alheios para as políticas públicas, como mulheres negras, indígenas, de orientação homossexual e em situação de prisão (Brasil, 2011b).

Nesse contexto de busca pela redução da morbimortalidade de mulheres, convém ressaltar o programa de prevenção e controle do CCU, o qual faz parte do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil no período de 2021-2030 (Brasil, 2021). A valer, o programa de prevenção integral possui três componentes: o primeiro trata da prevenção primária, que visa a redução da infecção pelo HPV; o segundo componente se baseia nas ações de rastreio e tratamento, conforme a necessidade; e, por fim, a prevenção terciária, a qual tem seu enfoque centrado em casos em que o câncer invasivo já está instalado e que requer tratamentos especializados, tais como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e/ou cuidados paliativos (OPAS, 2019).

No que diz respeito à prevenção primária, essa tem como princípio a vacinação de meninas com idade entre 9 e 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, com duas doses com intervalo de seis meses. A vacina utilizada é a quadrivalente, que protege contra os tipos de HPV 6, 11, 16 e 18 (Brasil, 2015, 2021). Essa apresenta uma alta imunogenicidade, que varia entre 97-99%, quando feito o esquema completo com as duas doses previstas (Brasil, 2015; FEBRASGO, 2021). Pesquisas mostram um percentual maior que 90% contra as lesões associadas ao HPV 16 e 18, bem como proteção cruzada a outros subtipos oncogênicos e prevenção da recorrência de lesões pós-tratamento de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) (Velentzis; Brotherton; Canfell, 2019).

Conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI), a meta de cobertura vacinal é

de, pelo menos, 80% da população alvo, com intuito de reduzir a circulação do vírus e consequente diminuição do aparecimento de lesões pré-cancerígenas. Porém, inúmeros municípios se encontram aquém da meta estabelecida, principalmente quando se trata da segunda dose (Moura; Codeço; Luz, 2021; Faria *et al.*, 2021).

Ademais, fazem parte da prevenção primária ações que visam a educação sexual adequada para cada faixa etária, promoção do uso de preservativos para os sexualmente ativos e distribuição dos mesmos (OPAS, 2019). Tais ações educacionais são de suma importância para a construção do conhecimento sobre a doença, o que possibilita o aumento da adesão às ações de imunização e também a melhora na aderência ao programa de rastreio. Isso porque, um dos principais fatores apontados para a não adesão é o desconhecimento acerca da doença, bem como sobre a importância da realização do exame, mesmo sem sintomas ou sinais (Ferreira *et al.*, 2015).

Já a prevenção secundária tem como foco a identificação precoce das lesões pré-neoplásicas e neoplásicas, para assim reduzir a incidência e a prevalência, bem como a mortalidade associada ao CCU. Para isso, é preciso realizar o exame colpocitológico, o qual deve envolver a qualidade de amostras coletadas e analisadas. Essa qualidade pode ser avaliada por meio da análise de indicadores de alguns parâmetros como: amostras insatisfatórias, representatividade da zona de transformação e índice de positividade (INCA, 2014, 2016).

Em vista disso, é previsto, pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que, até 2030, haja evolução, no Brasil, do rastreio oportunístico para um modelo organizado, buscando-se a garantia de qualidade do exame, bem como a confirmação do diagnóstico, o acesso ao tratamento e a referência à atenção especializada, seguindo as diretrizes nacionais (Brasil, 2021).

Dessa forma, não se pode negar que as políticas de atenção à saúde da mulher, formuladas nacionalmente a partir de amplas e complexas discussões, trouxeram contribuições imprescindíveis para o processo de transformação sobre o paradigma da saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida (Ferreira; Sales, 2017). No entanto,

muito ainda precisa ser feito, visto que muitas mulheres ainda enfrentam dificuldades para um acompanhamento integral de sua saúde e outras desconsideram determinados procedimentos, como a realização do exame do Papanicolau.

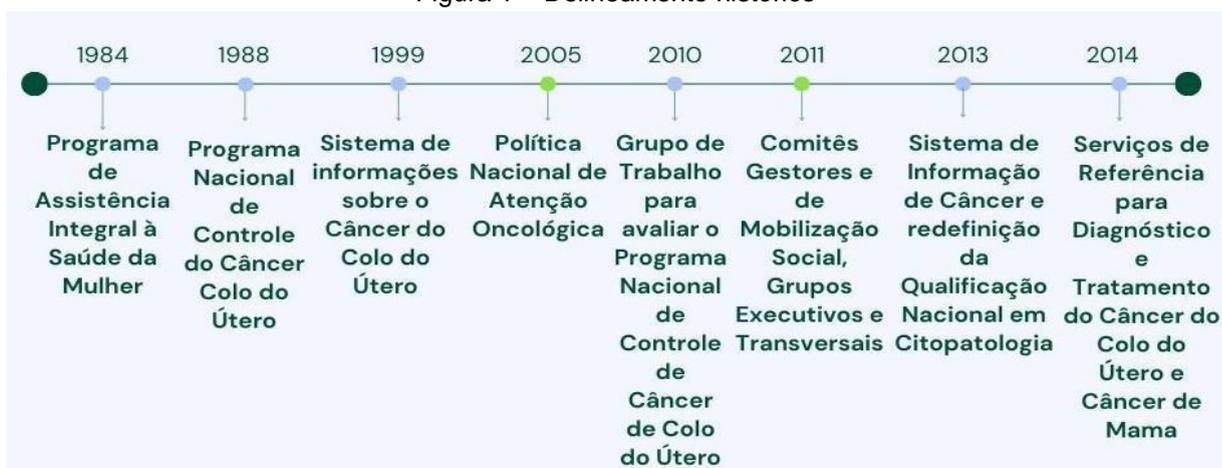
A partir da Lei nº 14.335, de 10 de maio de 2022, que alterou a lei nº 11.664, de 29 de abril de 2018, houve a ampliação do acesso das mulheres para a realização do exame Papanicolau (Brasil, 2008, 2022). O exame já era ofertado pelo SUS, entretanto, houve ampliação da realização do exame para qualquer mulher a partir da puberdade, a fim de melhorar ainda mais a qualidade na saúde da mulher e a oferta do exame Papanicolau (Brasil, 2022).

2.2 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

2.2.1 Delineamento histórico

Historicamente, o câncer do colo do útero, apesar de ser uma doença antiga, começou a ter visibilidade em 1940, quando profissionais de saúde trouxeram, para o Brasil, exames como a citologia e a colposcopia, capazes de identificar a doença ainda em sua fase inicial. Ao longo dos anos, diversas ações foram implantadas e refletiram as conquistas alcançadas, como a criação do PAISM, em 1984, como supramencionado, que introduziu a coleta de material para exame citopatológico como procedimento de rotina na consulta ginecológica (INCA, 2016), conforme evidenciado na Figura 1.

Figura 1 – Delineamento histórico



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Por meio do INCA houve a formulação de Políticas para Prevenção e Controle do Câncer, a criação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero em 1988, e do Sistema de informações sobre o Câncer do Colo do Útero (Siscolo) em 1999, para o monitoramento e gestão das ações desenvolvidas (Brasil, 2024; Cerqueira, 2022; INCA, 2016).

Com o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, em 2005, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama foram estabelecidos como componentes fundamentais nos planos estaduais e municipais de saúde (INCA, 2010). O Ministério da Saúde, ao considerar a relevância epidemiológica e a magnitude social do câncer do colo do útero no Brasil, instituiu, em 2010, um Grupo de Trabalho, com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero (INCA, 2016; Cerqueira, 2022).

Do mesmo modo, em março de 2011, o Governo Federal lançou ações para o fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, o que reforçou o controle do CCU. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu os Comitês Gestores e de Mobilização Social, Grupos Executivos e Transversais para organizar a Rede de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e Mama (Brasil, 2011b).

Outro grande avanço para o controle do câncer se deu por meio da instituição do Sistema de Informação de Câncer (Siscan) no âmbito do SUS, uma versão que integra o Sistema de informação do Câncer do Colo do Útero ao Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama). Bem como houve a redefinição da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), que estabelece padrões de qualidade na avaliação do exame citopatológico do colo uterino (Brasil, 2013a).

Por fim, a fim de organizar a rede de cuidado, em 2014, por meio da Portaria nº 189, definiu-se os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero (SRC) e os Serviços de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM), assim como os incentivos financeiros para a sua implantação, os critérios para a habilitação das unidades e os exames mínimos necessários para o

diagnóstico desses dois tipos de câncer (Brasil, 2014a).

2.2.2 Epidemiologia do Câncer do Colo do Útero

Considerado o terceiro tipo de câncer mais frequente entre as mulheres brasileiras, o câncer do colo de útero apresenta cerca de 570 mil casos novos a cada ano no mundo e é a quarta causa mais frequente de morte da população feminina, sendo responsável por 311 mil óbitos por ano (INCA, 2020).

As menores taxas da doença são encontradas nos países europeus, seguidos dos Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália, com taxas menores que 2/100 mil mulheres. Em contrapartida, nos países da América Latina e regiões mais pobres da África, esses números são superiores, com proporção de 27,6/100 mil mulheres na África Oriental (INCA, 2020).

No Brasil, havia um risco estimado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres em 2020. No ano anterior ocorreram 6.596 óbitos por esta neoplasia, o que representa uma taxa ajustada de mortalidade por este câncer de 5,33/100 mil mulheres (INCA, 2021). Para o ano de 2023, estimou-se 17.010 casos novos, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 13,25 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2022a).

Estudos mostram que, no Brasil, as diferenças regionais refletem diretamente no aparecimento da doença. Conforme dados epidemiológicos de 2019, a região Norte atingiu o primeiro lugar, com incidência de 26,24/100 mil, enquanto o segundo lugar foi ocupado pela região Nordeste (16,10/100 mil). Nesse mesmo ano, o terceiro lugar pertenceu à região Centro-Oeste (12,35/100 mil), o quarto à região Sul (12,60/100 mil) e o quinto à região Sudeste (8,61/100 mil) (INCA, 2019). Quanto a 2023, a análise regional aponta que o câncer do colo do útero tende a ser o segundo com maior índice nas regiões Norte (20,48/100 mil) e Nordeste (17,59/100 mil), seguido das regiões Centro-Oeste (16,66/100 mil), Sul (14,55/100 mil) e Sudeste (12,93/100 mil) (INCA, 2022c).

2.2.3 Linhas de cuidado

As linhas de cuidado são estratégias que tem como objetivo organizar o “percurso assistencial” a ser seguido pelo indivíduo, de acordo com suas necessidades (Brasil, 2013b).

No contexto oncológico, as Linhas de Cuidado do Câncer do Colo do Útero estão firmadas em um conjunto de ações de saúde pública que visam reduzir a incidência e a mortalidade pela doença. Além disso, há o objetivo de garantir à mulher o acesso humanizado e integral aos serviços de saúde, como: o acesso ao rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, por meio do exame citopatológico; o diagnóstico precoce; o tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno; e, também, a referência e contrarreferência entre os serviços de saúde (Paula; Volochko; Figueiredo, 2016; Ribeiro *et al.*, 2019).

Em relação ao fortalecimento dessa Linha de Cuidado, tem-se que, em 2014, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 483. Essa define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece as diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. Esta portaria estrutura a Rede por meio dos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada (ambulatorial especializado; hospitalar; urgência e emergência); Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos; Regulação; e Governança (Brasil, 2014b).

A Linha de Cuidado, no contexto oncológico, define os fluxos assistenciais e desenha os itinerários terapêuticos dos usuário na rede, a fim de garantir a oferta de serviços nos diferentes níveis de atenção (nível primário, secundário e terciário) e que atendam às suas necessidades (Figura 2). Possibilita, ainda, que os gestores dos serviços possam definir fluxos e reorganizar o processo de trabalho por meio de intervenções que perpassam pela promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, para alcançar resultados clínicos satisfatórios, embasado nas melhores evidências científicas e a custos aceitáveis (Brasil, 2013c).

Figura 2 – Linha de cuidado do câncer



Fonte: Adaptado de BRASIL (2013a).

Para que esse conjunto de ações seja efetivado, diretrizes clínicas são constantemente estabelecidas. Tratam-se de documentos com recomendações específicas para cada nível de atenção, baseadas em evidência científica, e que têm como objetivo orientar o cuidado a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença. São definidas com a participação de diversos atores envolvidos no processo de cuidado e orientam as linhas de cuidado na organização do serviço e comunicação entre equipes e serviço (Brasil, 2011a, 2013d).

Nesse sentido, o CCU é um marcador que possibilita compreender os fluxos assistenciais instituídos na rede de cuidados à saúde, bem como avaliar a qualidade da assistência prestada nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Isso se deve ao fato de que essa doença mobiliza os serviços de saúde nos diferentes pontos de atenção, que vão desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até os serviços especializados, além de ser uma patologia de longa duração, com tratamento eficaz e disponível (Bottari; Vasconcellos; Mendonça, 2008).

Em vista disso, a APS representa a porta de entrada do serviço de saúde e tem papel fundamental no que se refere ao CCU. Cabe às equipes de saúde, além da captação

e realização do exame citopatológico, o encaminhamento das mulheres que necessitam de confirmação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras para unidades de atenção especializada, bem como o acompanhamento longitudinal, quando a usuária acessa outros níveis de atenção da rede (Anjos *et al.*, 2021).

Para isso, é necessário que se tenha uma APS qualificada, organizada e integrada aos demais níveis de atenção à saúde. É fundamental que as equipes conheçam os territórios de atuação e identifiquem as possíveis barreiras de acesso ao exame citopatológico, para que assim, seja possível identificar as mulheres invisíveis e vulneráveis ao sistema (Fernandes *et al.*, 2019). Diante disso, o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde que, associada à oferta de serviços, coloca o CCU como um importante marcador do fluxo assistencial na rede de cuidados.

