

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**FATORES ASSOCIADOS ÀS MOTIVAÇÕES PARA A NUNCA  
REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAOU ENTRE MULHERES  
BRASILEIRAS.**

CLÁUDIA FERNANDES RODRIGUES

Rio de Janeiro

Janeiro/2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**FATORES ASSOCIADOS ÀS MOTIVAÇÕES PARA A NUNCA  
REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAOU ENTRE MULHERES  
BRASILEIRAS.**

CLÁUDIA FERNANDES RODRIGUES

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Raphael Mendonça  
Guimarães

Co-Orientadora: Dra. Camila Drumond Muzi

Rio de Janeiro

Janeiro/ 2020

## RESUMO

O câncer do colo do útero (CCU) tem se configurado um importante problema de saúde pública no mundo, contudo, apesar dos altos índices de incidência e prevalência, apresenta grande potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (INCA, 2017). O exame Papanicolaou faz parte do programa de rastreamento da doença, e amplamente utilizado no Sistema Único de Saúde, visando o diagnóstico precoce e redução da morbimortalidade por CCU. Entretanto, a Pesquisa Nacional de Saúde (2013) revelou um contingente significativo de mulheres que nunca tiveram acesso ao mesmo. Objetivo do estudo: Identificar fatores associados às motivações para a nunca realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras. Método: Foi adotada a base de dados obtida através da PNS 2013. A amostra totalizou 2.402 mulheres entre 25 a 64 anos que nunca realizaram o Papanicolaou. Foram consideradas as variáveis: idade, raça, escolaridade, estado civil, situação de domicílio, cadastro na ESF, plano de saúde, autopercepção de saúde, e rede de suporte social e familiar. Foi conhecida a prevalência das motivações para a nunca realização, e a variável com as motivações foram desagregadas em 11 diferentes variáveis do tipo *dummy*, que descreveram um desfecho binário. Foram calculadas as razões de chance e adotado o nível de significância estatística de 95%. Resultados: As motivações mais prevalentes foram: “Não achar necessário” com 42,3%, que apresentou relação com as variáveis: mulheres casadas (OR=1,52; IC95%=1,07-1,91), idade avançada (OR=1,56; IC95%=1,21-1,99), residir em meio urbano (OR=1,15; IC95%= 1,02-1,39), possuir plano de saúde (OR=1,18; IC95%= 1,01-1,36), e muito boa autopercepção de saúde (OR=1,42; IC95%= 1,28-1,56); O desfecho “Nunca terem sido orientadas” apresentou 22,9%, e mostrou associação com mulheres mais jovens (OR=1,95; IC95%=1,74-2,16) e autopercepção de saúde muito boa (OR=1,56; IC95% = 1,33-1,80); O modelo que descreve um aspecto cultural do exame demonstrado por “Ter vergonha”, apresentou a prevalência de 10,3%, e teve relação com a baixa escolaridade (OR =3,11; IC95%= 2,68-3,54), ausência de rede de apoio social (OR=1,31;IC95%=1,11-1,52) e familiar (OR=1,26; IC95%= 1,09-1,41), e não possuir plano de saúde (OR=2,79; IC95%= 2,14-3,44). Conclusão: Os achados encontrados no presente estudo consolidam a ideia da nunca realização do exame estar atrelada direta ou indiretamente ao déficit de conhecimento sobre o câncer de colo do útero e suas formas de prevenção. Espera-se que os resultados encontrados sirvam de subsídios para o planejamento e desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção do CCU e consequente diminuição dos impactos negativos à saúde das mulheres brasileiras.

Palavras-Chaves: Teste de Papanicolaou; Cobertura; Prevalência.

## ABSTRACT

Cervical cancer (CCU) has been a major public health problem worldwide, however, despite the high incidence and prevalence rates, it has great potential for prevention and cure when diagnosed early (INCA, 2017). The Pap smear is part of the disease screening program and widely used in the Unified Health System, aiming at early diagnosis and reduction of morbidity and mortality by CC. However, the National Health Survey (2013) revealed a significant contingent of women who never had access to it. Objective of the study: To identify factors associated with the motivations for never performing Pap smears in Brazilian women. Method: The database obtained through the PNS 2013 was adopted. The sample comprised 2,402 women aged 25 to 64 years old who never had Pap smears. The variables considered were: age, race, education, marital status, domicile status, registration in the FHS, health plan, self-perception of health, and social and family support network. The prevalence of motivations for never accomplishment was known, and the variable with the motivations were disaggregated into 11 different dummy variables, which described a binary outcome. Odds ratios were calculated and the statistical significance level of 95% was adopted. Results: The most prevalent motivations were: “Not finding it necessary” with 42.3%, which was related to the variables: married women (OR = 1.52; 95% CI = 1.07-1.91), advanced age (OR = 1.56; 95% CI = 1.21-1.99), living in urban areas (OR = 1.15; 95% CI = 1.02-1.39), having health insurance (OR = 1, 18; 95% CI = 1.01-1.36), and very good self-rated health (OR = 1.42; 95% CI = 1.28-1.56); The outcome “Never been oriented” was 22.9%, and was associated with younger women (OR = 1.95; 95% CI = 1.74-2.16) and very good self-rated health (OR = 1, 56; 95% CI = 1.33-1.80); The model that describes a cultural aspect of the “Shy” exam showed a prevalence of 10.3% and was related to low education (OR = 3.11; 95% CI = 2.68-3.54), absence of social support network (OR = 1.31; 95% CI = 1.11-1.52) and family (OR = 1.26; 95% CI = 1.09-1.41), and no plan health (OR = 2.79; 95% CI = 2.14-3.44). Conclusion: The findings found in the present study consolidate the idea that the exam is never directly or indirectly linked to the knowledge deficit about cervical cancer and its prevention methods. The results are expected to serve as subsidies for the planning and development of actions aimed at the prevention of CC and consequent reduction of negative impacts on the health of Brazilian women.

Keywords: Pap smear test; Covarge; Prevalence.

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 2.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>13</b>
<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Etiopatogenia e Fisiopatologia do Câncer de Colo do Útero.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.1 O Colo do Útero.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.2 Neoplasia Intra-Epitelial Cervical (NIC) .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.3 O Câncer de Colo de Útero.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Epidemiologia do Câncer de Colo do Útero.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2.1 Epidemiologia do Câncer de Colo de Útero no Brasil e no Mundo .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2.2 Fatores relacionados ao Câncer de colo de útero .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2.3 Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2.3.1 Prevenção Primária do Câncer de Colo do Útero .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2.3.2 Prevenção secundária do Câncer de Colo do Útero .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2.3.2.1 O Exame Papanicolaou (Citopatológico do Colo do Útero) .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3 Diretrizes Brasileiras Voltadas para a Detecção Precoce do Câncer de Colo de Útero. 28</b>	
<b>3.4 Ações de Controle e Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>31</b>
<b>3.5 Fatores Associados à Cobertura, e não Realização do Papanicolaou.....</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>40</b>
<b>MATERIAIS E MÉTODO .....</b>	<b>40</b>
<b>4.1 Amostra de estudo.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2 Critérios de exclusão .....</b>	<b>40</b>
<b>4.3 Variáveis do estudo.....</b>	<b>41</b>
<b>4.4 Análise estatística .....</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO 5.....</b>	<b>43</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO 6.....</b>	<b>58</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>58</b>

<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>66</b>

## **CAPÍTULO 1**

### **INTRODUÇÃO**

O câncer do colo do útero (CCU) tem se configurado como um importante problema de saúde pública em todo o mundo, apresentando maiores taxas de morbimortalidade em países em desenvolvimento. Para o Brasil, estimam-se 16.370 casos novos de CCU para cada ano do biênio 2018-2019, ocupando a sétima posição entre os tipos de cânceres mais incidentes na população brasileira, e o terceiro mais comum na população feminina (INCA, 2017). A nível mundial, a doença ocupa a sétima posição entre os tipos de cânceres mais incidentes, e o quarto câncer mais freqüentemente diagnosticado em mulheres (FERLAY et al., 2018). Entretanto, apesar dos altos índices de incidência e prevalência, é um tipo de câncer que apresenta grande potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (BOSCH et al., 2012).

A doença possui como principal fator de risco a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), considerada condição necessária, mas não suficiente para o surgimento da doença. Infecções persistentes por esse vírus podem ocasionar transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para lesões intraepiteliais precursoras do câncer de colo do útero, as quais, se não diagnosticadas e tratadas oportunamente, evoluem para o câncer (KEPPLER & LIN, 2015). Outros cofatores importantes incluem: imunossupressão (particularmente o vírus da imunodeficiência humana), tabagismo, paridade (um maior número de gravidezes a termo aumenta o risco), multiplicidade de parceiros, menarca precoce, uso de contraceptivos orais, entre outros (HERRERO & MURILO, 2018).

É fato bem conhecido que esse tipo de câncer apresenta aspectos epidemiológicos, etiológicos e evolutivos bem conhecidos, e que a mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura dos casos diagnosticados na fase inicial.

Diante desse fato, surge uma questão bastante instigante: por que o Brasil, apesar de ter sido um dos primeiros países a utilizar a colposcopia associada ao exame citopatológico (Papanicolaou) para a detecção precoce do câncer do colo do útero ou de suas lesões precursoras, ainda tem uma das mais altas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer? Uma das respostas possíveis para essa questão é que existe uma lacuna entre

os avanços técnicos e o acesso da população a eles. É, portanto, fundamental que haja mecanismos por meio dos quais mulheres motivadas a cuidar de sua saúde encontrem uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir essa necessidade em todo o País (GUEDES; PORDEUS; DIOGENES, 2008).

Para o controle do CCU no Brasil, temos as ações de prevenção primária que visam proporcionar comportamentos e estilos de vida saudáveis, além da vacinação contra o HPV; e as de prevenção secundária, ações de rastreamento periódico e detecção precoce de lesões precursoras do câncer ou a própria doença (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2012).

A vacina contra HPV é utilizada como estratégia de saúde pública contra o câncer do colo do útero em mais de cem países, por meio de programas nacionais de imunização. Estimativas indicam que, até 2013, foram aplicadas cerca de 175 milhões de doses em todo o mundo. A vacina é quadrivalente, e foi aprovada no Brasil para aplicação nas adolescentes entre 9 e 13 anos de idade, nas unidades básicas de saúde e também em escolas públicas e privadas. Ela evita lesões genitais pré-cancerosas de colo do útero, vulva e vagina e câncer do colo do útero em mulheres. Também previne verrugas genitais em mulheres, relacionadas ao HPV 6, 11, 16 e 18, tipos capazes de desenvolver lesões pré-cancerosas (BRASIL, 2014).

O rastreamento da doença no Brasil, oferecido de forma gratuita através do SUS e recomendado pelo Ministério da Saúde, é a realização do exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos. A rotina de repetição é a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano (INCA, 2016). O exame é um método simples, eficaz, e de baixo custo, realizado nos serviços de atenção básica. Esta qualidade se deve a sua alta especificidade para detectar alterações cervicais em mulheres sadias e ao seu impacto de cerca de 80% na redução da taxa de mortalidade pelo CCU (SANTOS; MELO; SANTOS, 2012).

Estudos mostram que é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do CCU com uma cobertura de, no mínimo, 80% do exame Papanicolaou entre mulheres com idade indicada para a realização (WHO, 2002). A estratégia criada pelo Ministério da Saúde para controlar e reduzir a mortalidade por CCU visa garantir a cobertura do exame a, pelo menos, 80% da população alvo em um ano (BRASIL, 2013). Entretanto, sabe-se que o padrão de rastreamento é oportunístico, ou seja, as mulheres têm realizado o exame citopatológico quando procuram os serviços de saúde por outras razões. Consequentemente, 20 a 25% dos exames têm sido realizados fora do grupo etário

recomendado e aproximadamente metade deles com intervalo de um ano ou menos, quando o recomendado são três anos (INCA, 2016). Assim, há um contingente de mulheres super-rastreadas e outro contingente sem qualquer exame de rastreamento, tornando a cobertura do exame na população-alvo ainda insuficiente.

## JUSTIFICATIVA

A estratégia criada pelo Ministério da Saúde para controlar e reduzir a mortalidade por CCU visa garantir a cobertura do exame citopatológico a, pelo menos, 80% da população-alvo em um ano (BRASIL, 2013). Entretanto, mesmo o Brasil sendo um dos pioneiros na introdução do Papanicolaou, o percentual de mulheres beneficiadas ainda é muito reduzido, tendo em vista que sua cobertura de 78,9% na população-alvo (PNS, 2015). Fato este que também fere as recomendações da OMS que preconiza uma cobertura de 85% da população feminina em risco (MOURA et al., 2011)

Apesar do exame ter sido comprovado como uma técnica efetiva e eficiente em diminuir as taxas de morbimortalidade, a sua cobertura ainda é insuficiente (INCA, 2008; PINHO & FRANÇA-JUNIOR, 2008; DAVIM et al., 2006), devido a fatores socioeconômicos, culturais, sexuais, reprodutivos, além de fatores relativos à assistência em saúde (FERREIRA & OLIVEIRA, 2006). Destacam-se ainda diversos fatores associados como a idade avançada, baixo nível socioeconômico, pertencimento a grupos étnicos como afrodescendentes, não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas); A limitação do acesso aos serviços de saúde, por barreiras sociais, culturais e geográficas também se apresenta como responsável pela baixa cobertura do exame (AMORIM et al., 2006).

Apesar da crescente ampliação da oferta de exames citopatológicos no país e esforços para melhorar a eficiência dos programas de prevenção do CCU, é persistente a manutenção de altas taxas de incidência e mortalidade pela doença no Brasil, que podem ser justificadas por falhas no programa de rastreamento da doença. Ao analisar o programa de rastreamento em regiões e municípios brasileiros, constatam-se grandes discrepâncias com relação a cobertura e efetividade (THRULER, 2004).

Mediante à possíveis agravos provenientes do diagnóstico tardio da doença, entende-se, portanto, como importante e fundamental propor estudos e ações que aumentem a adesão das mulheres ao exame Papanicolaou, visto que o controle do CCU depende do apoio dos serviços de saúde e da conscientização da mulher quanto à adoção de medidas preventivas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Diversos estudos em diferentes locais do país já analisaram em níveis regionais a prevalência do atraso e da não realização do Papanicolaou em grupos distintos de mulheres. O objeto do presente estudo são mulheres brasileiras na faixa etária para rastreamento do Câncer de colo de útero, que nunca realizaram o exame Papanicolaou.

A despeito disso, embora se conheça superficialmente os fatores associados à não realização, pouco se conhece sobre o perfil sociodemográfico das mulheres que nunca realizaram o exame preventivo para o CCU, de acordo com suas motivações para a nunca realização. Para isso, se faz necessária à avaliação constante dos programas de prevenção e estudar o acesso ao Papanicolaou, o que inclui conhecer as razões pelas quais as mulheres ainda se distanciam do exame, e qual é o perfil das mulheres para cada uma destas razões, a fim de detectar públicos alvo para intervenções específicas, a fim de que todas na idade indicada para realização do rastreamento possam receber os cuidados em tempo hábil e tratamento em seus estados iniciais.

## **CAPÍTULO 2**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Identificar fatores associados às motivações para a nunca realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras na faixa etária entre 25 e 64 anos.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o grupo de mulheres de 25 a 64 anos que nunca realizou o exame Papanicolaou, segundo o perfil demográfico;
- Descrever a prevalência da nunca realização do exame Papanicolaou em mulheres brasileiras de 25 a 64 anos segundo as motivações para a não realização;
- Estimar a magnitude de associação entre as motivações para a nunca realização e o perfil sociodemográfico destas mulheres.

## **CAPÍTULO 3**

### **REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Etiopatogenia e Fisiopatologia do Câncer de Colo do Útero**

##### **3.1.1 O Colo do Útero**

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está situado no abdome inferior, por trás da bexiga e na frente do reto e é dividido em corpo e colo. Esta última parte é a porção inferior do útero e se localiza dentro da cavidade vaginal. O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestida por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco (epitélio colunar simples). A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas (epitélio escamoso e estratificado). Entre esses dois epitélios encontra-se a junção escamocolunar (JEC), que é uma linha que pode estar tanto na ectocérvice como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher. Na infância e no período pós-menopausa, geralmente, a JEC situa-se dentro do canal cervical. No período da menarca, quando ocorre produção estrogênica, geralmente a JEC situa-se ao nível do orifício externo ou para fora deste (ectopia ou eversão). Vale ressaltar que a ectopia é uma situação fisiológica e por isso a denominação de “ferida no colo do útero” é inapropriada. Nesta situação, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil às suas células. Assim, células subcilíndricas (de reserva) bipotenciais, através de uma metaplasia, se transformam em células mais adaptadas (escamosas), dando origem à um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. É nessa zona onde se localizam mais de 90% dos cânceres do colo do útero (MACHADO JUNIOR & DALMASO, 2008).

##### **3.1.2 Neoplasia Intra-Epitelial Cervical (NIC)**

O colo uterino é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias intra-epiteliais, esta

estratificação fica desordenada. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I). Cerca de 60% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão como tal, e das demais, menos de 10% irão evoluir para NIC III, sendo a progressão para o câncer invasor estimada em cerca de 1%. Se a desordenação avança até os três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Na NIC III, o desarranjo é observado em todas as camadas. Esta desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasor. Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas estas etapas. As lesões de alto grau são consideradas como as verdadeiras precursoras do câncer e, se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma invasor do colo do útero (INCA, 2016).

### **3.1.3 O Câncer de Colo de Útero**

O câncer cervical habitualmente inicia-se como neoplasia intra-epitelial cervical (NIC), condição pré-invasiva limitada ao epitélio cervical, conforme a classificação histológica, ou como lesão intra-epitelial escamosa, de acordo com o diagnóstico citológico (DUARTE-FRANCO & FRANCO, 2004).

O câncer do colo do útero pode então ser caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e passam por diversas etapas antes de se tornarem um carcinoma invasivo no decorrer de um período de 10 a 20 anos. Esse intervalo de tempo é longo, permitindo que ações preventivas sejam realizadas com o objetivo de romper a cadeia epidemiológica da doença, entretanto podem invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância.

Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o Carcinoma Epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o

Adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (10% dos casos) (DAMACENA; LUZ; MATTOS, 2017).

Como os demais tumores sólidos, o CCU também recebe um estadiamento (também chamados de estágios do câncer) que é a descrição, geralmente em números de I a IV, de quanto o câncer se disseminou pelo corpo. Classificam-se os estádios em I, II, III e IV. Estádio I – independente do seu tamanho, o câncer é localizado no útero; estágio II – espalha-se para além do colo uterino envolvendo a vagina, porém não chega até a parede óssea da pelve; estágio III – o câncer estende-se até a parede óssea da pelve, envolvendo a vagina e o terço inferior dela, e estágio IV – o mais avançado de câncer de colo do útero. O câncer se disseminou para órgãos vizinhos ou outras partes do corpo (INCA, 2014).

É considerada uma neoplasia de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial, fazendo com que muitas pacientes não procurem ajuda no início da doença (SUNG et al., 2000). Na sua fase invasiva, maligna, ocorre o crescimento de uma lesão na cérvix, atingindo assim os tecidos localizados na parte exterior do colo uterino, podendo evoluir com quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual; dispareunia; secreção vaginal aquosa, mucóide, ou purulenta e fétida; dor pélvica; e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (INCA, 2017; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018). Casos ainda mais extremos podem retratar sintomas decorrentes de invasão/obstrução das estruturas adjacentes, como hematúria e ureterohidronefrose secundários à invasão do trato geniturinário ou hematoquezia e suboclusão intestinal pela invasão do reto (SANTOS; MACEDO; LEITE, 2010). A disseminação à distância ocorre principalmente por via linfática, envolvendo inicialmente os linfonodos pélvicos, e, após, os para-aórticos (WAGGONER, 2003).

Todavia, o câncer do colo do útero é uma patologia altamente prevenível e curável, e está intimamente relacionada ao nível de desenvolvimento do país. Cerca de 80% dos casos novos ocorrem em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Nestes países identifica-se baixos índices de desenvolvimento humano, ausência ou fragilidade nas ações e serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, assim como difícil acesso aos serviços de diagnóstico precoce e tratamento dos casos diagnosticados (GOULART, 2014; SOARES & SILVA, 2010), acarretando no diagnóstico tardio e estágios avançados (III ou IV) da doença em cerca de 50% dos casos, o que torna o tratamento mais agressivo, e conseqüentemente, com menor

probabilidade de cura. Fato que traz como consequência as elevadas taxas de mortalidade por CCU no país (THULER; BERGMANN; CASADO, 2012).

### **3.2 Epidemiologia do Câncer de Colo do Útero**

#### **3.2.1 Epidemiologia do Câncer de Colo de Útero no Brasil e no Mundo**

O câncer do colo do útero constitui-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e apresenta expressiva magnitude social uma vez que é responsável por altos índices de morbimortalidade (BRASIL, 2013). Para o Brasil, estimam-se 16.370 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, sendo o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal (INCA, 2017).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CCU é o primeiro mais incidente na Região Norte (25,62/100 mil). Nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil), ocupa a segunda posição mais frequente; enquanto, nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil), ocupa a quarta posição (INCA, 2017). É considerada a quarta causa de morte de mulheres por câncer no país. Em 2015, ocorreram 5.727 óbitos em decorrência da doença. A projeção do CCU no Brasil segue com redução das taxas de mortalidade nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Já as regiões Norte e Nordeste apresentam tendência de aumento ao longo dos anos analisados.

No ranking mundial, ocupa o sétimo lugar nos tipos de cânceres mais incidentes, sendo o quarto tipo mais comum na população feminina, e a quarta principal causa de morte entre mulheres no mundo. Para 2018, espera-se 570.000 casos novos e 311.000 mortes (BRAY et al., 2018). Em 2012, estimaram-se 528 mil casos novos com uma taxa de incidência de 14/100 mil mulheres e 266 mil mortes por essa neoplasia, correspondendo a 7,5% de todas as mortes por câncer em mulheres no mundo (INCA, 2017).

As taxas de incidência variam de região para região e de país para país, indo de 9,9/100 mil nas Regiões mais desenvolvidas para 15,7/100 mil nas áreas menos desenvolvidas. Em relação às taxas de mortalidade, a variação ocorre de 3,3/100 mil

para 8,3/100 mil. Constituem regiões de maior risco a África Oriental (42,7/100 mil), Melanésia (33,3/100 mil), Sul (31,5/100 mil) e África do Norte (30,6/100 mil). As Regiões que possuem as menores incidências são a Austrália/Nova Zelândia (5,5/100 mil) e a Ásia Ocidental (4,4/100 mil). A mortalidade apresenta uma variação maior, de 2/100 mil na Ásia Ocidental, Europa Ocidental e Austrália/Nova Zelândia, para acima de 20/100 mil na Malásia, África Central e África Oriental (FERLAY et al., 2015).