Em 2020, o contexto pandêmico alterou o panorama das ações e serviços de saúde no Brasil e no mundo, com sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e ações voltadas, quase exclusivamente, para o rastreamento da *Coronavirus Disease* (COVID-19). Esse fato teve um impacto direto nas ações de rastreamento do câncer do colo do útero, devido à impossibilidade das mulheres acessarem o serviço para a realização do exame preventivo, bem como ao tratamento da doença já instalada (Silva; Barros; Lopes, 2021).

Diante desse fato, evidencia-se que a pandemia resultou em um impacto negativo no rastreamento do CCU. No período mais intenso da pandemia aconteceu a suspensão do serviço de prevenção do CCU, bem como a realização de preventivos, sendo os atendimentos dedicados à COVID-19, onde muitas unidades passaram a ser referência para tal doença, ocasionando na suspensão de atendimentos de promoção e prevenção de saúde (Kaufmann *et al.*, 2023).

E, quando houve a volta do serviço de saúde para esses atendimentos, a população não retornou aos serviços de saúde, na maioria das vezes por medo de contaminação e receio de sair de casa após medidas restritivas, mesmo o serviço de saúde adotando todas as medidas preventivas para a COVID-19 (Kaufmann *et al.*, 2023), representando uma significativa redução na realização desse exame e rastreamento de

CCU, mesmo após o fim da pandemia, o que torna ainda mais relevante a busca ativa de pacientes para a realização desses exames.

2.3 A IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO

O rastreamento do CCU é um processo que visa detectar e tratar lesões pré-cancerígenas que podem evoluir para o câncer (INCA, 2016). Busca a identificação de lesões de alto grau em mulheres que não apresentam sintomas, o tratamento e a prevenção do desenvolvimento do câncer, sendo o rastreio uma excelente ferramenta na diminuição da incidência e mortalidade de mulheres com Câncer do colo do útero (Bezerra *et al.*, 2024).

As estratégias utilizadas para rastreio do CCU podem ser diferentes, a depender do local onde está sendo realizado. Estas diferenças, muitas vezes, estão relacionadas ao tipo de teste utilizado, aos intervalos entre os testes, à população alvo, aos sistemas de chamada e busca e ao custo aplicado a cada paciente (Mariani *et al.*, 2017). Nos países mais desenvolvidos, é comum que o rastreio seja realizado por meio de um programa de base populacional, onde as mulheres são identificadas individualmente e convidadas a participarem do rastreio. Em contrapartida, em países menos desenvolvidos, o rastreio oportunista é o mais utilizado, no qual a participação depende da decisão das próprias mulheres ou de contatos ocasionais destas com os serviços de saúde (Bruni *et al.*, 2019).

No Brasil, o padrão predominante do rastreamento é oportunístico, ou seja, as mulheres procuram os serviços de saúde por outras razões e, por vezes, realizam o exame de Papanicolau (Brasil, 2021). Essa forma de rastreamento tem contribuído para que cerca de 20% a 25% dos exames realizados estejam fora do grupo etário recomendado e aproximadamente 50% deles com intervalo de um ano ou menos, quando o recomendado são três anos. Dessa forma, observa-se a existência de um número considerável de mulheres super rastreadas e outro contingente sem qualquer rastreamento (INCA, 2016).

De mesmo modo, ressalta-se que o rastreamento para câncer cervical pode ser por observação direta com aplicação de ácido acético, em situações de ausência de

recursos financeiros, bem como citologia oncológica (pela técnica de Papanicolau) a cada 3 a 5 anos, ou por teste de HPV a cada 5 anos (Cordeiro *et al.*, 2005).

O método de rastreamento recomendado pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico, também conhecido como esfregaço cérvico-vaginal, colpocitologia oncológica ou Papanicolau. O exame leva esse nome em homenagem ao patologista grego Georges Papanicolau, que desenvolveu o método diagnóstico em 1949 para detectar alterações nas células do colo do útero, o qual é amplamente utilizado nos dias atuais devido ao baixo custo e à facilidade de execução (Silva *et al.*, 2021).

No Brasil, o exame citopatológico é ofertado de forma prioritária e gratuita às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram atividade sexual (INCA, 2020). O método se baseia na utilização de esfregaços celulares que são fixados em lâminas e posteriormente corados. As alterações celulares encontradas nos exames são definidas em graus variados e, atualmente, utilizam o sistema Bethesda de classificação, atualizado em 2014 (Silva *et al.*, 2022).

A faixa etária prioritária (25 a 64 anos) para o rastreamento do câncer se justifica por ser encontrada, nessa população, a maior incidência de lesões de alto grau, com possibilidade de tratamento e remissão, caso esta seja identificada em tempo oportuno (INCA, 2020). No Brasil, a recomendação é que o exame seja feito a cada três anos, após dois exames normais consecutivos, realizados com um intervalo de um ano. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a periodicidade de três anos, pois não há evidência de que o rastreamento anual seja mais eficaz (INCA, 2020).

Sob esse viés, de acordo com a OMS, antes dos 25 anos de idade, as lesões verrucosas e lesões de baixo grau são mais comuns entre as mulheres, e desaparecem espontaneamente, em sua maioria. Já entre 30 e 39 anos de idade ocorre um aumento da incidência desse câncer nas mulheres, de modo que este atinge seu pico entre 50 e 60 anos. Aos 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido, devido a sua lenta evolução, porém,

a coleta nas pacientes acima dessa idade ainda precisa ser feita, caso estas não tenham feito o preventivo ao longo da vida (INCA, 2020).

A realização do exame citopatológico, em intervalos adequados, continua sendo a forma mais efetiva para rastrear o câncer do colo do útero. Ter uma taxa elevada de adesão ao rastreamento pela população alvo diminui a incidência e mortalidade por essa doença (Carvalho; Costa; França, 2022).

Nesse sentido, um estudo realizado por Andrade e colaboradores (2012) mostrou que pacientes diagnosticadas pelo exame de rastreamento têm menor taxa de mortalidade quando comparadas a mulheres sintomáticas, ainda que com o mesmo estadiamento clínico. Semelhante resultado foi apresentado por Zucchetto e colaboradores (2013), em que pacientes com a doença no mesmo estágio e que não foram diagnosticadas por método de rastreamento apresentaram sobrevida menor quando comparadas com as participantes do rastreamento.

Frente à relevância desta doença, dos impactos que causam na população e das possibilidades de mudança no atual cenário, a OMS estabeleceu, em 2020, um conjunto de metas para eliminar a doença até o ano de 2030 (Silva; Barros; Lopes, 2021). Dentre estas, estão a vacinação contra o HPV de 90% das meninas até 15 anos, o rastreamento de 70% das mulheres entre 35 e 45 anos e o tratamento de 90% das lesões pré-cancerígenas e cânceres invasivos diagnosticados (Silva; Barros; Lopes, 2021).

2.4 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Também conhecido como câncer cervical, o CCU é uma neoplasia maligna que surge e se desenvolve de forma lenta e contínua, variando de 10 a 20 anos, até culminar no processo invasor (Vaz *et al.*, 2020). A multiplicação desordenada de células do epitélio, que reveste o útero, dará origem ao tumor invasor, que pode acometer diversas estruturas e órgãos (Vaz *et al.*, 2020).

De acordo com a origem do epitélio envolvido, o CCU pode ser classificado como Carcinoma Epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso,

representando 90% dos casos, e o Adenocarcinoma, que é um tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular, representando 10% dos casos (Carvalho; Costa; França, 2022; Amaral; Gonçalves; Silveira, 2017).

Sob esse viés, o CCU é uma doença multifatorial, de modo que os principais fatores para seu desenvolvimento são a menarca, multiparidade, sexarca precoce, multiplicidade de parceiros, não uso dos preservativos nas relações, infecção pelo HPV, higiene íntima inadequada, tabagismo, histórico pessoal, familiar e a não realização do exame Papanicolau com regularidade, podendo a doença ser evitada em diferentes estágios com a adoção de medidas de prevenção e rastreio (Carvalho; Costa; França, 2022).

Dentre os mais de 150 tipos diferentes de vírus HPV, 12 estão na classificação de oncogênicos pela Agência Internacional de Pesquisa para o Câncer. Esses são divididos em duas categorias, conforme sua patogenicidade, sendo: HPV de baixo risco, responsáveis pelo aparecimento de verrugas cutâneas e anogenitais, e HPV de alto risco, responsáveis pelos cânceres de orofaringe e anogenitais, como câncer do colo de útero, anal, vaginal, vulvar e peniano (Kombe *et al.*, 2021).

Dentro da classificação de alto risco oncogênico estão 5 vírus com maior destaque: HPV 16 - responsável por cerca de 53% dos casos; HPV 18 – 15% dos casos; HPV 45 – aproximadamente 9% dos casos; HPV 31 e HPV 33 – responsáveis por 6% e 3%, respectivamente (INCA, 2021).

Existe uma tênue relação entre o HPV e o desenvolvimento do câncer do colo do útero em diversos casos, podendo-se afirmar que o HPV é necessário, mas insuficiente para causar a doença se não estiver associado a outros fatores, como as infecções sexualmente transmissíveis (HIV e a *Chlamydia trachomatis*), tabagismo, paridade e uso prolongado de anticoncepcionais orais, dentre outros (Sung *et al.*, 2021).

A infecção pelo HPV é extremamente comum, com estimativas indicando que 98% das mulheres sexualmente ativas estão expostas ao vírus, e cerca de 80% delas irão contraí-lo em algum momento da vida. Estima-se que, pelo menos 30% das mulheres portadoras do HPV estejam infectadas pelos subtipos 6 e 18, ou ambos; no entanto,

nem todas desenvolverão câncer do colo do útero (Feitoza *et al.*, 2019; Kombe *et al.*, 2021).

Apesar do CCU ser uma doença evitável e tratável, ainda constitui um importante problema de saúde pública, com aproximadamente 570 mil casos e 311 mil mortes (Arby, 2020). Com 80% dos casos ocorrendo em países de baixa e média renda, a doença atinge, em sua maioria, mulheres de menor nível socioeconômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o que expressa a ligação direta entre a doença e as questões socioeconômicas (Hull *et al.*, 2020).

Esse fato é comprovado quando os olhares se voltam para as zonas rurais do Norte e Nordeste do Brasil, onde o acesso ao serviço de saúde ainda é um problema, de forma a refletir diretamente nas crescentes taxas de mortalidade de mulheres pelo câncer do colo do útero (Tallon *et al.*, 2020).

Mesmo diante desse cenário alarmante no que se refere ao CCU, as experiências internacionais têm mostrado que é possível reduzir em até 80% o número de mortes pela doença (Goss, 2013). Com esse propósito, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tem apontado como estratégia a implantação de programas nacionais de controle do CCU, por meio de ações e serviços na APS, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (Luciani; Andrus, 2008; OPAS, 2010).

Tais programas têm sido implantados na maioria dos países da América Latina. Contudo, verifica-se que as taxas de incidência e de mortalidade continuam grandes nestes países, especialmente se comparadas a dos países de alta renda. Dentre os fatores que explicam esse fato, tem-se a qualidade dos serviços de saúde e o nível socioeconômico das mulheres (OPAS, 2010; Sung *et al.*, 2021).

Para inverter essa realidade, aponta-se a necessidade de melhorias na condição socioeconômica da população, no acesso aos cuidados de saúde (rastreios, vacinação) e nos níveis de educação. Destaca-se ainda, a adoção de medidas que colaborem com a diminuição da persistente infecção pelo HPV, tais como: redução de paridade, melhores condições de higiene genital e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (OPAS, 2010; Sung *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, a OMS lançou, recentemente, o primeiro programa em saúde global para acelerar a eliminação do câncer do colo do útero como um problema de saúde pública. Tal iniciativa é considerada um marco histórico, pois, pela primeira vez, foi possível envolver 194 países em um único propósito (WHO, 2021).

Por meio dessa proposta definiu-se que a eliminação do câncer do colo do útero é uma prioridade na agenda da OMS e essa ação está de acordo com pelo menos quatro objetivos para o desenvolvimento sustentável. Para isso, faz-se necessário que todas as nações cumpram com as metas estabelecidas até 2030, dentre as quais: 90% das meninas sejam totalmente imunizadas com a vacina contra o HPV aos 15 anos de idade; 70% das mulheres devem ser avaliadas por meio de um teste de alto desempenho, primeiro aos 35 e depois aos 45 anos; e 90% das mulheres diagnosticadas com doença cervical devem receber tratamento apropriado (WHO, 2021; OMS, 2020).

Dessa forma, percebe-se que tal esforço global está alinhado tanto com os Direitos Humanos, uma vez que o direito à saúde é um direito universal, quanto com a agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030. Assim, o presente estudo visa identificar e descrever as barreiras que levam mulheres a não comparecerem às consultas agendadas para a realização do exame colpocitológico, bem como contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde relacionados à saúde da mulher no município de Cariacica/ES, uma vez que serão levantadas possíveis intervenções para solucionar a problemática.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as barreiras que levam mulheres na idade de 25 a 64 anos, a não realizarem o exame Colpocitológico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres de 25 a 64 anos que residem no território de abrangência da Unidade de Saúde de Santa Bárbara, localizada em Cariacica – Espírito Santo;
- Identificar as causas de não comparecimento para a realização do exame preventivo de colo de útero das mulheres com consultas previamente agendadas em uma Unidade de saúde de Cariacica – Espírito Santo.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo observacional transversal com abordagem quantitativa, mediante o qual se buscou conhecer, em profundidade, acerca das barreiras que interferem na realização do exame colpocitológico, estas apresentadas por mulheres atendidas pelas equipes de Estratégia Saúde à Família (ESF) de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Cariacica – Espírito Santo (ES).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Cariacica - ES, localizado na região metropolitana do Estado do Espírito Santo, distante cerca de 19,0 Km da capital Vitória (IBGE, 2010).