No país, e no mundo, as maiores taxas de incidência e mortalidade são em regiões que possuem as piores condições socioeconômicas (SOUSA et al., 2016). Ferlay et al. (2015) afirma que, quase nove de cada dez óbitos por câncer do colo do útero ocorrem em Regiões menos desenvolvidas com menores índices de desenvolvimento humano, representando 70% dos casos, onde o risco de morrer por câncer cervical antes dos 75 anos é três vezes maior.

Quanto a faixa etária mais acometida, nota-se aquela situada entre 45 e 55 anos de idade. A doença apresenta elevada taxa de mortalidade em diversas idades, porém, aumenta de forma considerável, a partir da quarta e quinta década de vida, com relevantes diferenças regionais (NASCIMENTO et al., 2015; SOARES et al., 2010).

A sobrevida em cinco anos variou entre 69% para as mulheres brancas e 56% para as mulheres negras em todo o mundo, de uma forma geral (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018). No Brasil, para o período de 2005 a 2009, a sobrevida ficou em torno de 61% (INCA, 2017). A nível global, a variação na sobrevida da doença é ainda mais ampla (50-70%), especialmente na América Central e do Sul, na Ásia e na Europa. Para as mulheres diagnosticadas entre 2010–2014, a sobrevida líquida em cinco anos foi padronizada em 70% ou mais em sete países (Japão, Coreia, Taiwan, Dinamarca, Noruega, Suíça, e Cuba). A sobrevivência estava na faixa de 60-69% em 29 países: Canadá e EUA; Brasil e Porto Rico; cinco países da Ásia (China e Hong Kong [leste da Ásia]; Cingapura [sul da Ásia]; e Israel e Turquia [oeste da Ásia]); 18 países na Europa; e Austrália e Nova Zelândia. A sobrevida ficou na faixa de 50 a 59% em cinco países da América Central e do Sul (Argentina, Equador, Martinica, Peru [Lima] e Uruguai); Índia e Kuwait; e seis países europeus (Letônia e Lituânia [norte da Europa]; Bulgária, Polônia e Rússia [leste da Europa] e Malta [sul da Europa]). Nos 20 anos de 1995 a 2014, a sobrevida em cinco anos aumentou de 4 a 7% em Cuba; Israel, Japão e Coreia; e seis países europeus (Dinamarca, Irlanda, Lituânia, Noruega e Reino Unido [norte da Europa]; e Polônia [leste da Europa]; apêndice p 238). Aumentou 8-10% na Índia; e na Bulgária, Estônia e Suíça. Na China, a sobrevida em 5 anos aumentou 14,3% entre

2000-2004 e 2010-2014 (ALLEMANI et al., 2018).

Contudo, nas últimas décadas, as taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero permaneceram em declínio em muitas populações em todo o mundo. Além da triagem (quando disponível), esses declínios foram atribuídos a fatores ligados ao aumento dos níveis socioeconômicos médios e à diminuição do risco de infecção persistente com HPV de alto risco, resultante de melhorias na higiene genital, redução da paridade e uma diminuição na multiplicidade de parceiros. Os efeitos benéficos dos programas de rastreamento citológico baseados na população aceleraram o declínio nas taxas de câncer do colo do útero após sua implementação em muitos países europeus (BRAY et al., 2013).

A diminuição nas taxas de incidência e prevalência nos diversos países do mundo que passam por processo de transição socioeconômica, faz o CCU sair do ranking de segunda neoplasia mais incidente no mundo, em 1975, para o sétimo lugar, em 2012. Essa contradição se deve à redução da incidência nos países em processo de desenvolvimento econômico, e também pela implantação de programas de prevenção e controle efetivos por meio do rastreamento, como no caso do Brasil (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Entretanto, é notório que os países em desenvolvimento apresentam taxas mais elevadas de prevalência e mortalidade, o que é atribuído a questões socioeconômicas e culturais, que interferem no acesso as ações de prevenção e diagnóstico precoce, assim como as condições sob as quais essas ações são realizadas (FRANCESCHINI; SCARLATO; CISI, 2010). No Brasil, as taxas de incidência e mortalidade são consideradas intermediárias quando comparadas aos países em desenvolvimento, porém elevadas em relação aos países desenvolvidos. Algumas pesquisas demonstram também a relação do câncer cervical com o baixo nível socioeconômico e outras condições de vulnerabilidade das populações (FALCÃO et al., 2014).

E mesmo tendo ocorrido melhoria na cobertura da citologia no Brasil, o país ainda apresenta taxas de mortalidade pela patologia e a maioria dos casos é diagnosticada em estágio avançado, fato este que pode ser explicado pela ineficácia dos programas de rastreio, uma vez que não estão sendo capazes de captar as mulheres consideradas de risco, as que nunca fizeram o exame ou o fizeram com periodicidade inadequada, além da necessidade de garantir seguimento terapêutico adequado para cada caso (FALCÃO et al., 2014).

Em países classificados como de maior desenvolvimento humano, como a Europa Oriental, as taxas também seguem aumentando no decorrer dos anos, o que pode ser à custa das recentes mudanças no comportamento sexual, que elevam o risco de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (STEWART & WILD, 2014). Já nos Estados Unidos, a diminuição na incidência do CCU é atribuída, principalmente, ao rastreamento por meio do exame Papanicolaou, entretanto as estatísticas ainda apontam uma maior incidência e mortalidade em mulheres negras e maior sobrevida em mulheres brancas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Ao tratar dos índices de cobertura do rastreamento do CCU em nível mundial, é observado grandes disparidades nas taxas de rastreio, todavia, alguns países podem possuir boa cobertura, mas apresentar grandes diferenças de acesso aos programas de triagem dentro de suas regiões, caracterizando a heterogeneidade de cobertura e acesso dentro do país, o que revela desigualdade na prevenção da doença (BRASIL, 2017).

A nível nacional, uma Pesquisa por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2008, apontou uma proporção de 84,6% de mulheres, entre 25 e 59 anos de idade, que relataram ter feito pelo menos 1 exame Papanicolaou, com menores coberturas entre as mulheres de menor renda e entre as residentes nas regiões Norte e Nordeste (IBGE, 2010).

Já a PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) também no Brasil, em 2013, evidenciou uma proporção de 79,4% de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram o exame Papanicolaou nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa. As mulheres entre 35 e 44 anos e, entre 45 e 54 anos, apresentaram maiores prevalências: 83,2% e 81,6%, respectivamente. Houve aumento da proporção conforme maior escolaridade, chegando a 88,8% entre as mulheres de nível superior completo. A prevalência de exame Papanicolaou foi maior entre as mulheres de raça/cor da pele branca (82,6%) e as residentes na área urbana (80,1%). Quanto à região de residência, a norte (75,5%) e a nordeste (75,1%) foram as que tiveram as menores proporções conforme a PNS (IBGE, 2013).

### **3.2.2 Fatores relacionados ao Câncer de colo de útero**

O câncer de colo uterino pode apresentar diversos fatores correlacionados que aumentam as chances de tornarem o colo do útero anormal (BRASIL, 2013), sendo a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) o principal fator envolvido na etiologia da

doença. O HPV é responsável por cerca de 70% dos cânceres cervicais (WHO, 2010; INCA, 2016), e é considerado causa virtualmente necessária (prevalência superior a 98%), porém não suficiente para o surgimento desse tipo de neoplasia (STEWART & WILD, 2014), sendo necessário a persistência da infecção, e associação com outros fatores de risco, tais como o tabagismo, imunossupressão e etc.

A infecção pelo HPV é muito comum. Atualmente, são conhecidos mais de 90 tipos de HPV com base na homologia do DNA, sendo que aproximadamente 30 possuem tropismo pelo trato anogenital e, esses são divididos em alto e baixo risco para o desenvolvimento do câncer, conforme o seu potencial oncogênico. O HPV desenvolve uma doença sexualmente transmissível muito comum, e estima-se que 291 milhões mulheres no mundo apresentam a infecção pelo vírus em algum período da vida, correspondendo a uma prevalência de 10,4% (INCA, 2016), sendo aproximadamente 32% portadoras dos subtipos 16, 18 (SANJOSE, 2007), os mais comumente relacionados ao CCU dentre os 13 tipos reconhecidos como oncogênicos pela IARC (INCA, 2017), e presentes em 70% dos casos diagnosticados no mundo. A detecção de HPV tem sido utilizada como um marcador para presença de vírus em lesões cervicais, mas não é indicativo de infecção produtiva ou lesão cervical. Os sinais clínicos e citológicos, portanto, continuam sendo os métodos mais comuns utilizados para identificar lesões pré-cancerosas (GUTIÉRREZ et al., 2009).

Porém, na maioria das vezes, a infecção pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição. No pequeno número de casos nos quais a infecção persiste e, especialmente, é causada por um subtipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras (lesão intraepitelial escamosa de alto grau e adenocarcinoma in situ) (IARC, 2007). No entanto, a transmissão desse vírus pode ser minimizada por meio de atividades realizadas pelos profissionais de saúde, em especial no que diz respeito à orientação quanto ao uso de preservativos, realização do exame ginecológico regularmente, e incentivo à vacinação contra o HPV aos adolescentes (OLIVEIRA; PINTO; COIMBRA, 2007).

Além da infecção pelo HPV, já foram citados outros fatores de risco para a doença, tais como: A raça negra; Início precoce da atividade sexual (<16 anos); Multiplicidade de parceiros; Uso de contraceptivos orais; e multiparidade (HERRERO & MURILLO, 2018; INCA, 2017; American Cancer Society, 2018). Em situações de imunossupressão, tais como: Corticoterapia, Diabetes, Lupus e AIDS, a incidência do câncer do colo do útero está aumentada. Isto também ocorre em situações onde há

ingestão deficiente de vitamina A e C, beta-caroteno e ácido fólico, comumente associadas com baixas condições socioeconômicas (KJELLBERG et al., 2000).

Os grupos mais vulneráveis estão onde existem barreiras de acesso à rede de serviços de saúde, para detecção e tratamento da patologia e de suas lesões precursoras, advindas das dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e por questões culturais, como medo, desconsideração de sintomas importantes e preconceito (DUAVY, 2007)

E, por fim, o tabagismo como um dos fatores de risco individual mais importantes, e também em nível coletivo devido à exposição ao ambiente do tabaco, pois agentes carcinogênicos específicos do tabaco, quando presentes no muco e epitélio cervical, podem danificar o DNA das células do colo uterino, propiciando o processo neoplásico (INCA, 2016).

### **3.2.3 Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero**

Com exceção do câncer de pele não melanoma, o CCU é a neoplasia com maior probabilidade de prevenção. Considerando-se a história natural da doença e os fatores de risco para o desenvolvimento do CCU, a prevenção e controle podem ser abordados em diferentes oportunidades, sendo eficaz tanto a nível primário como secundário, uma vez que a sua etiologia central é a infecção por um vírus bem definido (BRASIL, 2013). Esta prevenção da infecção pelo vírus tem um impacto maior na incidência deste câncer; e o processo de desenvolvimento demora cerca de 10 a 20 anos, dando oportunidade para interferir muito antes do seu desenvolvimento.

O enfoque de amplo alcance para prevenção e controle do câncer do colo do útero deve ser multidisciplinar, e compreender vários componentes-chave, como educação da comunidade, mobilização social, vacinação, e detecção precoce das lesões precursoras (INCA, 2017), sendo importante contar com programas nacionais de saúde, como o de vacinação, saúde reprodutiva, controle do câncer, saúde do adolescente e saúde da mulher. No Brasil, essas ações constituem uma das prioridades da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (INCA, 2016; THULER; BERGMANN; CASADO, 2012).

Soares et al. (2010) afirma que as ações de prevenção e controle do CCU para serem eficazes, é necessário educar, ensinar e informar as mulheres quanto à importância dessas medidas, e também sensibilizá-las de seu papel de sujeitos

responsáveis por sua saúde e bem estar. Quando se fala em câncer cervical, investir em medidas preventivas é conseqüentemente reduzir as taxas de incidência e melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

### **3.2.3.1 Prevenção Primária do Câncer de Colo do Útero**

A prevenção primária para o CCU inicia a partir da identificação dos fatores de risco para o surgimento da doença (FERNANDES & NARCHI, 2007), permitindo assim a elaboração de ações educativas de promoção da saúde voltadas ao assunto. Além disso, também inclui a Profilaxia ao vírus HPV através da vacinação (BRASIL, 2013), e orientação sexual por meio do uso de preservativo, proporcionando proteção parcial ao contágio pelo HPV (GERK, 2002), que é uma condição necessária para o desenvolvimento do CCU (INCA, 2017).

A promoção da saúde constitui um pilar da prevenção do CCU, que tende a concentrar-se em componentes educativos com a função de minimizar a prevalência dos fatores de risco comportamentais envolvidos com a doença e passíveis de mudanças, tais como o tabagismo, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros e multiparidade (HERRERO & MURILLO, 2018). A educação em saúde também é um importante fator para a conscientização das mulheres a aderirem periodicamente a realização do exame de Papanicolaou na prevenção do câncer de colo do útero (PERRETTO; DREHMER; BELLO, 2012), e essas práticas educativas devem: Sensibilizar as mulheres com vida sexual ativa, principalmente as que estão na faixa etária entre 25 e 64 anos, para a realização do exame preventivo do colo do útero, e para a importância de se tornarem agentes multiplicadores de informações; Orientar quanto aos cuidados para a realização do exame e dúvidas quanto aos resultados; Usar meios de comunicação eficazes e mensagens adequadas para alcançar as mulheres e sensibilizá-las para a coleta do material para o exame de Papanicolaou; Divulgar os locais e horários de atendimento dos serviços de saúde que podem realizar o procedimento; Estabelecer uma integração com instituições e grupos que já promovam reuniões regulares, para a realização de palestras e também para identificar lideranças comunitárias, objetivando a formação de agentes multiplicadores das informações; entre outras.

Além disso, o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde também encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para isso, os

indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde (CZERESNIA, 2003). O amplo acesso da população às informações culturalmente apropriadas a cada território deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis (INCA, 2011).

Juntamente com a maior disponibilidade de informações, os novos avanços tecnológicos surgem a fim de colaborar para o combate ao câncer do colo do útero de modo mais integral. A disponibilidade cada vez maior de uma tecnologia alternativa de detecção precoce e de novas vacinas contra o Papilomavírus humano (HPV) contribuiu para a prevenção da doença (BRASIL, 2013).

A vacina é considerada eficiente na prevenção do câncer do colo do útero. Atualmente a aprovada e comercialmente disponível no Brasil é a quadrivalente que protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV, causadores de verrugas anogenitais e lesões precursoras do CCU, correspondendo a mais de 95% das infecções pelo HPV. A eficácia da vacina é alcançada principalmente se utilizada antes do contato com o vírus, ou seja, os benefícios são mais significativos antes do início da vida sexual (INCA, 2016).

Atualmente, desde 2018, a vacina HPV quadrivalente está disponível para a população do sexo feminino de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) onde há a oportunidade de catalisar um enfoque de curso de vida para prevenção e controle do câncer do colo do útero da infância à vida adulta, e para a população do sexo masculino de 11 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) com esquema vacinal de 2 (duas) doses (0 e 6 meses). A estratégia de vacinação para meninos também contribuiu para reduzir a transmissão do vírus para as mulheres e, assim, reduzir adicionalmente a incidência de doença relacionada ao HPV na população feminina, fortalece as ações de saúde deste público e ratifica a responsabilidade compartilhada do MS para questões de saúde reprodutiva entre os gêneros. No Brasil, a cobertura entre meninas entre 9 a 14 anos no ano de 2016 correspondeu a 12% (BRASIL, 2018).

Joura et al. (2015) também afirma ser muito importante que a vacina seja administrada antes do início da atividade sexual, porque ela não tem efeito sobre a infecção por HPV pré-existente ou nas lesões intraepiteliais cervicais já estabelecidas. Quando administrada na população de meninas que ainda não iniciaram a atividade sexual, a eficácia na prevenção de neoplasias intraepiteliais cervicais situa-se entre 93% e 100%. Em um futuro próximo, teremos disponível a vacina nonavalente que oferece

proteção contra sete tipos de HPV que causam câncer, os HPVs tipos 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 e dois tipos de HPVs que causam verrugas genitais, os HPVs 6 e 11.

Os programas de vacinação contra o HPV existentes hoje podem reduzir potencialmente o ônus futuro a longo prazo do câncer do colo do útero (SANKARANARAUANAN, 2015). A meta é vacinar pelo menos 80% da população alvo para alcançar o objetivo de reduzir a incidência deste câncer nas próximas décadas no país. Entretanto, existem ainda lacunas de conhecimento sobre a vacinação, relacionadas à adesão ao esquema vacinal, à duração da eficácia, à eventual necessidade de dose de reforço e à proteção cruzada para outros subtipos virais (INCA, 2016).

Além disso, a adoção das vacinas anti-HPV não substitui o rastreamento pelo exame preventivo (Papanicolaou), pois as mesmas não oferecem proteção para 30% dos casos de câncer de colo do útero causados por outros subtipos virais oncogênicos. O Ministério da Saúde acompanha os estudos em curso e avalia o custo-efetividade da inclusão da Vacinação no contexto das ações de controle (UNA-SUS, 2017).

As campanhas nacionais educativas sobre a introdução da vacina devem ser realizadas para conscientizar a comunidade sobre o câncer do colo do útero e sua prevenção, sendo essenciais para ensinar comunidades, pais, professores, adolescentes e outros interessados diretos sobre a vacina contra o HPV, a infecção pelo vírus, o câncer do colo do útero e a disponibilidade de serviços. Através de programas de prevenção clínica e educativa há esclarecimentos sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens do diagnóstico precoce, as possibilidades de cura, sobre o prognóstico e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer, como para os demais (PENELLI, 2002).

### **3.2.3.2 Prevenção secundária do Câncer de Colo do Útero**

A prevenção secundária do Câncer de Colo de útero dar-se por meio da detecção precoce (rastreamento) da doença, e da identificação de lesões pré-cancerosas com posterior tratamento (BRASIL, 2013; INCA, 2014). As três modalidades de detecção são: a citologia, colposcopia e o reconhecimento imunológico do vírus HPV para os tipos de alto risco (HPV 16 E 18) (OMS, 2013; PATRIAS, 2009), presentes na grande maioria dos casos da doença (SANJOSE, 2007).

Diz-se que há um programa de rastreamento populacional de câncer quando há iniciativa de busca ativa da população-alvo pelo programa, podendo ser definido como

o exame de pessoas assintomáticas pertencentes a determinados grupos populacionais, através de ações organizadas, com a finalidade de identificar lesões precursoras ou cancerígenas em estado inicial. Os indivíduos identificados como positivos ao rastreamento são submetidos, então, à investigação diagnóstica para confirmar ou afastar a doença investigada. Para que o procedimento de rastreamento seja aplicável, é necessário que: A enfermidade seja um problema de saúde pública prioritário, isto é, deve ter morbidade e mortalidade elevadas e ser passível de prevenção e controle; O processo saúde-doença seja bem conhecido; A doença tenha fase pré-clínica detectável e seja curável; Exista um exame de execução simples, seguro, não-invasivo, barato, de sensibilidade e especificidade comprovadas e de fácil aceitação pela população e pela comunidade científica; e tenha garantia de acesso ao tratamento adequado (INCA, 2008).

A fim de obter o êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares: informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada; alcançar a meta de cobertura da população-alvo; garantir acesso a diagnóstico e tratamento; garantir a qualidade das ações; e monitorar e gerenciar continuamente as ações (INCA, 2016).

Contudo, algumas etapas são fundamentais. Inicialmente, é preciso fazer com que as mulheres, especialmente as com situação de maior risco, realizem periodicamente o exame citopatológico do colo do útero (INCA, 2014), principal estratégia e ferramenta utilizada e difundida para o rastreamento do câncer do colo uterino e suas lesões precursoras no Brasil e no mundo, realizado nos postos ou unidades de saúde, que tenham profissionais capacitados para realizá-los. É válido ressaltar que cerca de 40% das mulheres que realizam o exame não buscam o resultado, e aquelas que possuem o resultado alterado precisam ser alvo de busca ativa (INCA, 2016). A próxima etapa desse processo é o acolhimento adequado na unidade de saúde e a garantia de um exame ginecológico completo, com a coleta do exame citopatológico. O passo seguinte é o processamento do exame no laboratório, seguido pela etapa do tratamento. A última etapa a ser cumprida é a avaliação do programa, onde poderá se definir os acertos e os erros das estratégias, para estabelecimento de novos rumos (INCA, 2014).

### 3.2.3.3 O Exame Papanicolaou (Citopatológico do Colo do Útero)

A citologia convencional é uma técnica bem conhecida e utilizada há mais de cinquenta anos. O pesquisador George Nicholas Papanicolaou (1949), introduziu o método e até hoje é reconhecida e utilizada na medicina. Desde então, o exame de Papanicolaou é usado como ferramenta de prevenção e rastreamento do câncer do colo uterino (COELHO et al., 2008).

O exame Papanicolaou, é considerado um procedimento simples, de baixo custo, e eficiente (SOARES & SILVA, 2010), onde é coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice) do colo do útero. Para a coleta do material, é introduzido um espelho na vagina e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo através de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical. O material coletado será examinado sob um microscópio, a fim de detectar células negativas ou positivas para neoplasia intraepitelial ou malignidade (INCA, 2016).

Os resultados são classificados em citologia negativa para lesão intraepitelial e malignidade ou com anormalidades de células escamosas ou glandulares, com progressivos graus de atipias, desde indeterminadas até alterações citológicas sugestivas de carcinoma invasor. A nomenclatura dos exames em vigor e utilizada no Brasil, baseia-se no Sistema Bethesda (NAYAR & WIBUR, 2015) e utilizada para definir a adequabilidade da amostra, estabelece-se o sistema binário: satisfatório ou insatisfatório. A mostra satisfatória é aquela que apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua visualização permita uma conclusão diagnóstica. É considerada insatisfatória, a amostra cuja leitura esteja prejudicada pela presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes ou intensa superposição celular, sendo algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular (BRASIL, 2006).