A cidade de Cariacica possui uma área de 279,98 km², correspondente a 0,60% do território estadual e faz parte da Região Metropolitana da Grande Vitória. O município apresenta limites ao norte com Santa Leopoldina, ao sul com Viana, a leste com Vila Velha, Serra e Vitória e a oeste com Domingos Martins. A sede fica a 15,8 quilômetros da capital, Vitória. Tem uma população de 348.933 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

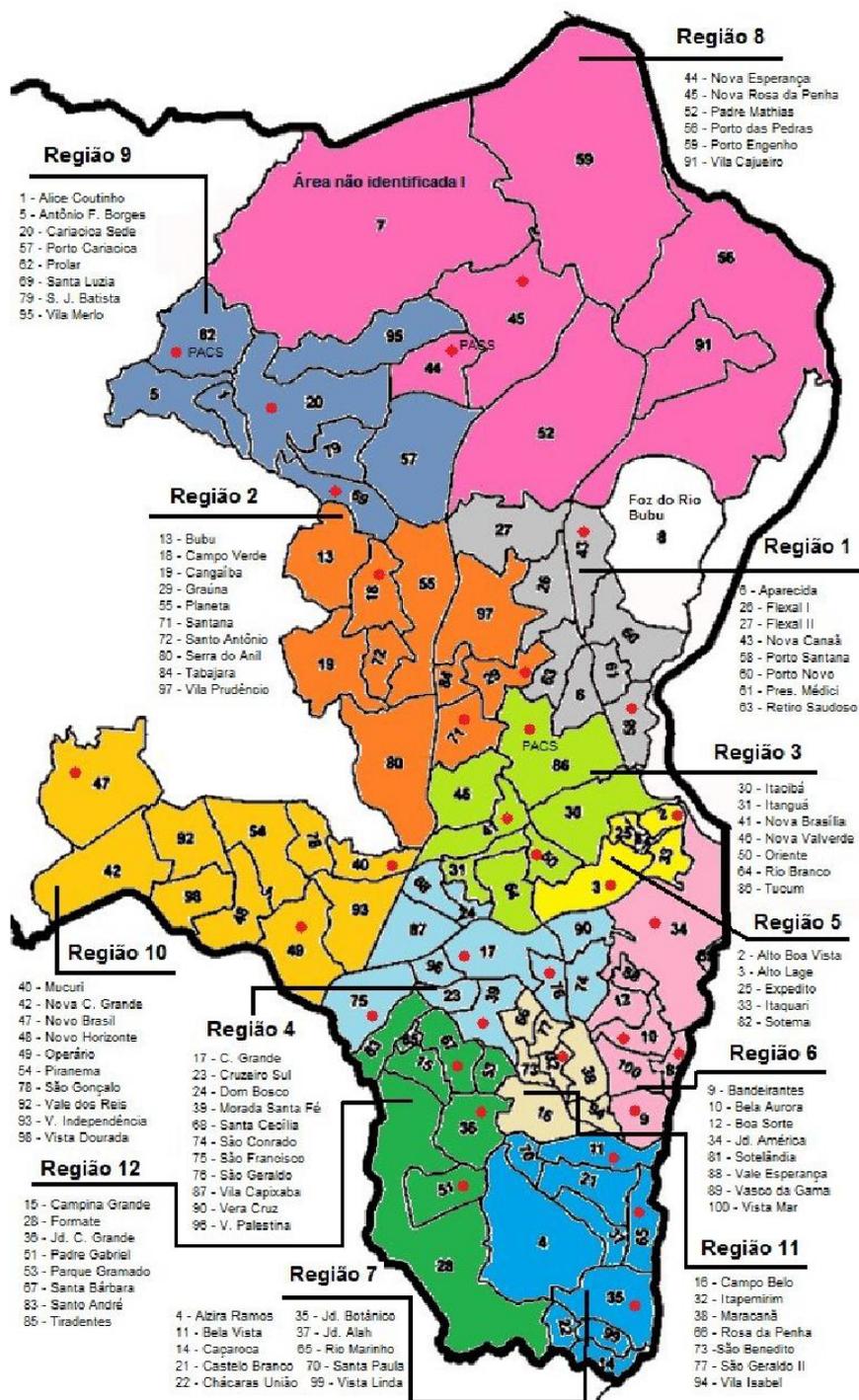
Figura 3 – Município de Cariacica



Fonte: IBGE (2010).

De acordo com o IBGE, no censo demográfico de 2010, Cariacica estava dividida em 13 regiões, sendo elas subdivididas em bairros, conforme o mapa da Figura 4.

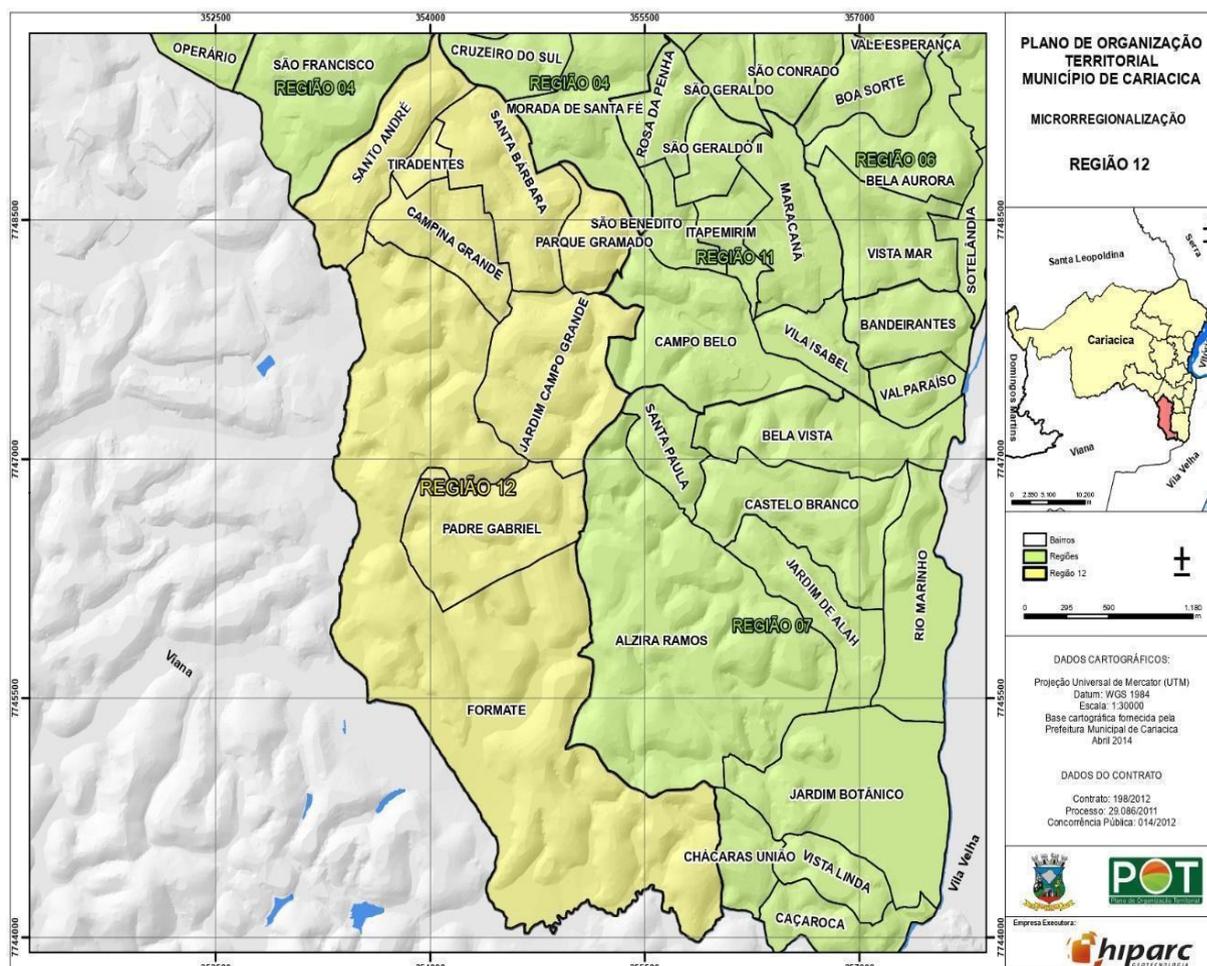
Figura 4 – Cariacica e suas 13 regiões



Fonte: IBGE (2010).

O estudo foi desenvolvido na região 12, onde está localizada a USF de Santa Bárbara, que tem como abrangência os bairros Campina Grande, Santa Bárbara, Parque Gramado e parte de Jardim Campo Grande (Figura 5).

Figura 5 – Região Administrativa 12



Fonte: Prefeitura de Cariacica (2023).

A USF de Santa Bárbara possui três equipes de Estratégia de Saúde da Família, com 4.852 pessoas cadastradas, sendo que, destas, 2.235 tem entre 25 a 64 anos, o que corresponde a 46,06% da população total cadastrada na unidade de saúde (IBGE, 2010). A unidade fornece à população os serviços de: consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas de nutrição, atendimento psicológico, odontológico, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos, realização de curativos, vacinação, agendamentos e realização de consultas e exames.

4.3 AMOSTRA

Trata-se de uma amostra aleatória simples, com mulheres de 25 a 64 anos que são assistidas na USF de Santa Bárbara, no Município de Cariacica – ES e que foram agendadas para coleta de colpocitológico e que não compareceram para a realização

do exame durante o período de vigência da pesquisa (janeiro a maio de 2023). Os sujeitos do estudo foram 30 usuárias da ESF.

Como critérios de inclusão foram consideradas as mulheres com idade entre 25 e 64 anos na época da entrevista; que haviam iniciado a vida sexual; moradoras da área onde o estudo foi realizado; devidamente cadastradas no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEC); com consulta agendada para a realização de exame colpocitológico no período de janeiro a maio de 2023 e que não compareceram para coleta na data agendada.

Foram excluídas mulheres que apresentavam incapacidade cognitiva e não tinham um familiar responsável que pudesse responder o questionário; que não foi possível contactar para agendar a entrevista; ou não foi encontrada no momento agendado para a realização da entrevista.

Para que se pudesse identificar as mulheres a serem entrevistadas, foi gerada uma listagem mensal, feita pelo profissional enfermeiro responsável pela coleta do exame, de todas as mulheres que foram agendadas para coleta de colpocitológico e que não compareceram para a realização do exame durante o período de vigência da pesquisa.

A lista mensal era gerada a partir do preenchimento da planilha de não comparecimento (APÊNDICE B), elaborada pela pesquisadora com as seguintes informações: nome da paciente, área, micro-área, contato telefônico, CNE e/ou CPF.

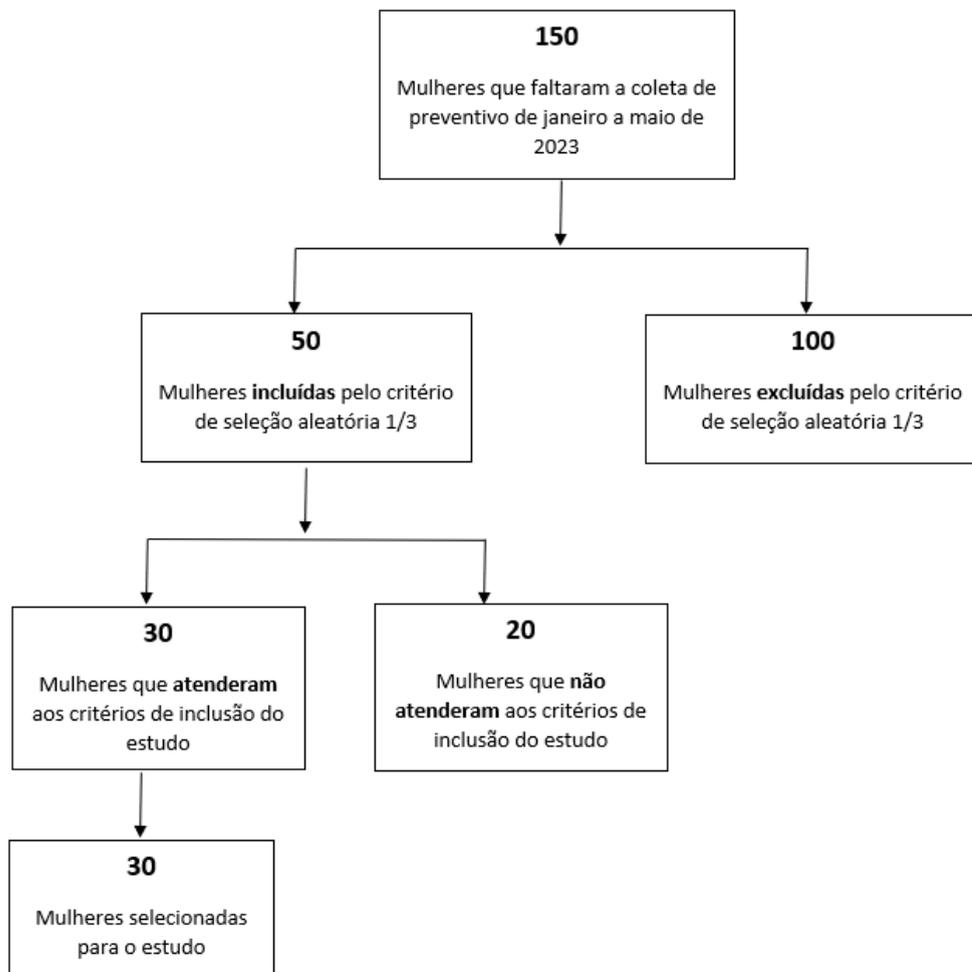
De posse desta lista, a pesquisadora organizou as mulheres por ordem de agendamento em planilhas no Software Microsoft Excel.

Para a seleção das mulheres listadas utilizou-se o sistema de 1/3 (Vieira, 2011), onde uma mulher era selecionada a cada grupo de três, sendo escolhidas de forma aleatória as mulheres que ocupavam a posição três na planilha para participar da pesquisa. Depois de feita a seleção das participantes, foram aplicados os critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão do estudo.

Por meio dos critérios de inclusão e exclusão no estudo foi encontrado um número de 30 mulheres elegíveis para o estudo. Após a realização das entrevistas, que ocorreram entre janeiro e maio de 2023, foi elaborado um banco de dados com todas as informações coletadas no *Software Microsoft Excel*.