Apesar de não instituir diagnóstico definitivo para o câncer cervical direciona a propedêutica seguinte. É considerado um método de rastreamento de razoável sensibilidade e seguro. A sensibilidade da citopatologia varia entre os diferentes trabalhos, mas pode ser considerada em torno de 70%. Quando associada à colposcopia, ela pode chegar até 80% de sensibilidade (SOARES & SILVA, 2010).

Para garantir um resultado correto, a mulher não deve ter relações sexuais (mesmo com camisinha) no dia anterior ao exame; evitar também o uso de duchas, medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores à realização do exame. É importante também que não esteja menstruada, porque a presença de sangue pode alterar o resultado. (INCA, 2010).

O exame preventivo é indolor, simples e rápido. Pode, no máximo, causar um pequeno desconforto que diminui se a mulher conseguir relaxar e se o exame for realizado com boa técnica e de forma delicada, porém, é considerado, por muitas mulheres, um procedimento invasivo, que gera medo, vergonha, ansiedade, desconforto e repulsa da própria genitália, gerando prolongados adiamentos na procura do serviço de saúde. Pensando nisso, é importante que o profissional que realiza este exame, tenha uma postura técnica e ética no sentido de preservar a privacidade da cliente, posicioná-la em uma posição confortável, além de ser capaz de explicar os procedimentos realizados, observando sempre se a paciente compreendeu essas explicações (EDUARDO et al., 2007; LOUREIRO & CRUZ, 2008).

O procedimento é oferecido nos serviços públicos e privados de saúde, pelo médico ou enfermeiro treinado e apto para realizar o procedimento, podendo ser realizado durante a consulta ou por meio de agendamentos para realização do mesmo, além da realização de mutirões em horários alternativos, que permite atingir mulheres que geralmente não conseguem ter acesso ao exame e aquelas que não comparecem à coleta por outras causas (ALBUQUERQUE; MIRANDA; LEITE, 2016).

O exame Papanicolaou, faz parte dos programas de rastreamento (screening) do câncer do colo do útero, amplamente utilizado no Sistema Único de Saúde (SUS), dado a sua fácil execução e o baixo custo financeiro. O exame é realizado numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento (INCA, 2011), sendo considerado então uma medida de saúde pública para prevenção secundária, pois baseia-se na teoria de que os casos de carcinoma invasivo são precedidos por uma série de lesões, que podem ser detectadas e tratadas a fim de reduzir a ameaça de câncer na comunidade. É válido ressaltar que as mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais no rastreamento devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação diagnóstica e tratamento, segundo as diretrizes clínicas estabelecidas (INCA, 2006).

A maior eficiência dos programas de detecção precoce do câncer do colo do útero está associada a taxas de cobertura com o Exame Papanicolaou maiores que 80%.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma cobertura de 85% da população feminina relativa à realização do exame para obter impacto na estrutura epidemiológica do CCU. Além disso, é essencial a definição da população-alvo; método e intervalo de rastreamento; meta de cobertura; infraestrutura nos três níveis assistenciais e garantia da qualidade das ações (INCA, 2010). Mendonça et al., (2008) afirma que a efetividade do rastreamento do CCU incluindo o tratamento das lesões intraepiteliais, podem reduzir em 90,0% a incidência desse tipo de câncer, e experiência da maioria dos países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (WHO, 2008).

Ao contrário de países desenvolvidos, onde há recrutamento ativo da população-alvo para o rastreamento, no Brasil o rastreamento ainda é oportunístico, com procura ocasional e espontânea dos serviços de saúde por razões diversas que não o rastreamento do CCU. O rastreamento oportunístico, além de ser menos efetivo no impacto sobre a mortalidade, é mais oneroso para o sistema de saúde (BRASIL, 2010). Em geral, acredita-se que o custo-benefício seja melhor com a prevenção/deteção precoce de forma organizada que a de forma conveniente, pois há melhor uso dos recursos e assegura-se que um maior número de mulheres seja beneficiado (OMS, 2013).

### **3.3 Diretrizes Brasileiras Voltadas para a Detecção Precoce do Câncer de Colo de Útero.**

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas precocemente, impedindo a progressão para o câncer, além de colaborar para a redução nas taxas de incidência (em cerca de 90%) e, impactar significativamente na diminuição dos índices de morbimortalidade (OMS, 2012; NASCIMENTO et al., 2015). Entretanto, essa redução depende do padrão de qualidade e cobertura de rastreamento de, no mínimo, 80,0% da população alvo, segundo recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (INCA, 2016; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Como citado anteriormente, o impacto esperado das ações de controle do câncer do colo do útero depende do alcance das ações do rastreamento, e no Brasil, essa cobertura ainda é considerada baixa. Em decorrência desta situação epidemiológica, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a saúde da mulher como uma das prioridades e, reporta o câncer de colo uterino como um dos principais problemas de saúde pública por sua magnitude no Brasil e no mundo (INCA, 2009).

A atenção à saúde da mulher no Brasil vem sendo discutida através das políticas públicas por muitas décadas. O governo federal e de outros países, baseado em políticas sociais, tem se empenhado para modificar esse quadro por meio de implementação de programas de assistência à saúde da mulher. Assim surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1990, incluindo a promoção de saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em plenitude (ANDREUCCI & CECATTI, 2011).

Ao longo dos anos foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da mulher (PNAISM) que reafirmou a necessidade de ações de atenção à saúde da mulher em todas as fases da vida, contribuindo assim para a redução da morbimortalidade feminina. O Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama foi criado com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2004).

Em 2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica, que visa à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2005) e a Portaria nº 189 (2014) define parâmetros e investimento para funcionamento de serviços integrados à rede a fim de realiza o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras através de colposcopia, biópsia e exérese da lesão (BRASIL, 2014).

No Brasil, atualmente, o controle do câncer do colo do útero é assumido como uma prioridade nacional através da Política Nacional de Atenção Oncológica, enfatizado pelo Ministério da Saúde (MS). O principal indicador pactuado entre MS, Estados e municípios é a razão entre o número de exames Papanicolaou realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município por ano e a população feminina nesta mesma faixa etária, no mesmo local e ano dividido por três. Esse

indicador contribui na avaliação da adequação do acesso aos exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina dentro da faixa etária. Considera-se também importante o conhecimento do perfil epidemiológico do câncer cervical para uma prévia melhoria da assistência ofertada as mulheres, através da adoção de políticas públicas que priorizem a aplicação de recursos materiais e humanos necessários na prevenção deste agravo (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a todos os países o desenvolvimento de programas de controle de câncer de colo uterino para reduzir a incidência e mortalidade associada a doença, para isso, é necessário a disponibilidade de dados epidemiológicos sobre a frequência e a distribuição em cada região fornecido por um registro de base populacional do câncer (JENSEN et al., 2003)

Entre as principais ações nesse sentido, destacam-se a instituição pelo Ministério da Saúde, em 1998, do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero e a criação do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Esse sistema foi implantado oficialmente no país pela Portaria/SAS/MS nº 408, de 30 de julho de 1999, e visa viabilizar o gerenciamento das ações de rastreamento do CCU. Posteriormente, foi aperfeiçoado, e, em 2006, foi implantada uma nova versão (4.0) pela Portaria/SAS/MS nº 287, de 24 de abril de 2006. Em 2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica, e, em 2006, a importância da detecção precoce do CCU foi reafirmada no Pacto pela Saúde, por meio da inclusão de indicadores específicos na pactuação de metas com Estados e municípios.

O Ministério da Saúde, por meio da publicação “Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016”, recomenda o exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos ou nas sexualmente ativas, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. Mulheres na menopausa, hysterectomizadas, grávidas e virgens também podem fazer o exame, mesmo que não possuam vida sexual ativa (INCA, 2014; INCA, 2016). O rastreamento de mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas constitui uma situação especial, pois, em função da defesa imunológica reduzida e, conseqüentemente, da maior vulnerabilidade para as lesões precursoras do câncer do colo do útero, o exame deve ser realizado anualmente. Por outro lado, não devem ser incluídas no rastreamento mulheres submetidas a hysterectomia total por outras razões que não o câncer do colo do útero (INCA, 2014).

A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (INCA,2014). A periodicidade de três anos também tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (WHO, 2007). Em caso de resultado de lesão de baixo grau, a indicação é de repetição do exame em seis meses (INCA, 2017).

A priorização da faixa etária citada como população-alvo do Programa justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente. Segundo a OMS, a incidência do CCU aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Por outro lado, após os 60 anos, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido, dada a sua lenta evolução (INCA, 2014). De acordo com o Informativo - Detecção Precoce (INCA, 2013), para as mulheres de 65 anos ou mais, não há evidência de efetividade do rastreamento, cabendo avaliar caso a caso a oportunidade do exame, especialmente nas situações em que a mulher nunca foi rastreada ou teve rotina irregular de exame preventivo.

É importante destacar que a indicação de uma faixa etária não significa a impossibilidade da oferta do exame para as mulheres mais jovens ou mais velhas. Na prática assistencial, a anamnese bem realizada e a escuta atenta para reconhecimento dos fatores de risco envolvidos e do histórico assistencial da mulher são fundamentais para a indicação do exame de rastreamento (BRASIL, 2010).

### **3.4 Ações de Controle e Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde.**

A Atenção Primária à Saúde se caracteriza por desenvolver um conjunto de ações que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida pelo exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a

populações de territórios bem delimitados, considerando o dinamismo existente nesse território-processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Assistência essa que deve estar pautada com foco na própria comunidade, assistindo as necessidades de saúde, possibilitando atenção continuada e serviços preventivos (BRASIL, 2006).

A linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero engloba um conjunto de ações e serviços de saúde, determinados com base em critérios epidemiológicos e de regionalização capazes de atuar onde esse câncer possui maior relevância epidemiológica e social. Envolve intervenções na promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, abordando diferentes pontos de atenção à saúde que consigam bons resultados clínicos, a custos adequados e embasado em literatura científica disponível (BRASIL, 2014).

No Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de prevenção e controle do CCU são estruturadas nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS) e na incorporação organizada dos laboratórios de citopatologia, histopatologia e hospitais especializados (INCA, 2014).

Para a efetividade do programa de controle do câncer de colo uterino, é necessário garantir a organização do serviço prestado, equidade de acesso, envolvimento da população-alvo integralidade e qualidade dos serviços e ações da linha de cuidado, bem como o rastreamento, tratamento e o seguimento das pacientes. Atingir alta cobertura da população definida como alvo (25 a 64 anos) é o componente mais importante no âmbito da Atenção Primária à Saúde, para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por este tipo de câncer (BRASIL, 2013).

Entre estes serviços básicos de saúde destacam-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) que é uma tática do sistema de saúde brasileiro que tem como objetivo reorientar o modelo assistencial, e é considerada como o local mais oportuno para a realização de atividades educativas no controle do câncer do colo do útero, visto que é a porta de entrada das mulheres nos serviços de saúde.

Os profissionais que trabalham na ESF possuem uma área adscrita, o que possibilita o conhecimento da sua comunidade e a busca ativa dessas usuárias para a realização da citologia com técnica padronizada no intuito de obter diagnóstico precoce e tratamento apropriado dos casos com alterações (VALE et al., 2010). A alta cobertura do teste Papanicolaou é de extrema importância nos indivíduos mais susceptíveis, sendo esta a atividade da atenção primária mais importante para combater as crescentes incidências e taxas de mortalidade do câncer de colo de útero (ARBYN et al., 2010).

As ações educativas devem ocorrer sobremaneira na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. As abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, como grupos, atividades do Programa de Saúde na Escola, outras abordagens grupais da equipe, seja em momentos individuais de consulta. É de suma importância a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer (BRASIL, 2013).

As práticas preventivas devem ser incentivadas, e as mulheres com vida sexual ativa, orientadas para a realização deste exame e para a importância de se tornarem agentes multiplicadoras de informações pertinentes à temática, especialmente quanto aos cuidados para a realização do exame e retorno à ESF em busca do resultado, uma vez que a comunicação dos profissionais de saúde para a realização do exame preventivo sensibiliza as mulheres para a coleta do exame, sua importância e enfrentamento do resultado desconhecido.

Após o recebimento de um exame alterado, cabe a atenção básica (AB) realizar o acompanhamento dessa usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação do diagnóstico e realização do tratamento. Nesse processo, é de suma importância a avaliação da usuária, analisar a compreensão que a mesma tem sobre sua enfermidade e estimular a adesão ao tratamento. O sistema de informação deve permitir que a Atenção Primária tenha acesso a relatórios do tratamento, durante a sua realização, bem como à contrarreferência, quando a atenção especializada realizar a alta dessa usuária. Muitas vezes, mesmo após a alta, a usuária demanda de cuidados especiais, principalmente na periodicidade de acompanhamento (BRASIL, 2013).

A equipe de saúde deve estar preparada para suprir à assistência à saúde da mulher em suas várias etapas, desde a prevenção, detecção, ao acompanhamento do tratamento as mulheres acometidas pelo câncer do colo do útero, que provocam muitas vezes consequências físicas e emocionais as pacientes (CABRAL, 2016).

### **3.5 Fatores Associados à Cobertura, e não Realização do Papanicolaou.**

A cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados a não realização foram investigados na literatura, e os resultados obtidos compreendem o estado da arte de trabalhos que avaliam a temática em questão. A caracterização dos estudos pela síntese

do conhecimento produzido e publicado no período de 2006 a 2018 foram dispostos no quadro abaixo.

Quadro 1- Estudos publicados entre 2005 e 2013 que evidenciam a cobertura do exame citopatológico do colo do útero com foco na não realização, e nos fatores motivacionais par tal comportamento:

Artigo	Ano de publicação	Tipo de estudo	Local de publicação	Amostra	Resultados
NASCIMENTO ET AL.	2015	Ecológico de série temporal.	Minas Gerais	Mulheres de 25 a 59 anos, residentes no estado de Minas Gerais, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que realizaram o exame preventivo, no período entre 2000-2010.	Cobertura inferior à meta pactuada pelo Programa Viva Mulher (63,8%) e à estimada pelos critérios populacionais (66,4%). Em 2000, as macrorregiões que apresentaram maior cobertura em relação às duas metas foram: Triângulo do Norte, Triângulo do Sul e Centro. No ano de 2010, observaram-se mudanças em relação à posição ocupada melhorias na cobertura.
OLIVEIRA ET AL.	2016	Estudo transversal	São Luís, Maranhão	465 mulheres de 25 a 49 anos residentes no município de São Luís foram entrevistadas em 1998.	A cobertura foi de 82,4%, com a cobertura mínima necessária de 85%. Foram associados à não realização do Papanicolaou a: não ter companheiro, ter cinco a oito anos de escolaridade, não ter realizado consulta médica nos três últimos meses e morar em domicílio cujo chefe de família tem ocupação manual não especializada. Ter tido de dois a quatro parceiros sexuais nos três últimos meses foi associado a menor risco de não realização do preventivo.
ALBUQUERQUE ET AL.	2009	Estudo transversal, de base populacional	Pernambuco	Amostra da Pesquisa Mundial de Saúde: Atenção Básica obtida a partir de informações do Censo Demográfico realizado no ano de 2000. Foram analisadas informações sobre 258 mulheres, entre 18 e 69 anos.	A cobertura do Papanicolaou entre mulheres de 18-69 anos foi de 58,7%, e, de 25-59 anos, de 66,2%. Viver sem companheiro, não ter dado à luz, baixo grau de escolaridade, e não ter realizado consulta médica no último ano mostraram associação com a não-realização. A cobertura do Papanicolaou em Pernambuco foi satisfatória, porém insuficiente para impactar no perfil epidemiológico do câncer do colo uterino.
SANTOS ET AL.	2010	Estudo transversal.	Feira de Santana, Bahia.	Mulheres de 25 a 59 anos de idade atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana em 2010. A amostragem foi aleatória, por conglomerados, com 230 mulheres entrevistadas;	Elevada cobertura de realização do Papanicolaou; entretanto, mulheres com fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia cérvico-uterina, como pouca escolaridade e multiparidade, apresentaram cobertura abaixo do esperado.

AMORIM ET AL	2006	Estudo transversal de base populacional.	Município de Campinas, São Paulo.	Dados do Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), realizado entre 2001-2002, em quatro áreas do Estado de São Paulo. Amostra composta de mulheres com 40 anos ou mais, residentes em Campinas, que pertenciam ao domínio de 20 a 59 anos (n = 94) e ao domínio de 60 anos ou mais (n = 222). O motivo de recusa a entrevista em 26 casos, representou uma perda de 8,2%, totalizando 290 mulheres.	Os fatores associados a não ter exames de Papanicolaou foram: idade (40-59 anos), raça / etnia (raça negra ou mista) e escolaridade ( $\leq$ 4 anos). Os motivos foram citados por não exame de Papanicolaou: considerado desnecessário (43,5%), constrangimento (28,1%) e barreiras relacionadas aos serviços de saúde (13,7%). O Sistema Único de Saúde realizou 43,2% dos exames de Papanicolaou notificados.
CORREA ET AL	2012	Estudo transversal	41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil	Mulheres residentes nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí, que haviam tido filho nos últimos dois anos anteriores à realização da pesquisa e residiam na área de abrangência de UBS de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes.	A cobertura do teste foi de 75,3% e a prevalência de adequação foi de 70,7%. A adequação associou-se positivamente com a idade superior a 25 anos, escolaridade, pré-natal na última gestação e consulta ginecológica no último ano, sendo menos frequente entre as primíparas e aquelas com menor nível socioeconômico.
FERNANDES ET AL	2009	Estudo transversal baseado em inquérito domiciliar	Município de São José de Mipibu, Rio Grande do Norte	Foram entrevistadas 267 mulheres, a partir de inquerito domiciliar, com idade de 15 a 69 anos, residentes no município de São José do Mipibu, RN, em 2007.	Apesar de 46,1% das mulheres entrevistadas terem mostrado conhecimento adequado, proporções de adequação significativamente maiores, foram observadas em relação às atitudes e prática quanto ao exame: 63,3% e 64,4%, respectivamente. O maior grau de escolaridade apresentou associação com adequação dos conhecimentos, atitudes e prática, enquanto as principais barreiras para a realização do exame relatadas foram descuido, falta de solicitação do exame pelo médico e vergonha.
GASPERIN; BOING; KUPEK	2011	Estudo transversal de base populacional	Florianópolis, Santa Catarina	Estudo realizado com mulheres adultas (20 a 59 anos de idade), residentes, em 2009, na zona urbana de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina.	Entre 952 mulheres, 93% já haviam feito o exame de Papanicolaou, enquanto 14% haviam atrasado o teste. Desfechos foram associados ao estado civil, escolaridade, presença de doença crônica e consulta a um médico por outros motivos. Idade, renda e hospitalização no ano anterior foram associados apenas a um exame de Papanicolaou.
NETO; FIGUEIREDO; SIQUEIRA	2008	Estudo transversal	Montes Claros, Minas Gerais	45 mulheres cadastradas em três equipes da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros (MG), no período de setembro a dezembro de 2006.	Observou-se que 71,1% das pesquisadas têm mais de 50 anos, 28,9% são analfabetas e 73,3% tem renda mensal entre R\$300,00 a R\$600,00. O conhecimento sobre a finalidade do exame associou-se a cor não branca; conceito correto sobre a finalidade do exame; não ter companheiro, e trabalhar. O principal motivo para a não realização do exame (53,3%) foi o fato de não estarem doentes.

MULLER ET AL.	2008	Estudo transversal	São Leopoldo, Rio Grande do Sul.	867 mulheres de 20 a 60 anos de idade, na cidade de São Leopoldo.	Entre as 867 mulheres, 741 (85,5%) realizaram o exame de Papanicolaou nos três anos anteriores, 60 (6,9%) estavam atrasadas no teste e 66 (7,6 %) nunca realizou exame de Papanicolaou. A regressão de Poisson mostrou associação significativa com: renda, idade, cor da pele e estado civil.
NAVARRO ET AL	2015	Estudo transversal, utilizando inquérito domiciliar	Roraima	517 mulheres entre 25 e 59 anos de idade do município de Boa vista, RR, Brasil, com cobertura pelo programa de rastreamento do câncer do colo uterino. Foram analisadas 603 mulheres.	A prevalência de realização, nos últimos três anos, de 85,7% (IC95% 82,5;88,5). Renda familiar per capita elevada e consulta médica recente associaram-se à menor taxa de não realização do exame. O desconhecimento da doença, das causas e dos meios de prevenção correlacionou-se com a chance de não adesão ao rastreamento. 20% das mulheres relataram realização do exame em caráter oportunístico, e não rotineiro.
OLIVEIRA; JUNIOR.	2013	Estudo transversal de base populacional	Vitória da Conquista, Bahia.	Dados secundários referentes ao número de exames de Papanicolaou realizados pela população feminina com faixa etária entre 21 a 59 anos do município, no período compreendido entre janeiro 2002 a dezembro 2010.	Observou-se uma média de 24% da realização do exame durante o período, variando entre o menor valor, 16% no ano de 2009, ao maior valor de 37% no ano de 2002. As mulheres que mais se submeteram ao exame pertenciam à faixa etária de 40 a 49 anos, com uma média de 29% de realização durante os anos.
DO VALE ET AL.	2010	Estudo transversal	Município de Amparo, São Paulo	Mulheres usuárias do SUS de Amparo. Os sujeitos foram todas as mulheres que se submeteram ao exame citológico para rastreamento do câncer do colo do útero na ESF, de janeiro de 2001 a dezembro de 2007.	A taxa de exame anual permaneceu alta, com uma ligeira tendência para maiores intervalos entre os testes de acompanhamento. A distribuição de testes tendeu a aumentar na faixa etária de 40 a 59 anos e a diminuir na faixa etária acima de 60 anos, enquanto a cobertura anual tendeu a diminuir. As proporções de testes em excesso variaram de 61,2% a 65,5%.
OLIVEIRA ET AL.	2018	Estudo transversal de base populacional	São Paulo	Mulheres brasileiras entre 25 e 64 anos interrogadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).	79,4% das mulheres realizaram exame Papanicolaou nos últimos 3 anos no Brasil. Mulheres de 55 a 64 anos (71,0%) e sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (72,1%) apresentaram as menores prevalências; 88,4% receberam resultado do exame em até 3 meses.
AMORIM; BARROS.	2014	Transversal, de base populacional	São Paulo	Inquérito de Saúde de Campinas - mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos de idade.	Apesar das diferenças socioeconômicas entre as mulheres filiadas e as não filiadas a planos de saúde, não foram observadas diferenças na realização do Papanicolaou entre os dois grupos, bem como em outras variáveis socioeconômicas e de saúde. Somente a situação conjugal revelou-se associada à realização do exame. O SUS foi responsável pela cobertura de 55,7% dos exames realizados.