A Figura 6 apresenta um organograma exemplificando a seleção da amostra no presente estudo.

Figura 6 - Representação da amostra do presente estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada durante os meses de janeiro a maio de 2023, em uma Unidade de Saúde da Família localizada na zona urbana do município de Cariacica-ES, no bairro Santa Bárbara.

A USF foi selecionada por apresentar um número significativo de mulheres com consultas agendadas para realização de exame colpocitológico e que não compareciam para a coleta, fato este identificado pelos profissionais de saúde que atuavam na unidade e que identificaram o fato como um grande problema no serviço.

A pesquisa seguiu etapas, sendo a primeira: a testagem do instrumento da pesquisa, que se deu por meio da aplicação do questionário a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que foi feita em pares, a fim de verificar a necessidade de adequação do instrumento. Foi identificada a necessidade de adequação de duas perguntas e a elaboração de outras três. Antes da testagem do instrumento, os ACS receberam informações a respeito da pesquisa e foram esclarecidas dúvidas.

A segunda etapa foi a entrevista, realizada pela pesquisadora por meio da aplicação de um questionário com perguntas semiestruturadas (APÊNDICE A) às mulheres com idade entre 25 e 64 anos, que residem no território de abrangência da USF de Santa Bárbara, no município de Cariacica/ES e que estavam com consultas agendadas na unidade de saúde para a realização do exame de colpocitologia oncótica, porém, não compareceram para a coleta.

O questionário foi elaborado pela pesquisadora com perguntas que serviram para caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico, o conhecimento e prática das participantes em relação ao exame colpocitológico, idade, cor, raça, escolaridade, renda, percepção do serviço de saúde, autopercepção da saúde, dentre outros.

As visitas para aplicação do questionário foram agendadas pelo ACS da área ou pela pesquisadora, por meio de contato telefônico. O questionário foi aplicado às pacientes que aceitaram participar da pesquisa, em suas residências, em dias úteis, tanto no turno matutino quanto no vespertino, o que atendesse melhor a necessidade da

participante.

No dia da visita domiciliar, antes de iniciar a aplicação do questionário, a pesquisadora informava a paciente a respeito da pesquisa, de forma a destacar pontos como o objetivo, risco, benefícios, sigilo dos dados e possibilidade de sair da pesquisa a qualquer momento que desejasse, sem prejuízo. Caso a participante concordasse em participar da pesquisa, era lido e solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

A terceira etapa se deu concomitantemente com a etapa dois, no período de janeiro a maio de 2023, e foi realizada por meio da análise dos dados coletados no questionário.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada a análise descritiva no *software Microsoft Excel*, por meio de frequências absolutas e relativas. Para a seleção da amostra optou-se pelo cálculo de uma parcela dos indivíduos cadastrados, a amostra foi obtida através da população alvo, com o devido encaixe dos participantes no quadro de mulheres que tinham consultas para exames agendados e que não compareceram para a realização do exame no período de janeiro a maio de 2023.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa respeitou os preceitos éticos garantidos pelas resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/ Ministério da Saúde, que tratam de pesquisa com seres humanos.

O presente estudo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) e aprovado por este sob o número 5.784.461 (CAAE 65012622.1.0000.5065) (ANEXO A). Foi solicitada a anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Cariacica (ANEXO B) para a realização da pesquisa no território da Unidade de Saúde.

A aplicação dos questionários e a realização da entrevista somente foram efetivadas após a autorização do Comitê de Ética, anuência da SEMUS e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes. Todos os participantes receberam orientação sobre a temática, os objetivos, os benefícios e os riscos desta pesquisa, bem como os pontos fundamentais deste estudo, como a preservação da identidade e a liberdade de desistirem da pesquisa a qualquer momento, sobretudo se, em algum instante, se sentissem constrangidas. Todas essas informações foram descritas no TCLE, que foi impresso em duas vias, sendo uma das vias arquivada pela pesquisadora e a outra entregue ao participante.

5 RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados são inferências obtidas a partir dos questionários aplicados, o quais tratam sobre o perfil da amostra, conhecimento das mulheres relacionado ao exame colpocitológico, aspectos relacionados à prática na realização do exame, aspectos relativos ao serviço de saúde e quais impossibilidades para a realização do último exame colpocitológico agendado.

5.1 PERFIL DA AMOSTRA

Das 150 mulheres que faltaram a coleta de exame, 50 foram selecionadas pelo sistema descrito acima, destas, 20 não atenderam aos critérios de inclusão, obtendo-se uma amostra de 30 mulheres. O estudo foi realizado no período de 02 de janeiro a 31 de maio de 2023.

Evidenciou-se que a maioria das participantes da pesquisa apresentava idade entre 25 a 33 anos e 50 a 64 anos, com 37% (11) para cada faixa etária, autodeclaradas pardas 64% (19), casadas ou possuíam união estável 50% (15), com 1 a 2 filhos 50% (15), com o ensino fundamental, com escolaridade entre 1 e 8 anos de estudo 53% (16), sem ter emprego com renda fixa 70% (21) e renda de até dois salários mínimos 57% (17). Todos os aspectos relativos ao perfil dos participantes podem ser observados através da Tabela 1.

Esta tabela apresenta o quadro de participantes entrevistados, seu perfil, idade, raça/cor, estado civil, número de filhos, situação escolar e renda familiar.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico das participantes do estudo

Variáveis	n (%)
Idade	
25 a 33	11 (37)
34 a 49	08 (26)
50 a 64	11 (37)
Raça/cor	
Branca	04 (13)
Preta	07 (23)
Parda	19 (64)

Estado civil	
Casada ou união estável	15 (50)
Solteira	08 (27)
Viúva, separada ou divorciada	07 (23)
Número de filhos	
1 a 2	15 (50)
3 ou mais	14 (47)
Não tenho filhos	01 (03)
Escolaridade	
Nenhum (< 1 anos)	02 (07)
Fundamental (de 1 a 8 anos)	16 (53)
Ensino médio (de 9 a 12 anos)	10 (33)
Ensino superior (>13 anos)	02 (07)
Emprego com renda fixa	
Sim	09 (30)
Não	21 (70)
Renda familiar	
Até dois salários mínimos	17 (57)
Mais de dois salários mínimos	13 (43)

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

5.2 CONHECIMENTO DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO EXAME COLPOCITOLÓGICO

Com relação a Tabela 2, são apresentados os resultados em relação ao conhecimento das mulheres que participaram da pesquisa acerca do exame colpocitológico. No que se refere à participação em atividades educativas sobre o exame colpocitológico, 80% (24) da amostra relatou a não participação, enquanto apenas 20% (6) já havia participado de algum evento. Cerca de 87% (26) das mulheres entrevistadas declararam conhecer como o exame colpocitológico é realizado e 77% (23) a sua função.

A Tabela 2, exposta abaixo, apresenta a participação em atividades educativas, conhecimento sobre a realização e função do exame colpocitológico.

Tabela 2 - Conhecimento relacionado ao exame colpocitológico

Variáveis	n (%)
Participação em atividade educativa sobre o exame colpocitológico	
Sim	06 (20)
Não	24 (80)
Conhecimento sobre como é realizado o exame	
Sim	26 (87)
Não	04 (13)
Conhecimento sobre a função do exame	
Sim	23 (77)
Não	07 (23)

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

5.3 ASPECTOS RELACIONADOS À PRÁTICA NA REALIZAÇÃO DO EXAME

De acordo com os dados da Tabela 3, quanto à prática na realização de exame colpocitológico, todas as mulheres entrevistadas (N=30) relataram saber a importância do exame colpocitológico. Para 13% (04), a realização do exame colpocitológico é considerada importante apenas quando há manifestação de sintomas.

O constrangimento e a vergonha foram pontuados como fatores que interferem na realização do exame por 43% (13) da amostra. Cerca de 33% (10) das mulheres entrevistadas apontaram o desconforto sentido durante a coleta como um fator que interfere na realização do exame. A possibilidade do exame apresentar uma alteração no resultado e esta ser grave não interfere na tomada de decisão para a realização do exame na maioria da amostra investigada, 93% (28).

A realização do exame colpocitológico por um profissional de saúde do sexo masculino interfere na decisão de realizar a coleta de 43% (13) das mulheres. Já a realização da coleta do exame por um profissional que não seja médico, não interfere na realização do exame para 73% (22) das mulheres.

A Tabela 3 exibe os aspectos relacionados à realização do exame, tais como: constrangimento, vergonha, desconforto, resultado grave no exame, importância da realização do exame frente a sintomas, coleta realizada por profissional do sexo masculino, e profissional não médico.

Tabela 3 - Prática na realização de exame colpocitológico

Variáveis	n (%)
Considera importante a realização do exame apenas quando apresentar algum sintoma	
Sim	04 (13)
Não	26 (87)
Constrangimento e vergonha interferem na realização do exame	
Sim	13 (43)
Não	17 (57)
A possibilidade do exame apresentar resultado grave interfere na realização do exame	
Sim	02 (07)
Não	28 (93)
O desconforto durante a coleta interfere na realização do exame	
Sim	10 (33)
Não	20 (67)
O fato da coleta ser realizada por profissional do sexo masculino interfere na realização do exame	
Sim	13 (43)
Não	17 (57)
O fato da coleta não ser realizada por profissional médico interfere na realização do exame	
Sim	08 (27)
Não	22 (73)

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

5.4 ASPECTOS RELATIVOS AO SERVIÇO DE SAÚDE

Em relação ao serviço de saúde disponibilizado às mulheres entrevistadas, a maioria, 80% (24), relataram que a Unidade de Saúde da Família a qual estão vinculadas possui estrutura adequada para a realização do exame e 70% (21) relataram que o horário disponível para a coleta do exame atende a necessidade. No que tange ao número de atendimentos disponibilizados, 67% (20) das participantes do estudo identificaram como insuficientes o número de vagas e 73% (22) acham que o prazo entre o agendamento e a realização do procedimento é demorado.

A Tabela 4 apresenta ainda que a maioria das entrevistadas, 77% (23), relataram sentir-se acolhidas pelos profissionais de saúde para a realização do exame e que, 90% (27) estão satisfeitas com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde durante o exame. Em relação ao acesso, 83% (25) consideram fácil o acesso até a unidade de saúde. No que se refere às condições de saúde, 47% (14) das mulheres relataram não apresentarem boas condições.

A Tabela 4 apresenta a concepção das mulheres entrevistadas em relação ao serviço de saúde ofertado para a realização do exame colpocitológico.

Tabela 4 - Serviço de saúde disponibilizado às mulheres

Variáveis	n (%)
A unidade de saúde possui estrutura adequada para realização do exame	
Sim	24 (80)
Não	06 (20)
O horário disponibilizado, pelo serviço, para coleta do exame atende a sua necessidade	
Sim	21 (70)
Não	09 (30)
O número de vagas disponibilizada para a realização do exame é suficiente	
Sim	10 (33)
Não	20 (67)
Considera demorado o prazo entre o agendamento e a realização do exame	
Sim	22 (73)
Não	08 (27)
Sente-se acolhida pelos profissionais da unidade de saúde	
Sim	23 (77)
Não	07 (23)
Está satisfeita com o atendimento prestado pelos profissionais durante do exame	
Sim	27 (90)
Não	03 (10)
Considera fácil o acesso até a unidade de saúde	
Sim	25 (83)
Não	05 (17)
Considera ter boas condições de saúde	
Sim	16 (53)
Não	14 (47)

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Quando as mulheres foram perguntadas, em uma questão aberta, a respeito do motivo pelo qual elas não realizaram o exame preventivo agendado, 9 responderam ter esquecido do agendamento e, dessas, quatro (4) complementaram que o esquecimento ocorreu devido ao grande intervalo de tempo entre a marcação e a realização do exame preventivo.

Das participantes da pesquisa, sete (7) relataram que faltaram ao exame devido a

outras demandas que surgiram no dia do exame, como questões relacionadas à saúde, família e trabalho, como a necessidade de ficar com o neto e compromissos de trabalho, dentre outros. Ademais, quatro (4) mulheres informaram estar menstruadas no dia em que o exame estava agendado, sendo esta a causa de sua ausência.

Contudo, três (3) mulheres indicaram a desmarcação ou cancelamento do exame pela própria Unidade de Saúde, e duas (2) afirmaram não ter realizado o exame devido a vergonha e constrangimento após descobrirem que o exame seria realizado por um profissional do sexo masculino.

Outras questões foram relatadas como causa de ausência na realização do exame preventivo, porém, somente uma mulher entrevistada as elencou, são elas: falta de credibilidade no serviço por conta do não acesso ao resultado do exame realizado anteriormente; orientação do profissional de saúde a não realização do exame devido à gestação; a realização da coleta está agendada para ser realizada em domicílio e o profissional não ter comparecido para realizar a coleta; e relato de nunca ter faltado ao exame por não ter sido comunicada de seu agendamento, conforme evidenciado na Tabela 5.

Tabela 5 – Motivo da não realização do exame preventivo

Variáveis	N (%)
Esqueceu o agendamento	9 (30,0)
Outras demandas surgidas no dia do exame	7 (23,3)
Estava menstruada no dia	4 (13,0)
Desmarcado ou cancelado pela Unidade	3 (10,0)
Vergonha e constrangimento	2 (07,0)
Falta de credibilidade no serviço	1 (03,3)
Gestação	1 (03,3)
Ausência do profissional na coleta	2 (07,0)
Não ser comunicada do agendamento	1 (03,3)

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

6 DISCUSSÃO

Conforme evidenciado por Brandão *et al.* (2016), diversas são as causas que impedem muitas mulheres de realizar o exame preventivo. Com base no estudo realizado com usuárias de Cariacica - ES, pode-se perceber que os fatores de maior prevalência estavam relacionados ao conhecimento e práticas, crenças e sentimentos referente ao exame colpocitológico e aspectos relacionados ao serviço de saúde.