MAX ET AL	2018	Transversal, de base populacional	São Paulo	25.222 mulheres, entre 25 e 64 anos, que responderam o módulo sobre saúde da mulher da PNS, e relataram ter tido relação sexual na vida	79,4% das mulheres realizaram exame Papanicolaou nos últimos 3 anos no Brasil. Mulheres de 55 a 64 anos (71,0%) e sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (72,1%) apresentaram as menores prevalências; 88,4% receberam resultado do exame em até 3 meses. Não houve diferença ao comparar as estimativas do Sistema Vigitel com a PNS para o total das capitais e Distrito Federal. Na PNS, a prevalência foi de 83,8% e no Vigitel, de 82,9%; além disso, não houve diferenças por capitais, exceto para Recife, Boa Vista e João Pessoa.
JUNIOR ET AL	2018	Estudo exploratório, descritivo, transversal com abordagem quantitativa	Icó, Ceará.	10.795 exames preventivos registrados na base de dados SISCOLO, de mulheres entre 25 e 64 anos, no período de 2011 a 2014.	Baixa cobertura do exame Papanicolaou para a faixa etária preconizada de 25 a 64 anos. Alta proporção de exames realizados fora da periodicidade recomendada. Também apresentou baixo percentual de seguimento dos casos identificados com lesão intraepitelial de alto grau.
SILVA ET AL	2015	Estudo transversal descritivo retrospectivo.	Londrina, Paraná	169 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, cobertas por uma unidade básica de saúde da zona leste de Londrina, que não realizaram o exame Papanicolaou no ano de 2013.	Das 169 mulheres, 67% estavam em idade reprodutiva e 73,9% cursaram o ensino fundamental. O não comparecimento para o exame foi devido, principalmente, às crenças e atitudes (36,1%) e à organização do serviço (25,4%). Os sentimentos referidos pelas mulheres durante o Papanicolaou foram vergonha (55,6%), desconforto (32,5%) e dor (20,7%).
ANDRADE ET AL	2014	Estudo epidemiológico de corte transversal	Feira de Santana, Bahia.	Mulheres residentes na zona urbana do município, em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família, pertencentes à faixa etária de 25 a 59 anos de idade, que haviam iniciado atividade sexual, sem histerectomia (total ou parcial), e que aceitaram participar da pesquisa. 453 famílias foram selecionadas.	12,6% das mulheres entrevistadas não realizaram o Papanicolaou nos últimos três anos ou nunca fizeram o exame; a não adesão ao Papanicolaou foi significativamente superior entre mulheres que nunca frequentaram escola, com quatro ou mais filhos, história de quatro ou mais partos, que não usavam método contraceptivo e tinham conhecimento inadequado sobre o exame.
TIENSOLI; FELISBINO-MENDES; VELASQUEZ-MELENDZ.	2018	Estudo transversal, de base populacional	São Paulo	22.580 mulheres na faixa etária alvo para o rastreamento do câncer de colo do útero, triadas pelo Vigitel (Sistema de Vigilância para Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Pesquisa por Telefone).	Cerca de 17,1% das mulheres não realizaram o exame de Papanicolaou nos três anos anteriores. As mulheres nas faixas etárias de 35-44, 45-54 e 55-64 anos mostraram maior prevalência de realização do teste em comparação aos de 25 a 34 anos. Os seguintes fatores foram associados a não realização: mulheres com menos de 12 anos de estudo; que declararam não ter companheiro; desnutridas; e que autoavaliaram suas saúde como negativa.

Baseado na pesquisa à literatura e análise dos artigos selecionados, foi possível observar o aumento da produção científica nacional ao longo dos anos, devido a sua grande relevância como ferramenta para a vigilância e prevenção do câncer de colo de útero no país.

Os estudos analisados concentram-se nas grandes cidades das regiões Sul, Sudeste, Norte, e Nordeste do país, com um maior quantitativo na região Sudeste. Foi observada favorável padronização metodológica em relação à amostragem e perfil das mulheres à serem investigadas nos artigos analisados, o que facilita a comparação entre si, considerando que divergências na metodologia podem contribuir para a variabilidade nas coberturas encontradas. A padronização nas amostras estudadas pode ser justificada pelo estabelecimento de uma população-alvo para o rastreamento do câncer de colo de útero compreendido nas diretrizes atuais. Em relação ao tipo de estudo, os de corte transversais tiveram grande destaque. Foram selecionadas pesquisas de campo, e de bases secundárias (populacional). Os resultados mostram que a cobertura do exame Papanicolaou ainda se mostra inferior à meta pactuada pelo Ministério da Saúde, entretanto observa-se tendência de aumento temporal no percentual de mulheres que foram submetidas a pelo menos um exame de Papanicolaou na vida. Os motivos mais prevalentes na não realização do exame por parte das mulheres analisadas foram: Viver sem companheiro; Baixo grau de escolaridade; Barreiras no acesso aos serviços de saúde; e Sentimento de vergonha.

## **CAPÍTULO 4**

### **MATERIAIS E MÉTODO**

Este é um estudo observacional do tipo transversal que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. A PNS faz parte do sistema de pesquisas domiciliares do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e contou com a sua infraestrutura amostral (Damacena et al., 2015). Esta consistiu em uma amostra probabilística complexa com três estágios de seleção, sendo que no último estágio foi realizada seleção de um morador com 18 anos ou mais de idade por amostragem aleatória simples, da lista de habitantes do domicílio no ato da entrevista, para responder a um questionário específico. Maiores detalhes metodológicos encontram-se na publicação de referência (Szwarcwald et al., 2014).

#### **4.1 Amostra de estudo**

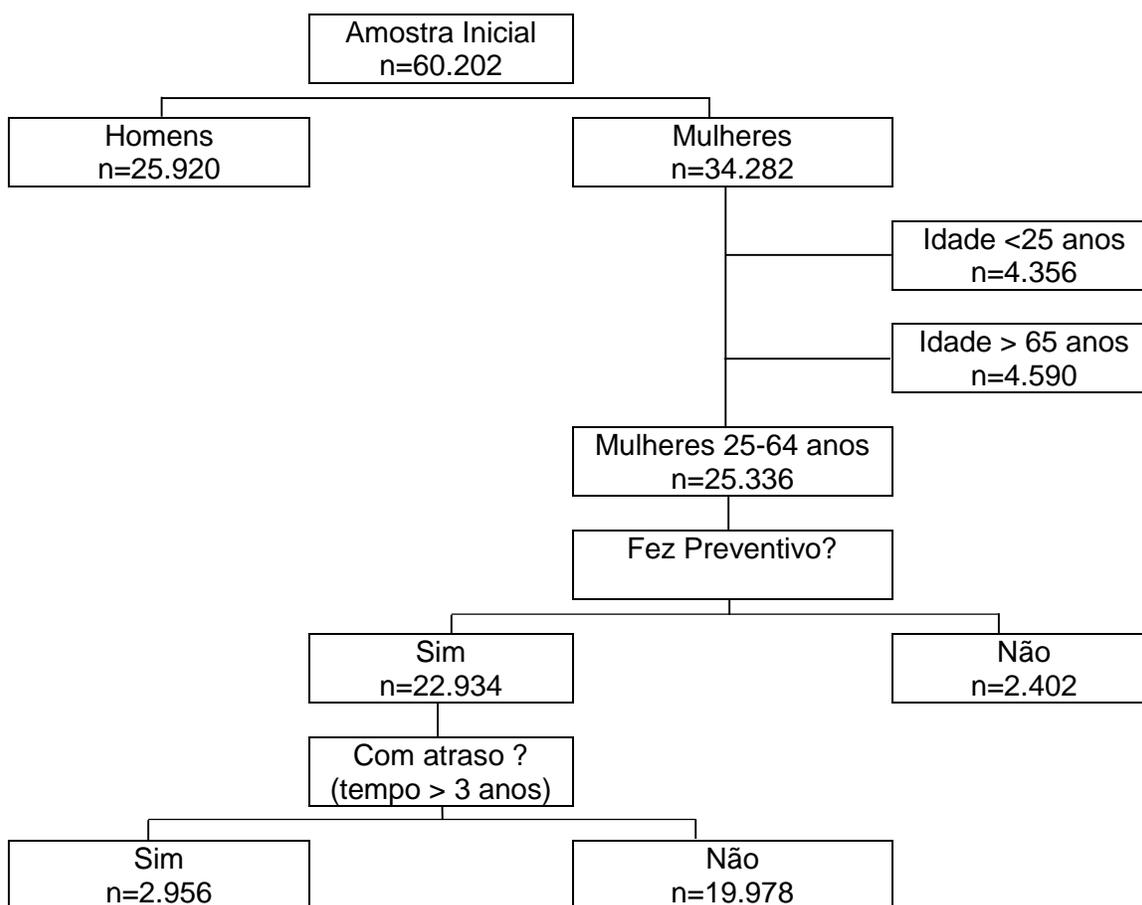
Foram computados neste estudo as mulheres entre 25 e 64 anos, em razão de esta ser a faixa etária com recomendação para inclusão no rastreamento oportunístico para câncer de colo do útero (Brasil, 2016). A amostra inicial da pesquisa contava com 60.202 pessoas, das quais 34.282 foram mulheres. Excluindo aquelas com idade fora da faixa de recomendação do exame, havia 25.336 mulheres elegíveis para a análise. Destas, 2.402 (9,5%) referiram nunca ter realizado o exame preventivo para colo do útero. A descrição do fluxo da amostra se encontra na figura 1.

#### **4.2 Critérios de exclusão**

As motivações de não realização possuíam 14 opções: 1) Nunca teve relações sexuais; 2) Não acha necessário; 3) Tem vergonha; 4) Nunca foi orientada para fazer o exame; 5) Não sabe quem procurar ou aonde ir; 6) Tem dificuldades financeiras; 7) Tem dificuldades de transporte; 8) Teve dificuldades para marcar consulta; 9) O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande; 10) O serviço de saúde é muito distante; 11) O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas; 12) Está marcado, mas ainda não realizou; 13) Meu plano de saúde não cobre

o procedimento; 14) Outros motivos. Três motivos citados foram excluídos da análise: o motivo 1, por ser critério de exclusão para a realização do Papanicolaou; o motivo 13 por não ter apresentado nenhum entrevistado que o tivesse escolhido; o motivo 14 por não especificar uma razão. Desta forma, foram desenvolvidos 11 diferentes perfis, com um total de 2.135 mulheres.

**Figura 1:** Fluxograma de seleção de participante do estudo na amostra da Pesquisa Nacional de Saúde (n=60.202)



### 4.3 Variáveis do estudo

Foram consideradas para o estudo as variáveis: idade, dividida em quatro categorias (25 a 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 54 anos, 55 a 64 anos), raça (branca, preta e parda), escolaridade, dividida em 4 categorias (analfabetos e ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo e médio incompleto, ensino médio completo e superior

incompleto, ensino superior completo), estado civil (casados, separados, viúvos, solteiros), situação de domicílio (urbano e rural), cadastro na ESF (sim, não e não sabe), se possui plano de saúde, autopercepção de saúde, dividida em 5 categorias (muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim), e se possui rede de suporte familiar, rede de suporte de amigos.