Para estas mulheres não basta apenas que o exame colpocitológico esteja disponível no serviço de saúde para o rastreamento do câncer do colo do útero, mas é necessário que ações de educação em saúde, dentre outras, sejam implementadas, a fim de aumentar a adesão ao exame. Sob esta mesma ótica, Silva *et al.* (2021) e Vasconcelos *et al.* (2011) apontam que a oferta isolada do exame colpocitológico para detecção precoce do câncer do colo do útero por si só não é suficiente para a redução da mortalidade por esse tipo de câncer entre as mulheres.

No que diz respeito à idade, observou-se que a maioria das mulheres que faltaram à coleta do exame colpocitológico se encontram na faixa etária entre 25-33 e 50-64 anos. Esse dado é preocupante, pois, de acordo com a OMS, ocorre um aumento da incidência de câncer do colo do útero em mulheres entre 30 e 39 anos de idade, com o pico de incidência da doença ocorrendo entre 50 e 60 anos (INCA, 2020).

Um estudo realizado por Albuquerque *et al.* (2009) evidenciou que as proporções da realização do exame foram baixas (menores que 40%) nas faixas etárias inferiores a 25 anos e entre 60-69 anos de idade, dados estes que corroboram com os achados deste estudo. Em concordância com os achados, Moreira e Carvalho (2020) evidenciaram e confirmaram, por meio de um estudo realizado na capital da Paraíba, Brasil, que ocorre uma baixa cobertura do exame colpocitológico nas idades mais jovens.

Em relação à raça/cor, a pele não branca (preta e parda) apresentou um número maior de não comparecimento para a realização do exame citopatológico. Tal achado está em sintonia com dados já identificados na literatura, dentre eles um estudo realizado em uma capital do Nordeste brasileiro, o qual apontou uma cobertura insatisfatória do

teste para o subgrupo de mulheres com ensino fundamental incompleto, baixa renda e cor da pele preta/parda (Andrade; Silva; Magalhães, 2019).

Quanto ao estado civil, a maioria das mulheres que não compareceram ao exame relataram ser casadas ou terem união estável. A literatura aponta que os estratos de mulheres solteiras/sem companheiros apresentaram associações positivas com a não adesão ao exame de Papanicolau, diferente dos resultados identificados neste estudo (Albuquerque *et al.*, 2009; Borges *et al.*, 2012; Malta *et al.*, 2017; Tiensoli; Felisbino-Mendes; Velasquez-Melendez, 2018; Moreira; Carvalho, 2020).

A baixa escolaridade é considerada, na literatura, como um determinante social para o desenvolvimento do câncer do colo do útero e constitui um importante mediador da relação entre nível socioeconômico e percepção da saúde, considerando que indivíduos com maiores níveis de escolaridade adotam estilos de vida mais saudáveis (Tiensoli; Felisbino-Mendes; Velasquez-Melendez, 2018; Mascarenhas *et al.*, 2020).

No que tange à escolaridade e renda, os resultados encontrados neste estudo se assemelham ao verificado na literatura por Silva *et al.* (2018), onde as mulheres de classe social mais baixa procuram o serviço de saúde com maior frequência por procedimentos curativos, por não compreenderem a importância dos métodos preventivos. A falta de compreensão sobre a importância da realização do exame incide na não identificação do mesmo a uma prática de saúde, bem como a necessidade de realização periódica (Silva *et al.*, 2018).

Um achado que chama atenção e ganha destaque neste estudo é a ausência de participação em atividades educativas sobre o exame colpocitológico pela maioria das mulheres entrevistadas. Tal fato é preocupante, haja vista que atividades educativas, como discussão em grupo, palestras e panfletos educativos, podem reduzir barreiras e impactar positivamente na adesão à realização do exame preventivo (Soares; Silva, 2016).

A maioria das mulheres entrevistadas relatou não participar de atividades educativas sobre o exame, mas relataram conhecer como o exame é realizado e qual a função do mesmo. Apesar desses relatos, um número significativo de mulheres, 13%, não

conhecem como é realizado o exame e 23% não sabem qual a função do exame colpocitológico. Dessa forma, a falta de conhecimento ou conhecimento inadequado em relação ao exame colpocitológico podem acabar limitando o acesso dessas mulheres ao exame por não compreenderem sobre a doença, suas consequências, bem como a forma de prevenção e tratamento.

Tal fato demonstra a necessidade de implemanatar ações que visem aumentar a cobertura do exame, mas sobretudo, que haja investimento em políticas públicas voltadas a esclarecer a população quanto à importância da detecção precoce do câncer do colo do útero por meio da realização do exame Papanicolau (Soares; Pereira; Silva, 2020).

Em relação às práticas de realização do exame colpocitológico, a pesquisa mostra que parte das mulheres entrevistadas relataram considerar importante a realização do exame preventivo apenas na presença de sintomas. Tal fato chama a atenção, haja vista que o exame colpocitológico é a principal forma de detecção precoce, rastreamento e diagnóstico das lesões precursoras do câncer do colo uterino, sendo possível evitar óbitos e reduzir custos do serviço de saúde (INCA, 2016; Pierz *et al.*, 2020).

Outro achado importante no estudo está relacionado ao constrangimento e a vergonha durante a realização do exame. Por ser uma prática de saúde que remete à sexualidade e exposição do corpo, bem como a relação de gênero socialmente construída, a realização do exame remete a um ato de imoralidade, constrangimento e vergonha diante do profissional, em especial do sexo masculino, tornando-se um motivo de não realização do exame (Silva *et al.*, 2018; Oliveira, 2018; Fernandes, 2019).

Em relação ao medo de um resultado anormal, como a presença de CCU, a maioria das entrevistadas, 93%, não relataram essa preocupação. Tal fato vai de encontro aos dados apresentados na literatura, onde o medo relacionado ao resultado positivo para infecção sexualmente transmissível ou câncer dificulta a adesão feminina à realização do exame em um número significativo de mulheres (Silva *et al.*, 2018; Oliveira, 2018; Fernandes *et al.*, 2019).

De mesmo modo, abordou-se o fato da coleta, em certas situações, não ser realizada por um profissional médico. Para a grande maioria das mulheres, esse fator não as atrapalha na adesão à realização do exame preventivo, o que demonstra o avanço relacionado aos profissionais enfermeiros, que prestam esse tipo de cuidado (Brandão; Andrade; Olivindo, 2020). Cabe salientar que, a coleta do exame Papanicolau pode ser realizada tanto pelo enfermeiro quanto pelo médico, tendo ambos competência clínica para a realização do mesmo (Lopes; Ribeiro, 2019).

Além das dificuldades relativas à pessoa, a literatura aponta limitações que podem estar relacionadas aos serviços de saúde. A pesquisa mostra, no que se refere à infraestrutura do serviço de saúde e ao horário de funcionamento, uma avaliação positiva das usuárias. Sob esse aspecto, Cantalino (2021) apontou que as boas instalações físicas, condições salubres de higiene e limpeza, assim como equipamentos suficientes para o exercício das práticas profissionais contribuem para a satisfação do usuário e devem ser considerados pelos gestores, isto com o intuito de melhorar a adesão do usuário ao serviço de saúde.

A dificuldade de acesso, bem como a insuficiência de vagas para a marcação de consulta são apontadas por Aguilar e Soares (2015) como uma realidade das mulheres que não estão sendo supridas. Corroborando com o que dizem os autores, a pesquisa apresenta que o número de vagas disponibilizadas para a realização do exame não é suficiente e que o prazo entre o agendamento e a realização do exame é considerado demorado para a grande maioria das mulheres.

Esses aspectos são apresentados por Giovanella e Fleury (1995) como uma das dimensões específicas do acesso ao serviço de saúde, descrita como disponibilidade, que se refere à relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade. Além disso, autores como Aguilar e Soares (2015) e Viana *et al.* (2019) também destacam a dificuldade no agendamento de consultas, número insuficiente de vagas, descrença na qualidade do exame realizado na unidade do bairro e a falta de integralidade na assistência como uma importante causa da não realização do exame colpocitológico.

No que se refere ao acolhimento, quando questionadas, 77% das mulheres responderam se sentir acolhidas pelos profissionais da unidade de saúde e 90% responderam que estão satisfeitas com o atendimento prestado pelos profissionais durante o exame. De acordo com Lima *et al.* (2024), cabe ao profissional de saúde integrar a paciente ao serviço de saúde, ser compreensivo, acolhedor, transmitir confiança e respeito em seu trabalho, a fim de aproximar essa usuária do serviço de saúde.

Quanto ao acesso das usuárias, de sua moradia até a Unidade de Saúde, as usuárias relataram que consideram bom, pois não encontram nenhuma barreira, o que torna o acesso facilitado. Isso pode estar relacionado com a proximidade e a não necessidade de utilizar meios de transporte para chegar-se ao serviço de saúde. Entretanto, a simples proximidade do serviço de saúde, por mais que seja um aspecto importante apresentado, não garante a real utilização do serviço (Cantalino, 2021).

Ademais, no presente estudo, um percentual considerável de mulheres autoavaliaram sua saúde como não sendo boa. Nos inquéritos de saúde, a autoavaliação tem sido utilizada com frequência para descrever o estado de saúde de uma população, bem como para comparar necessidades de serviços e recursos de saúde por região. Essa percepção individual tem sido considerada um indicador importante por si, já que o nível de bem-estar de um cidadão pode influenciar a sua qualidade de vida (Szwarcwald *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, um estudo brasileiro, realizado por Barros *et al.* (20069), que teve como objetivo avaliar a prevalência de saúde autoavaliada, demonstrou que a saúde autoavaliada como ruim foi mais frequente em mulheres com menor escolaridade e sem atividade ocupacional. Tal estudo corrobora com a pesquisa realizada, visto que as mesmas características são encontradas na população estudada.

Como uma das causas da não realização do exame está a demora entre o agendamento e a realização do exame, o que ocasiona o esquecimento. Tudo isso pode ser reflexo da organização do serviço e, para que haja mudança nesse cenário, é necessária a realização de melhorias, dentre as quais um agendamento mais eficiente, acesso aos resultados de exame, comunicação às pacientes de eventuais

desmarcações, realização de exames domiciliares e outros fatores que podem interferir de forma positiva na realização do exame (Viana *et al.*, 2019).

Devido ao grande número de mulheres que esqueceram o exame, os gestores e o serviço de saúde devem buscar alternativas para lidar com este problema e reduzir o número de faltantes por este motivo. Um estudo realizado na Tanzânia, descrito por Erwin *et al.* (2019), adotou a estratégia de convite para testar se seria eficaz este método para a realização de exames. Um grupo de mulheres não recebia nenhum convite para a realização do exame, outro recebia mensagens de texto por telefone, via SMS, e outro grupo recebia as mensagens de texto e um *voucher* de transporte. O grupo que recebeu o SMS e o *voucher* foi o que obteve melhores resultados na realização dos exames, evidenciando a necessidade do serviço enviar lembrete às mulheres sobre seus exames, seja via mensagem telefônica, *WhatssApp* ou até mesmo via Agente Comunitário de Saúde, buscando, com isso, reduzir, ao máximo, as ausências na realização desse exame.

O segundo fator mais citado pelas mulheres para a não realização do exame foi o relacionado a outras demandas, como questões familiares, de trabalho e de saúde. A necessidade da mulher em trabalhar, somada aos cuidados que ela presta à família, dificulta a realização do exame, que muitas vezes é marcado no horário que coincide com a jornada de trabalho e rotina familiar, não sendo o exame a prioridade da mulher (Aguilar; Soares, 2015).

O serviço de saúde deve então estar atento às dificuldades da mulher em realizar o exame e intervir sobre as mesmas, facilitando sua realização e acolhendo a mulher em suas particularidades e necessidades de forma individual (Silva *et al.*, 2015), sendo uma boa alternativa a realização de exames fora do horário comercial, como o período noturno, e mutirões aos sábados e feriados, bem como coletas domiciliares, a fim de abranger o maior número de mulheres possível.

Outro motivo para a não realização do exame Papanicolau foi o fato de algumas mulheres se encontrarem menstruadas na data da realização do exame. De fato, a orientação é que o exame não seja realizado no período menstrual, pois a presença de sangue pode atrapalhar o diagnóstico. Orienta-se a sua realização após o quinto

dia pós menstruação. Entretanto, quando ocorrer sangramento anormal, o exame ginecológico deve ser realizado, e a coleta do preventivo também pode ser realizada quando houver indicação (Brasil, 2013a).

Ao analisar os fatores relacionados a não realização do exame Papanicolau, os achados deste estudo corroboram ao encontrado na literatura, no qual Oliveira *et al.* (2019), em uma investigação desses fatores em mulheres idosas, encontraram a presença de vergonha, tabus e dificuldades para marcação do exame. Gomes *et al.* (2021) também encontraram a vergonha ou medo de realizar o procedimento e dificuldade de acesso e agendamento do exame como barreiras à sua realização.

A realização do exame por um profissional do sexo masculino também emergiu como uma das causas para sua não realização, corroborando aos achados de Miranda, Rezende e Romero (2018), Silva *et al.* (2015) e Milhomen *et al.* (2024), nos quais a realização do exame por um profissional homem foi considerado também um fator inibitório para a realização do mesmo. Nesse sentido, o enfermeiro possui papel de destaque na prestação de esclarecimentos às mulheres e na conscientização quanto à realização do exame, independente do sexo do profissional e desmistificando “tabus”, ouvindo e acolhendo seus anseios e aproximando a mulher do serviço de saúde (Milhomen *et al.* 2024).

O desconforto ocasionado pela realização do exame por um profissional do sexo masculino perpassa o caráter histórico, e traz que a exposição das partes íntimas a um homem e sua manipulação são vistas como imorais, podendo ocasionar vergonha e constangimento, fato que, muitas vezes, leva a mulher a não realização do exame. Quando o exame é realizado por uma mulher, há uma identificação por seu par, visto que possuem a mesma anatomia, fato que dá a sensação de maior compreensão e cumplicidade (Aguilar; Soares, 2015).

Ademais, outro motivo para a não realização do exame foi o fato da mulher estar gestante. Cabe salientar que o diagnóstico do CCU é frequente durante o período gestacional, visto que gestantes possuem três vezes mais chance de apresentarem estágios iniciais da doença quando comparadas a não gestantes. O médico deve sinalizar e realizar esse exame nas primeiras consultas do pré-natal, visto que é um

período no qual a mulher se encontra mais propensa à realização do tratamento, e devido a sua presença constante no serviço de saúde, é um ótimo momento para sua realização, devendo este exame sempre ser realizado sob indicação e supervisão médica, salientando que a técnica de coleta adequada não oferece riscos à gestante (Nascimento *et al.*, 2024; Yassoyoma; Salomão; Vicente, 2005; Brasil, 2013a).

Outro motivo da não realização do exame foi a falta de resultados do exame anterior, no qual a paciente relatou insatisfação com o serviço de saúde. As mulheres, muitas vezes, não possuem suas expectativas e necessidades atendidas, fato que as fazem desacreditar do serviço e, muitas vezes, deixar de procurá-lo devido ao seu descontentamento com o mesmo (Aguilar; Soares, 2015). É necessário pelo menos um *feedback* para a paciente de seu exame, mesmo que não tenha sido detectada nenhuma alteração.

A realização do exame por um profissional diferente do ginecologista também emergiu como um motivo de ausência à realização do exame. Muitas das vezes essa exigência de um profissional ginecologista está ligada ao pensamento de que o mesmo seria mais qualificado, possuindo maior autonomia e promovendo maior resolutividade (Silva *et al.*, 2015). Entretanto, o enfermeiro também possui competência para a realização do exame, sendo esse um fator que deve ser esclarecido às pacientes por meio de conversas e ações de educação em saúde, a fim de esclarecer esta e outras crenças que interferem na realização do exame (Amaral; Gonçalves; Silveira, 2017).

Diante dos resultados expostos, constata-se que a adesão ao Papanicolau ainda é baixa em algumas regiões e para alguns grupos populacionais específicos, de modo que, as mulheres precisam ser empoderadas sobre a importância deste, haja vista a carência de informações ou a prevalência de pensamentos equivocados a respeito do rastreamento e prevenção contra o CCU (Dantas *et al.*, 2018).

Destaca-se a importância dos profissionais conhecerem os fatores associados a não adesão do exame citopatológico e disponibilizarem informações para a população por meio da educação em saúde. Deve-se ter a perspectiva de esclarecer as dúvidas, minimizar os tabus e medos existentes, além de evidenciar que, mesmo sem parceiro ou, aparentemente, em bom estado de saúde, é importante realizar o Teste de

Papanicolau para o diagnóstico precoce de lesões preditivas ao CCU e para a realização de tratamento oportuno (Chang *et al.*, 2017; Rafael; Moura, 2017; Silva *et al.*, 2018).

Para isso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser uma grande aliada, visto que as equipes têm a possibilidade de produzir dados e informações sobre a cobertura do teste Papanicolau em seu território, bem como minimizar as possibilidades de perda do rastreamento. Além disso, a ESF é fundamental para que ocorra a mudança no modelo assistencial, pois é a porta de entrada para o sistema público de saúde e possibilita aos gestores o monitoramento e a avaliação das ações, com vista à melhoria da atenção à saúde prestada à população (Albuquerque *et al.*, 2009).

Portanto, é preciso repensar as práticas em saúde para que mudanças ocorram. Deve-se envolver não apenas a educação em saúde, mas ações que perpassam, também, a capacitação de profissionais, organização dos serviços, com facilitação de acesso e qualidade na assistência prestada, bem como a realização de campanhas de coleta do exame, com enfoque adequado em cada faixa etária, promoção do rastreio e busca ativa de pacientes faltosas (Cirino; Nichiata; Borges, 2010).

Cada mulher possui suas particularidades, que necessitam de serem compreendidas pelos profissionais de saúde, passando a acolher as dúvidas e anseios das mesmas, a fim de fortalecer o vínculo com elas. O entendimento dos fatores que interferem sobre a motivação da não realização do exame e o aconselhamento das mulheres facilitam o cuidado em saúde. Essa proximidade facilita a sensibilização das mesmas para a importância do cuidado que elas devem ter com elas mesmas, sendo a realização do exame Papanicolau uma demonstração desse cuidado, apresentando a educação em saúde papel de destaque nessa relação mulher-profissional de saúde (Melo *et al.*, 2019).

O estudo apresenta as limitações inerentes aos estudos transversais, como a incapacidade de prever causa e efeito e viés de confundimento. Por fim, cabe destacar que é de extrema importância o conhecimento das barreiras para a realização do exame preventivo, a fim de que sejam realizadas melhorias no acesso e acolhimento a essas mulheres, e a importância disso para as mulheres, sendo

tópicos dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) melhoria da saúde e igualdade de género.

7 CONCLUSÃO

Há diversas barreiras que contribuem para que as mulheres deixem de realizar o exame colpocitológico, e estas vão desde aspectos sociodemográficos até fatores relacionados ao serviço de saúde. Compreender como isso se dá no território constitui o primeiro passo para o estabelecimento de medidas capazes de enfrentar essa dura realidade.

Dentre os aspectos sociodemográficos que se destacaram estão a baixa escolaridade, menor nível social e faixas etárias menores. Tais elementos permitem considerar a urgente necessidade de implementar ações para minimizar as iniquidades sociais e consequentemente aumentar a cobertura do exame, em especial entre mulheres mais vulneráveis.

Pode-se inferir que motivos relacionados ao esquecimento do exame, surgimento de outras demandas, ficar menstruada no dia da realização, desmarcação ou cancelamento pelo serviço, vergonha e constrangimento pela realização do exame por um profissional do sexo masculino, falta de credibilidade no serviço, gestação, ausência do profissional na coleta a domicílio e não comunicação do agendamento do exame, que aparecem no estudo, têm levado inúmeras mulheres a se distanciar de práticas preventivas, como a realização de exame colpocitológico. Em vista disso, é imprescindível que os profissionais de saúde atuem no sentido de facilitar o acesso a informações de qualidade por meio de ações de cunho educativo que possibilitem a superação de tais obstáculos e que estimulem a modificação do estilo de vida, aproximando mulheres a práticas preventivas de saúde.

Em relação aos fatores associados ao serviço de saúde, destacaram-se a insuficiência de vagas, marcação apressada para datas distantes, associadas às atividades laborais das mulheres e presença do profissional masculino realizando o exame. Diante disso, salienta-se a relevância da construção e fortalecimento de vínculo entre equipe de saúde e usuárias, com prestação de atendimento humanizado que seja capaz de proporcionar segurança e conforto para as pacientes.

Embora seja desafiador mobilizar as mulheres para fazer o exame, é imperativo que

se desenvolvam métodos eficazes para alcançar esse objetivo, como a implantação de cartões de acompanhamento para mulheres na faixa etária apropriada, a busca ativa, a realização de “lembretes” para a realização do exame por meio de *WhatsApp* ou via Agente Comunitário de Saúde, a intensificação da educação em saúde e a conscientização das mulheres sobre a importância de realizar o exame periodicamente.

Em última análise, apenas a disponibilidade do exame de Papanicolau nos serviços de saúde não é suficiente para a adesão das mulheres. É fundamental garantir que as mulheres tenham acesso a informações que fortaleçam essa prática, seja por meio da busca ativa ou por meio de campanhas que incentivem a sua realização. Dessa forma, acredita-se que haverá uma maior probabilidade de que as mulheres ampliem seu conhecimento e compreendam a verdadeira importância do exame para, efetivamente, realizá-lo.

Portanto, conclui-se que o conhecimento e a compreensão dos fatores que dificultam ou até impedem a realização do exame preventivo são essenciais para o planejamento de intervenções mais eficientes e adequadas às necessidades da população feminina.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, R. P.; SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 359–379, jun. 2015.
- ALBUQUERQUE, K. M. *et al.* Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, suppl 2, S301-9, 2009.
- AMARAL, M. S.; GONÇALVES, A. G.; SILVEIRA, L. C. G. Prevenção do câncer de colo de útero: a atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde. **Revista Científica FacMais**, v. 8, n. 1, p. 198-223, 2017.
- AMORIM, V. M. S. L. *et al.* Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, 2006.
- ANDRADE, B. *et al.* Screening and cervical cancer cure: population based cohort study. **Bmj**, v. 344, p. 307-311, 2012.
- ANDRADE, A. G. de; SILVA, L. A. da; MAGALHÃES, G. N. HPV x câncer de colo do útero: O conhecimento das mulheres na região central de um município referência da região de saúde Ilha do Bananal-TO. **Revista Amazônia: Science & Health**, v. 7, n. 2, 2019.
- ANJOS, E. F. *et al.* Monitoring of cervical cancer control actions and associated factors. **Texto Contexto Enferm**, v. 30, p. e20200254, 2021.
- ARBY, M. *et al.* Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a world wide analysis. **Lancet Glob Health**, v. 8, p. 191-203, 2020.
- BARROS, M. B. A. *et al.* Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, p. 27-37, nov. 2009.
- BEZERRA, R. S. *et al.* Prevenção e rastreio do câncer de colo de útero. **Braz. J. Implantol. Health Sci.**, v. 6, n. 1, p. 1131–1138, 2024.
- BORGES, M. F. de S. O. *et al.* Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1156–1166, jun. 2012.
- BOTTARI, C. M. S.; VASCONCELLOS, M. M.; MENDONÇA, M. H. M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad Saúde Pública**, v. 24, p. s111-s122, 2008.
- BRANDÃO, G. C. G. *et al.* Câncer de colo de útero: adesão das mulheres quanto ao

exame citopatológico. **Nursing**, v. 19, n. 221, p.1428-1431, out. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/bde-29606>. Acesso em: 25 out. 2023.

BRANDÃO A. M. R.; ANDRADE F. W. R.; OLIVINDO D. D. F. Atuação do enfermeiro da estratégia da saúde da família no manejo da mulher com resultado de colpocitologia alterado. **Res., Soc. Dev.**, v. 9, n. 10, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil**. Congresso Nacional. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008**. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2008.

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. (2a ed.), Cadernos de Atenção Básica, n. 13, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013**. Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo

do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, Brasília, 30 dez. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014**. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Diário Oficial da União, Brasília, 31 jan. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, Brasília, 01 abr. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico sobre a vacina papilomavírus humano (HPV) na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. **Lei nº 14.335, de 10 de maio de 2022**. Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para dispor sobre a atenção integral à mulher na prevenção dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Profissional de Saúde**: Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/historico-das-acoes#:~:text=Em%2021%20de%20junho%20de,%2FMS%20n%C2%BA%203040%2F98>. Acesso em: 22 mar. 2024.

BRAVO, M. I. S. A Saúde no Brasil na Década de 90: Projetos em Disputa. **Cad. Serv. Soc. HUPE**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 2-34, 1998.

BRUNI, L. A. G. *et al.* ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. **Summary Report**, v. 17, n. 11, p. 4412-4417, 2019.

CANTALINO J. L. R. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev. Saude Publica**. 2021.

CARIACICA. **Mapas**. 2023. Disponível em: <https://www.cariacica.es.gov.br/pagina/semdec-mapas>. Acesso em: 17 dez. 2023.

CARVALHO, K. F.; COSTA L. M. O.; FRANÇA R. F. A Relação entre HPV e Câncer do Colo do Útero: Um Panorama a Partir da Produção Bibliográfica da Área. **Revista Saúde em Foco**, n.11, p. 264-278, 2022.

CERQUEIRA, R. S. R. **Acesso aos serviços de saúde para controle do câncer de colo do útero em duas regiões de saúde na Bahia**. 147f. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, 2022.

CHANG, H. K. *et al.* Factors associated with participation in cervical cancer screening among young Koreans: a nationwide cross-sectional study. **BMJ open**, v. 7, n. 4, p. e013868, 2017.

CHEN, L. *et al.* Integrated analysis of HPV-mediated immune alterations in cervical cancer. **Gynecol. Oncol.**, v. 149, n. 2, p. 248-255, 2018.

CIRINO, F. M. S. B.; NICHATA, L. Y. I.; BORGES, A. L. V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Esc Anna Nery**, v. 14, p. 126-134, 2010.

CONNOLLY, D.; HUGHES. X.; BERNER, A. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: A systematic narrative review. **Prev. Med.**, n. 135, 2020.

CORDEIRO, M. R. A. *et al.* Inspeção visual do colo uterino após aplicação de ácido acético no rastreamento das neoplasias intra-epiteliais e lesões induzidas por HPV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 2, p. 51–57, fev. 2005.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanco 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DANTAS, P. V. J. *et al.* Conhecimento das mulheres e fatores da não adesão acerca do exame papanicolau. **Rev. Eletrôn. Acervo Saúde**, v. 23, n. 1, p. e11693-e11693, 2018.

DAVILLA, M. S. D. *et al.* Objeto virtual de aprendizagem sobre rastreamento do câncer do colo do útero. **Acta Paul. Enferm.**, v. 34, 2021.

ERWIN, E. *et al.* SMS behaviour change communication and eVoucher interventions to increase uptake of cervical cancer screening in the Kilimanjaro and Arusha regions of Tanzania: a randomised, double-blind, controlled trial of effectiveness. **BMJ Innov.**, v. 5, n. 1, p. 1-7, 2019.

FARIA, A. J. V. *et al.* HPV: a importância da vacinação para redução do surgimento de lesões pré-malignas do câncer de colo uterino. **Rev. Eletrôn. Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. 1-7, 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. Comissão Nacional Especializada de Vacinas. **Programa Vacinal para Mulheres** (Série Orientações Recomendações FEBRASGO). São Paulo: FEBRASGO, 2021.

FEITOZA, D. *et al.* Epidemiologia do câncer de colo uterino no mundo e no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 209-214, 2019.

FERNANDES, N. F. S. *et al.* Acesso ao exame citopatológico do colo do útero em regiões de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n. 10, 2019.

FERREIRA, H. M.; SALES, M. D. C. Saúde da mulher enquanto Políticas Públicas. **Salus J Health Sci**, v. 3, n. 2, p. 58-65, 2017.

FERREIRA, J. E. L. *et al.* Perfil da população atendida em um consultório de atendimento integral à saúde da mulher. **Ciências Biológicas e de Saúde**, Aracaju, v. 3, n.1, p. 127-140, 2015.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (organizadora). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GOMES, D. S. *et al.* Fatores que interferem na não adesão de mulheres ao teste de Papanicolau: revisão integrativa. **Rev. Eletrôn. Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. 1-10, 2021.

GOSS, P. E. *et al.* Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. **Lancet oncol**, v. 14, n. 5, p. 391-436, 2013.

HULL, R. *et al.* Cervical cancer in low and middle-income countries. **Oncol lett**, v. 20, n. 3, p. 2058-2074, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Nacional Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro : Inca, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Ficha Técnica de indicadores das ações de controle do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Câncer de colo de útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estimativa 2020:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Detecção precoce do câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estimativa 2023:** incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede.** Dados e números sobre câncer do colo do útero. Relatório Anual. Rio de Janeiro: INCA, 2022b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Detecção precoce do câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2022c.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Relatório Anual 2023.** Rio de Janeiro: INCA, 2023a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Dados e números do câncer de colo do útero 2023.** Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dados_e_numeros_colo_22marco2023.pdf. Acesso em: 5 jul. 2024.

KAUFMANN, L. C. *et al.* Repercussões da pandemia de COVID-19 no exame preventivo de câncer de colo uterino: percepção de enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v. 27, n. e20220401, p. 1-8, 2023.

KOMBE, A. J. *et al.* Epidemiology and burden of human papillomavirus and related diseases, molecular pathogenesis, and vaccine evaluation. **Front. Public Health**, v. 8, p. 552028, 2021.

LIMA, D. E. O. B. *et al.* Conhecimento de Mulheres acerca do Exame Papanicolaou. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 1, p. 1-11, 2024.

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle

do câncer de colo deútero: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3431-3442, 2019.

LUCIANI, S.; ANDRUS, J. K. A Pan American Health Organization strategy for cervical cancer prevention and control in Latin America and the Caribbean. **Reproductive health matters**, v. 16, n. 32, p. 59-66, 2008.

MACHADO, J. S. A.; PENNA, C. M. de M. As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320221, 2022.

MALTA, E. F. G. D. *et al.* Inadequate practice related of the papanicolaou test among women. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 1, p. e5050015, 2017.

MARIANI, L. *et al.* The clinical implementation of primary HPV screening. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 136, n. 3, p. 266-271, 2017.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, p. 31-48, 2009.

MELO, E. M. F. D. *et al.* Câncer cervico-uterino: conhecimento, atitude e prática sobre o exame de prevenção. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. supl. 3, p. 25- 31, 2019.

MILHOMEN, H. G. A. S. *et al.* A atuação da enfermagem diante da não adesão ao exame citopatológico. **Revista Brasileira Militar de Ciências**, v.10, n. 24, e167, p. 1-13, 2024.

MIRANDA, A. P.; REZENDE, E. V.; ROMERO, N. S. A. Percepção e adesão das mulheres quanto ao exame citopatológico. **Nursing.**, v. 21, n. 246, p. 2435-2438, 2018.

MOREIRA, A. P. L.; CARVALHO, A. T. Tendência de Realização da Citologia Oncótica e Fatores Associados em Mulheres de 25 a 64 anos. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 24, n. 1, p. 17-28, 2020.

MOURA L. L.; CODEÇO C. T.; LUZ P. M. Cobertura da vacina papilomavírus humano (HPV) no Brasil: heterogeneidade espacial e entre coortes etárias. **Rev. Bras. Epidemiol.**,v. 24, 2021.

NASCIMENTO, F. E. O. *et al.* Investigação da realização do exame de Papanicolau durante a gestação em mulheres de uma UBS do Município de Mauriti-CE. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n.1, p.6279-6286, jan/feb., 2024.

OLIVEIRA, D. S. **Tendo que se submeter ao exame Papanicolau regularmente: uma análise sob a ótica da desmedicalização.** 2018. 63 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Saúde e Sociedade) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

OLIVEIRA D. S. *et al.* Atuação da enfermeira frente aos fatores que interferem na adesão de mulheres idosas ao exame de Papanicolau. **Rev Enferm Contemp.**, v. 8,

n. 1, p. 87-93, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.** Genebra: OMS, 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS.. **Situación de los Programas para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino:** evaluación rápida mediante encuesta en 12 países de América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS.. **HPV e câncer do colo do útero.** OPAS, Brasília fevereiro de 2019.

PAULA, S. H. B.; VOLOCHKO, A.; FIGUEIREDO, R. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de São Paulo, Brasil. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, v. 17, n. 2, p. 146-165, 2016.

PIERZ, A. J. *et al.* A scoping review: Facilitators and barriers of cervical cancer screening and early diagnosis of breast cancer in Sub-Saharan African health settings. **Gynecol Oncol Rep.**, v. 33, 100605, 2020.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Violência física grave entre parceiros íntimos como fator de risco para inadequação no rastreamento do câncer de colo de útero. **Cad Saúde Pública**, v. 33, e00074216, 2017.

REIS, S. S. *et al.* Correlações entre a endometriose, câncer do colo do útero e a síndrome do ovário policístico com prevalência em diferentes faixas etárias: revisão. **Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 2, p. 01-21, 2024.

RIBEIRO, C. M. *et al.* Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n. 6, 2019.

RODRIGUES, V. M. P.; SOUZA, M. L. M. de; SOARES, T. C. M. Revisitando as discussões sobre território e políticas de atenção à saúde da mulher. **GEOTemas - Pau dos Ferros**, v. 10, n. 3, p. 125-147, 2020.

SANTANA, T. D. B. *et al.* Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 61, 2019.

SCHIFFMAN, M. *et al.* Carcinogenic human papillomavirus infection. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 2, p. 1-20, 2016.

SILVA, M. A. S. *et al.* Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. **Rev Rene**, v. 16, n. 4, p. 532-9, 2015.

SILVA, J. P. *et al.* Exame Papanicolau: fatores que influenciam a não realização do exame em mulheres de 40 a 65 anos. **Arch. Health Sci.**, p. 15-19, 2018.

SILVA L. G. *et al.* A importância da prevenção do câncer do colo do útero: revisão integrativa. **Res Soc Dev**, v. 10, n. 15, 2021.

SILVA, A. D. *et al.* A relação entre HPV e câncer de colo de útero: um panorama a partir da revisão integrativa. Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana **Revista Saúde em Foco–Edição**, n. 11, p. 26-36, 2022.

SILVA, B. L. A. O.; BARROS, R. A. A.; LOPES, I. M. R. S. O impacto da pandemia da COVID-19 no rastreamento do câncer de colo uterino em Teresina – PI. **Res Soc Dev**, v. 10, n. 10, 2021.

SILVA, L. N.; SILVEIRA, S. F. R. Políticas públicas de saúde para a mulher no Brasil: uma análise das conquistas. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 8, 2020, Brasília. **Anais...** Brasília: Sociedade Brasileira de Administração Pública, 2020.

SOARES, M. B. O.; PEREIRA, G. DE A.; SILVA, S. R. DA. Fatores associados ao conhecimento sobre Papanicolaou. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 17 fev. 2020.

SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. DA. Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 404–414, mar. 2016.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 832-846, 2021.

SOUZA, C. A.; SENA, A. B. Identificação da autocoleta cervical como ferramenta de rastreio do câncer de colo de útero. **Res Soc Dev**, v. 11, n. 8, 2022.

SUNG, H. *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.

SZWARCWALD C. L. *et al.* Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 33-44, 2015.

TALLON, B. *et al.* Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016). **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 362–371, abr. 2020.

TIENSOLI, S. D.; FELISBINO-MENDES, M. S.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. Avaliação da não realização do exame Papanicolaou por meio do Sistema de Vigilância por inquérito telefônico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

VASCONCELOS, C. T. M. *et al.* Conhecimento, atitude e prática relacionados ao exame papanicolau entre usuários de uma unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2011.

VAZ, G. P. *et al.* Perfil epidemiológico do câncer de colo de útero na região norte do Brasil no período de 2010 a 2018. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 7, n. 2, p. 114, 2020.

VELENTZIS, L. S.; BROTHERTON, J. M. L.; CANFELL, K. Recurrent disease after treatment for cervical pre-cancer: determining whether prophylactic HPV vaccination could play a role in prevention of secondary lesions. **Climacteric: The Journal of the International Menopause Society**, v. 22, n. 6, p. 596–602, dez. 2019.

VIANA, J. N. *et al.* Determinantes sociais da saúde e prevenção secundária do câncer do colo do útero no Estado do Amazonas, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3, 2019.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 345 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem and its associated goals and targets for the period 2020 – 2030**. United Nations General Assembly. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>. Acesso em: 14 nov. de 2023.

YASSOYOMA, M. C. B. M.; SALOMÃO, M. L. M.; VICENTE, M. E. Características das mulheres que realizam exame preventivo do colo do útero durante a gestação: bases para estratégias do Programa de Saúde da Família (PSF). **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 4, p. 172-76, 2005.

ZUCCHETTO, A. *et al.* Screening patterns within organized programs and survival of Italian women with invasive cervical cancer. **Preventive medicine**, v. 57, n. 3, p. 220-226, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Área: _____ Micro área: _____ Dado/Código de identificação na pesquisa: _____

DADOS SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO:

1. Qual a sua idade (em anos)? _____
 - 1.1 () entre 25 e 33
 - 1.2 () entre 34 e 49
 - 1.3 () entre 50 e 64
2. Qual a sua raça (cor) declarada?
 - 2.1 () Branca
 - 2.2 () Preta
 - 2.3 () Parda
 - 2.4 () Indígena
3. Qual seu estado civil?
 - 3.1 () Casada ou união estável
 - 3.2 () Solteira
 - 3.3 () Viúva, separada ou divorciada
4. Quantos filhos (as) você tem?
 - 4.1 () 1 a 2 filhos
 - 4.2 () 3 ou mais filhos
 - 4.3 () Não tenho filhos
5. Qual o seu nível de escolaridade?
 - 5.1 () Nenhum
 - 5.2 () Fundamental
 - 5.3 () Ensino médio
 - 5.4 () Ensino superior
6. Você possui trabalho regular com renda fixa?
 - 6.1 () Sim
 - 6.2 () Não
7. Você possui renda de até dois salários mínimos?
 - 7.1 () Sim
 - 7.2 () Não

CONHECIMENTO EM RELAÇÃO AO EXAME COLPOCITOLÓGICO (PREVENTIVO):

8. Você já participou de alguma atividade educativa sobre preventivo?
 - 8.1 () Sim
 - 8.2 () Não
9. Você sabe como é realizado o exame preventivo?
 - 9.1 () Sim
 - 9.2 () Não
10. Você sabe para que serve o exame preventivo?
 - 10.1 () Sim
 - 10.2 () Não

PRÁTICA DE REALIZAÇÃO DO EXAME (PREVENTIVO):

11. Você considera importante a realização do exame preventivo?
 - 11.1 () Sim
 - 11.2 () Não
12. Você acha necessário a realização do exame, apenas quando estiver sentindo algum problema?
 - 12.1 () Sim
 - 12.2 () Não
13. O constrangimento ou vergonha é um motivo que te atrapalha realizar o exame preventivo?
 - 13.1 () Sim

13.2 () Não

14. O fato do resultado do exame poder apresentar alguma doença grave, isso te dificulta realizar o exame?

14.1 () Sim

14.2 () Não

15. O desconforto no momento da coleta é um fator que dificulta a realização do exame?

15.1 () Sim

15.2 () Não

16. Você considera uma dificuldade o exame ser realizado por um profissional - masculino?

16.1 () Sim

16.2 () Não

17. Você considera uma dificuldade o fato do exame não ser realizado por um profissional médico?

17.1 () Sim

17.2 () Não

EM RELAÇÃO AO SERVIÇO DE SAÚDE:

18. Você considera a estrutura do serviço de saúde adequada para realização do preventivo?

18.1 () Sim

18.2 () Não

19. Você está satisfeito com a forma com que o serviço de saúde está organizado para realização do preventivo no que se refere ao horário disponibilizado?

19.1 () Sim

19.2 () Não

20. Você considera que o número de vagas de preventivo disponível é suficiente?

20.1 () Sim

20.2 () Não

21. Você considera que o tempo entre o agendamento e a coleta do preventivo é demorado na Unidade de saúde?

21.1 () Sim

21.2 () Não

22. Você se sente bem acolhido pelos profissionais, na unidade de saúde?

22.1 () Sim

22.2 () Não

23. Você está satisfeito com o atendimento dos profissionais que realizam coleta de preventivo?

23.1 () Sim

23.2 () Não

24. Você considera fácil o acesso da sua casa até a unidade de saúde, para realização do preventivo?

24.1 () Sim

24.2 () Não

25. De forma geral você considera o seu estado de saúde bom?

25.1 () Sim

25.2 () Não

26. Qual o motivo que levou você a não realizar o exame preventivo agendado?

APÊNDICE B - CONTROLE DE PACIENTES QUE FALTARAM À COLETA DE EXAME COLPOCITOLÓGICO

Pacientes que faltaram a coleta de exame colpocitológico e que deverão receber a visita do ACS para aplicação do questionário pesquisa e agendamento de nova consulta.

Nome da Paciente:	
Área:	Micro área:
Nº da Família:	Contato telefônico:
Data da consulta não realizada:	Data da visita:
Aceitou participar da pesquisa?	(<input type="checkbox"/>)SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO

Nome da Paciente:	
Área:	Micro área:
Nº da Família:	Contato telefônico:
Data da consulta não realizada:	Data da visita:
Aceitou participar da pesquisa?	(<input type="checkbox"/>)SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO

Nome da Paciente:	
Área:	Micro área:
Nº da Família:	Contato telefônico:
Data da consulta não realizada:	Data da visita:
Aceitou participar da pesquisa?	(<input type="checkbox"/>)SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada “ Fatores relacionados ao não comparecimento para realização do exame colpocitológico em uma unidade de saúde de Cariacica – ES” sob a responsabilidade de SCHEYLA FRAGA FERREIRA RAUTA.

JUSTIFICATIVA: Esta pesquisa possibilitará a identificação de fatores que têm colaborado para o não comparecimento de mulheres às consultas para coleta de exame colpocitológico possibilitando assim o serviço na identificação de possíveis estratégias a serem implementadas para minimizar a problemática.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA: Este estudo tem como objetivo principal identificar os fatores relacionados ao não comparecimento das mulheres à consulta para realizar o exame preventivo, na unidade de saúde de Santa Bárbara - Cariacica.

PROCEDIMENTOS: A pesquisa será desenvolvida por meio da aplicação de um questionário, pelo agente comunitário de saúde (ACS) à mulheres, que estavam com preventivo agendado na USF de Santa Bárbara e que não compareceram para realização do exame. As perguntas do questionário estarão relacionadas aos fatores socioeconômicos, demográficos, condição de saúde, e percepção do serviço de saúde. Não será utilizado nenhum dispositivo de áudio e vídeo para gravação de conversas, que ocorrerem durante a aplicação do questionário.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: Os questionários serão aplicados durante uma visita domiciliar, previamente agendada e realizada pelo ACS, na área de abrangência da Unidade de saúde de Santa Bárbara - Cariacica, e terão com em média 30 minutos de duração.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos de participação deste estudo refere-se ao incômodo dos participantes da pesquisa, que irão dispor parte do seu tempo para a realização da entrevista e recebimento do pesquisador em sua residência. No que se refere ao questionário, pode haver perguntas que poderão causar certos desconfortos e até mesmo constrangimentos ao participante. Para minimizar esses riscos decorrentes na pesquisa, será garantida a confidencialidade da entrevista, os esclarecimentos serão passados à participante antes do início da pesquisa e a mesma poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Será realizada a leitura do TCLE;

BENEFÍCIOS: : Os benefícios esperados na conclusão dessa pesquisa é o entendimento das causas da não realização do exame preventivo, a disponibilização do resultado da pesquisa à sociedade para que se informe e entenda a situação problema na pesquisa abordada, e a disponibilidade do estudo à Unidade de Saúde onde ocorrerá a pesquisa, para que o gestor, juntamente com sua equipe possa compreender os motivos relatados sobre a não adesão ao exame preventivo e com isso criar estratégias de ações que sensibilizem as mulheres da área de abrangência sobre a importância da prevenção do câncer de colo uterino através da realização do exame colpocitológico.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Serão garantidas aos participantes da pesquisa informações sobre os resultados no meio e no final da pesquisa, tendo o direito de telefonar, enviar email ao pesquisador responsável, em qualquer momento

do estudo. O pesquisador principal é SCHEYLA FRAGA FERREIRA RAUTA que pode ser encontrado no endereço: Av. Mal. Campos, 1355, Santos Dumont. Vitória - ES. CEP: 29.041-295, telefone (27) 3335-7104, e-mail: scheylaffrauta@gmail.com. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na instituição pesquisadora e a outra será fornecida ao participante.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Sua identidade nesta pesquisa ficará em sigilo, não sendo usado seu nome em nenhuma ocasião; sendo garantido que o que for respondido será utilizado somente para esse estudo. Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: A participação neste estudo não implicará em despesas para o participante. No caso de eventuais despesas adicionais, esta será garantida, pelo orçamento da pesquisa.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização, diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, sendo absorvida pelo orçamento da mesma.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS : Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o(a) pesquisador(a) SCHEYLA FRAGA FERREIRA RAUTA nos telefones (27) 9 9963-2115, ou no endereço: Av. Mal. Campos, 1355, Santos Dumont. Vitória - ES. CEP: 29.041-295, telefone (27) 3335-7104, e-mail: scheylaffrauta@gmail.com. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada e rubricada em todas as páginas, por mim e pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante.

VITÓRIA, 06 de novembro de 2022

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES RELACIONADOS NÃO COMPARECIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE CARIACICA-ES.

Pesquisador: scheyla fraga ferreira rauta

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65012622.1.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.784.461

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM intitulado "Fatores relacionados ao não comparecimento para realização do exame colpocitológico em uma Unidade de Saúde de Cariacica-ES".

De acordo com a responsável pela pesquisa busca-se "[...] identificar os fatores relacionados ao não comparecimento de mulheres, com idade entre 25 e 64 anos, que estavam com consultas agendadas, na Unidade de Saúde da Família de Santa Bárbara (USF) - Cariacica/ES, para realização do exame colpocitológico e que não compareceram". A amostra de conveniência é de 240 participantes.

Trata-se de pesquisa observacional, do tipo transversal de caráter prospectivo que contará com 3 etapas:

- Etapa 1: capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS para aplicação do instrumento e testagem do instrumento de pesquisa.

- Etapa 2: aplicação do questionário pelos ACS na residência das participantes da pesquisa,

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 5.784.461

seguindo os mesmos critérios previamente estabelecidos para a realização de uma visita domiciliar regular (contato telefônico e/ou agendamento prévio).

As participantes da pesquisa serão selecionadas pelos profissionais responsáveis pela coleta do exame (médico, enfermeiro) que identificará "[...] as pacientes que não compareceram ao serviço para coleta de colpocitológico e preencher a planilha de não comparecimento, elaborada pela pesquisadora com as seguintes informações: nome da paciente, área, micro-área, nº da família, contato telefônico (APÊNDICE II). Essa planilha deverá ser entregue ao ACS responsável pela microárea, para que faça a visita domiciliar e aplique o questionário, caso a paciente aceite participar da pesquisa.

- Etapa 3: análise dos dados coletados e ocorrerá concomitantemente com a etapa 2.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Identificar os fatores relacionados ao não comparecimento das mulheres de 25 a 64 anos, à consulta para realizar a coleta de exame colpocitológico, na Unidade de Saúde da Família de Santa Bárbara, em Cariacica/ES.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Descrever o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres de 25 a 64 anos, que residem no território de abrangência da USF de Santa Bárbara, Cariacica – ES.

-Caracterizar os fatores relacionados ao serviço de saúde que aparecem como dificultadores para a realização do exame colpocitológico, por mulheres da área de abrangência.

- Correlacionar o perfil socioeconômico, demográfico e relacionados ao serviço de saúde com os motivos apresentados pelas mulheres para não realização do exame colpocitológico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A responsável pela pesquisa reconhece que os riscos estão "[...] associados à confidencialidade dos dados e constrangimento frente às perguntas de pesquisa [...]" e assegura o sigilo das informações obtidas mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa que

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
 CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
 MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
 EMESCAM**


Continuação do Parecer: 5.784.461

receberão códigos alfanuméricos (M01, M02, M03,...). Quanto ao constrangimento, assegura ainda que "[...] os pesquisadores irão realizar nova leitura e explicação da pergunta e caso o participante deseje não responder terá esse direito, assim como o de se retirar da pesquisa a qualquer momento".

BENEFÍCIOS:

Os benefícios serão imediatos para as participantes da pesquisa, pois terão a oportunidade de agendar novamente uma consulta para coleta de colpocitologia, por meio do ACS, após a entrevista.

Outros benefícios estão ligados ao conhecimento das dificuldades das participantes da pesquisa na adesão à coleta do exame preventivo, aspectos esses que contribuirão para a implementação de ações de saúde voltadas a esse grupo no âmbito da atenção primária, assim como na reorganização da oferta de ações já existentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, viável e de cunho científico.

A pesquisadora atendeu as recomendações do Parecer Consubstanciado CEP nº 5.771.457

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
 CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
 MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
 EMESCAM**


Continuação do Parecer: 5.784.461

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2047443.pdf	23/11/2022 08:43:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	23/11/2022 08:38:14	Alan Patricio da Silva	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto.docx	23/11/2022 08:38:02	Alan Patricio da Silva	Aceito
Outros	Cartajustf.pdf	23/11/2022 08:34:33	Alan Patricio da Silva	Aceito
Outros	apendice.pdf	23/11/2022 08:33:46	Alan Patricio da Silva	Aceito
Outros	apendice.docx	23/11/2022 08:33:23	Alan Patricio da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	23/11/2022 08:33:08	Alan Patricio da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	23/11/2022 08:32:57	Alan Patricio da Silva	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Doc.pdf	08/11/2022 20:06:11	Alan Patricio da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	08/11/2022 15:13:22	Alan Patricio da Silva	Aceito
Outros	Carta.pdf	08/11/2022 13:56:15	Alan Patricio da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 5.784.461

VITORIA, 29 de Novembro de 2022

Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMUS) DE CARIACICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria Municipal de Saúde

Assunto: Carta de Anuência para realização da Pesquisa: Fatores relacionados ao não comparecimento para realização do exame Colpocitológico em uma unidade de saúde de Cariacica-ES

À Scheyla Fraga Ferreira Rauta

Considerando a solicitação de Autorização para pesquisa no âmbito da Secretaria Municipal de Cariacica, onde obteve o parecer favorável de todas as instâncias envolvidas para realização do referido projeto de pesquisa. Encaminhamos a carta de anuência emitida por esta Secretaria para submissão do Projeto citado ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Gestão Municipal autoriza a realização do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

O início da coleta de dados somente poderá ocorrer, com a apresentação à Gerência do serviço de Saúde da unidade campo de pesquisa, o documento oficial "**Autorização para início de pesquisa em campo**" emitido pelo Núcleo de Educação Permanente /SEMUS, após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Atenciosamente,

Cariacica, 03/11/2022


Roberta Goltara Coelho
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO C – DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria Municipal de Saúde

Assunto: Autorização para início da Pesquisa

Cariacica/ES, 17 de Janeiro de 2023

À

Gerência de Atenção à Saúde.

Considerando a solicitação de Autorização para pesquisa no âmbito da Secretaria Municipal de Cariacica processo, onde obteve o parecer favorável de todas as instâncias envolvidas para realização do referido projeto de pesquisa.

Considerando o parecer 5.784.461 favorável do Comitê de Ética e Pesquisa, conforme Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Autorizo, portanto, o início da pesquisa intitulada: FATORES RELACIONADOS NÃO COMPARECIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME COLPOCITOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE CARIACICA-ES.

O pesquisador se compromete, após a conclusão da Pesquisa, entregar uma cópia digitalizada do trabalho concluído, ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde –NEP para compor arquivo desta Secretaria.


César Roberto Colnaghi
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO D – CURRÍCULO LATTES DO ALUNO



Scheyly Fraga Ferreira Rauta

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/6094272007044498>
 ID Lattes: **6094272007044498**
 Última atualização do currículo em 12/04/2024

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1998), com pós-graduação em nível de especialização em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Federal do Espírito Santo (1999), Saúde da Família pela - FIOCRUZ/ENSP (2006), Atenção Primária à Saúde pela Universidade de Vila Velha (2011), e Saúde do Idoso pela UNASUS- UERJ (2014). Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase em Estratégia de Saúde da Família. É enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), onde atua como Telerreguladora e Teleconsultora no serviço de Telessaúde. Docente - Assistencial do Programa de Qualificação - APS do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI) - SESA/ES. Mestranda do programa de pós-graduação Strictu Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória EMESCAM (**Texto informado pelo autor**)

Identificação

Nome Scheyly Fraga Ferreira Rauta

Nome em citações bibliográficas RAUTA, S. F. F.

Lattes iD

<http://lattes.cnpq.br/6094272007044498>

Orcid iD

<https://orcid.org/0000-0002-9055-7456>

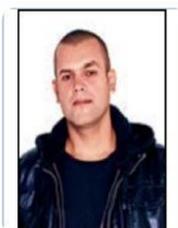
Endereço

Endereço Profissional Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, Hospital Universitário.
 Av. Marechal Campos, 1355
 Maruípe
 29101000 - Vitória, ES - Brasil
 Telefone: (027) 33357104

Formação acadêmica/titulação

2022 Mestrado em andamento em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.
 Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Brasil.
 Título: PERFIL DE MULHERES RELACIONADOS AO NÃO COMPARECIMENTO NO EXAME COLPOCITOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE CARIACICA-ESPÍRITO SANTO.
 Orientador: Alan Patricio da Silva.

ANEXO E – CURRÍCULO LATTES ORIENTADOR



Alan Patricio da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3348120304210801>

ID Lattes: **3348120304210801**

Última atualização do currículo em 02/04/2024

Professor permanente do programa de pós-graduação em mestrado Strictu Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, com ênfase na linha de pesquisa sobre Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais. Doutor em Ciências da Saúde pelo Centro Universitário FMABC. Mestre em Ciências pelo Centro Universitário FMABC. Bacharel em Comunicação Social pela Fundação Armando Álvares Penteado (2011). Bacharel em Terapia Ocupacional pela Faculdade de Medicina do ABC (2020). Especialista em Saúde Mental. Pós-graduando em Assistência Social e Saúde Pública, Graduando em Serviço Social, é pesquisador e membro do grupo de pesquisa do laboratório de Estudos e Escrita Científica da EMESCAM, orientador de estudantes de graduação na área da saúde, na concepção da metodologia científica e discussão de políticas públicas e promoção de saúde. Possui trabalhos que discutem políticas públicas para a pessoa com deficiência, atuando principalmente nos seguintes temas: qualidade de vida, tecnologia assistiva e comunicação, propostas que desenvolvem soluções para a pessoa com deficiência e contribui para a qualidade de vida e sociedade. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Alan Patricio da Silva

Nome em citações bibliográficas

SILVA, A. P.;DA SILVA, ALAN PATRÍCIO;SILVA, ALAN PATRÍCIO DA;SILVA, AP;SILVA, ALAN PATRÍCIO DA;SILVA, ALAN;PATRÍCIO DA SILVA, ALAN;Silva, AP;da Silva, AP;Silva AP

Lattes iD



<http://lattes.cnpq.br/3348120304210801>

Endereço

Endereço Profissional