#### **4.4 Análise estatística**

Inicialmente, foram calculadas as prevalências dos indicadores do comportamento de não realização do Papanicolaou de acordo com a situação do exame (com ou sem atraso e nunca realização). Em seguida, a partir da situação de nunca ter realizado o exame, foram medidas as frequências das motivações de não realização dentro dos 11 perfis discriminados anteriormente. Para isto, a variável com as motivações foi desagregada em 11 diferentes variáveis do tipo *dummy*, que descreviam um desfecho binário (por exemplo, nunca teve relações sexuais sim ou não). Para analisar a relação entre cada desfecho e variáveis, foi realizada inicialmente análise bivariada, e o nível de significância da associação foi testado pelo teste de qui-quadrado de Pearson e, quando o número de participantes em determinada característica foi menor que 5, utilizou-se o teste exato de Fisher.

Finalmente, considerando cada motivação como desfecho, foi realizada regressão logística binária considerando como variáveis explicativas aqueles indicadores de comportamento que apresentaram associação significativa na análise bivariada. Foram então calculadas as razões de chance brutas e ajustadas em cada modelo. Foi adotado o nível de significância estatística de 95%. Para avaliar o ajuste do modelo alternativo testado, estabeleceu-se a análise das estatísticas de máxima verossimilhança, comparando-se o modelo nulo e o modelo alternativo (que incluía as variáveis independentes uma a uma pelo método Stepwise Forward). Por fim, foi avaliada a qualidade de ajuste dos modelos.

Ressalta-se que, por se tratar de dados públicos e sem qualquer identificação dos sujeitos entrevistados, dispensa-se a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

## **CAPÍTULO 5**

### **RESULTADOS**

A observação do perfil de não realização do exame preventivo de colo do útero (tabela 1) aponta, primeiramente, que a ocorrência da nunca realização é menor que a de atraso, reforçando a ideia de que, mesmo já tendo realizado alguma vez o exame preventivo, isto não é garantia de regularidade na sua realização ao longo da vida. Cabe destacar que o atraso não é objeto da presente análise, e para um a descrição mais cuidadosa é necessário detalhar mais o tempo de atraso, de forma a caracterizar o abandono propriamente ou um atraso pontual. No entanto, destacamos aqui esta diferença para reforçar a ideia de que a nunca realização possui um grupo de mulheres bem caracterizado, com perfil diferenciado. Na amostra do estudo, este perfil pode ser definido como de mulheres mais jovens, pretas e pardas, com baixa escolaridade, solteiras, que vivem em domicílio rural, que não sabem se são ou não cadastradas na Estratégia Saúde da Família, que não possuem plano de saúde, com uma percepção de saúde ruim ou muito ruim, e sem rede de suporte familiar ou social.

A respeito das principais motivações para a não realização (Tabela 2), destaca-se que, em torno de 4,7% das mulheres referem nunca terem coletado por nunca terem tido relações sexuais, o que vai ao encontro das diretrizes de rastreamento. Há consenso de que mulheres que nunca tiveram relação sexual não correm risco de câncer do colo do útero, por não terem sido expostas ao fator de risco necessário para essa doença: a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV. Além disso, a principal motivação referida foi o fato de as mulheres não acharem necessário (42,3%), ou nunca foram orientadas ao exame (22,9%). Desta forma, reunindo apenas estas duas razões, tem-se 65,2%, sugerindo alguma relação com a necessidade de orientação da população sobre o exame. A falta de conhecimento sobre o exame parece ser central para a não realização.

Para a realização das modelagens, a opção “outros” não foi incluída, por não sistematizar uma resposta objetiva de desfecho a ser modelada. A razão relativa à não prática de relações sexuais foi excluída das modelagens, por não se tratar de objeto de interesse para intervenção em saúde pública (por estar de acordo com as Diretrizes). Vale lembrar que as opções disponíveis incluíam, ainda, “meu plano de saúde não cobre o

exame”, que não obteve nenhuma resposta. Desta forma, foram realizadas 11 modelagens estatísticas distintas, uma para cada motivação. Para isto, cada opção foi transformada em uma variável dicotômica, respondendo se aquela foi a motivação ou não para a não realização. A tabela 3 apresenta a análise bivariada para os indicadores de comportamento mencionados anteriormente e as motivações encontradas.

É importante observar que, a depender da motivação, as variáveis que apresentam diferença estatisticamente significativa mudam, o que retifica a hipótese de que as motivações se encontram em diferentes perfis de mulheres e, portanto, sugerem que as intervenções devem ser realizadas com distintas abordagens. Para todas as razões de nunca realização analisadas, apenas “O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas” não apresentou associação com nenhuma das variáveis explicativas, razão porque não foi realizada modelagem para este desfecho. Importante ainda mencionar que em nenhum modelo o cadastro na Estratégia Saúde da Família mostrou diferença estatisticamente significativa, apontando para a evidência de que o fato de não estar cadastrado, a princípio, não foi um obstáculo para a nunca realização.

Para os demais desfechos, num total de 10, foi realizada a regressão logística, cujo resultado é apresentado na tabela 4. Nas associações estabelecidas, é interessante observar que, em todos os modelos em que houve associação com variáveis ordinais, houve tendência na associação, mesmo naquelas em que não foi verificada associação estatisticamente significativa. Além disso, é importante notar que foram observadas situações de associação invertida, notadamente no modelo relacionado a uma não realização pelo longo tempo de espera. Para o ambiente rural, o maior tempo de espera mostrou efeito de proteção, sugerindo que mulheres no meio urbano, quando se deparam com maior tempo de espera, optam por não realizar o exame. A hipótese para este achado está no fato da maior disponibilidade de serviço no ambiente urbano, de forma que, no ambiente rural, uma vez conseguido o agendamento, as mulheres se disponibilizam a realizar o exame, pois não tem certeza de quando terão oportunidade novamente. Este modelo encontrou associação oposta ao modelo relativo à distância, que no ambiente rural parece ter um efeito direto pela não realização, bem como o modelo relativo à dificuldade com transporte, igualmente crítico no ambiente urbano. Por fim, sugere-se que estes modelos se referem ao acesso geográfico e institucional.

Nos modelos em que parece haver uma relação direta com a necessidade de informação e/ou orientação, (como, por exemplo, considerar desnecessário realizar o exame, não ter sido orientada quanto ao exame e não saber onde ir para realizar o exame), as variáveis relativas à idade, estado civil, meio onde residem, ter ou não plano de saúde, e autopercepção de saúde, obtiveram desempenho como variáveis explicativas.

Para o modelo que descreve um aspecto cultural do exame (a vergonha em sua realização), há notadamente um efeito da ausência de rede de apoio social, seja familiar ou de amigos, e também relação com a baixa escolaridade. Já a motivação “*Não sabe quem procurar ou onde ir*” mostrou associação com mulheres mais velhas, separadas e solteiras.

Finalmente, o último modelo se refere à resposta de ter agendado, mas não ter ido à consulta ainda, há um efeito protetor para quem não possui planos de saúde, e para a raça preta e parda. Esta associação parece estar igualmente relacionada à oportunidade: quando se tem plano de saúde, o reagendamento é mais simples, sugerindo que esta pode ser uma motivação à não realização. De forma similar, assumindo que raça é uma proxy de status social, especula-se que o efeito protetor se dê no sentido de mulheres menos favorecidas aderem melhor às oportunidades de acesso quando lhes são proporcionadas.

**Tabela 1:** Prevalência de realização do Papanicolaou segundo indicadores de adesão ao exame preventivo. PNS, 2013 (n=25.336).

Indicadores de Adesão		Realização do Preventivo					
		Há menos de 3 anos		3 anos ou mais atrás		Nunca Fez	
		Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%
Faixa Etária	25-34	79,6%	79,0-80,1%	7,7%	6,8-8,7%	12,7%	11,4-14,0%
	35-44	82,6%	82,0-83,1%	9,7%	8,7-10,8%	7,7%	6,6-8,8%
	45-54	79,9%	79,3-80,4%	13,2%	12,0-14,4%	6,9%	5,9-7,9%
	55-64	70,1%	69,5-70,7%	20,1%	18,6-21,5%	9,8%	8,6-11,0%
	Total	78,9%	78,3-79,5%	11,6%	10,5-12,8%	9,5%	8,3-10,6%
Raça	Branca	81,9%	81,3-82,4%	10,8%	9,7-11,9%	7,4%	6,3-8,4%
	Preta	76,5%	75,9-77,1%	12,5%	11,3-13,7%	11,0%	9,7-12,2%
	Parda	77,0%	76,4-77,6%	12,2%	11,0-13,3%	10,9%	9,6-12,1%
	Total	78,9%	78,3-79,5%	11,6%	10,5-12,8%	9,5%	8,3-10,6%
Escolaridade	Analfabeto e Fundamental Incompleto	72,9%	72,3-73,5%	14,3%	13,1-15,6%	12,7%	11,4-14,1%
	Fundamental Completo e Médio Incompleto	77,0%	76,4-77,6%	14,2%	13,0-15,5%	8,8%	7,6-9,9%
	Médio Completo e Superior Incompleto	83,2%	82,7-83,7%	9,0%	7,9-10,0%	7,8%	6,7-8,9%
	Superior Completo	88,4%	87,9-88,8%	7,1%	6,2-8,0%	4,6%	3,7-5,4%
	Total	78,9%	78,3-79,5%	11,6%	10,5-12,8%	9,5%	8,3-10,6%
Estado Civil	Casado(a)	83,2%	82,7-83,7%	10,4%	9,3-11,5%	6,4%	5,4-7,4%
	Separado(a)	79,4%	78,9-80,0%	13,9%	12,7-15,2%	6,6%	5,7-7,6%
	Viúvo(a)	71,6%	71,0-72,3%	19,6%	18,2-21,1%	8,7%	7,6-9,9%
	Solteiro(a)	75,4%	74,8-76,0%	11,3%	10,1-12,4%	13,4%	12,0-14,7%
	Total	78,9%	78,3-79,5%	11,6%	10,5-12,8%	9,5%	8,3-10,6%
Situação do Domicílio	Urbano	80,0%	79,5-80,6%	11,6%	10,4-12,7%	8,4%	7,3-9,5%
	Rural	72,8%	72,2-73,4%	12,1%	10,9-13,2%	15,1%	13,7-16,6%
	Total	78,9%	78,3-79,5%	11,6%	10,5-12,8%	9,5%	8,3-10,6%
Cadastro na ESF	Sim	78,8%	78,3-79,4%	11,8%	10,6-12,9%	9,4%	8,2-10,6%
	Não	79,5%	79,0-80,1%	11,3%	10,2-12,5%	9,1%	8,0-10,3%
	Não sei	77,0%	76,4-77,6%	12,0%	10,9-13,2%	11,0%	9,7-12,2%
	Total	78,9%	78,3-79,5%	11,6%	10,5-12,8%	9,5%	8,3-10,6%
Possui plano de saúde	Sim	89,7%	89,3-90,2%	6,3%	5,4-7,2%	4,0%	3,2-4,7%
	Não	74,6%	74,0-75,2%	13,7%	12,5-15,0%	11,6%	10,3-12,9%
	Total	78,9%	78,3-79,5%	11,6%	10,5-12,8%	9,5%	8,3-10,6%
Autopercepção de	Muito boa	85,1%	84,6-85,6%	7,6%	6,7-8,6%	7,2%	6,2-8,3%

saúde	Boa	80,2%	79,6-80,7%	10,1%	9,0-11,1%	9,8%	8,6-11,0%
	Regular	76,6%	76,0-77,2%	14,2%	12,9-15,4%	9,2%	8,1-10,4%
	Ruim	67,9%	67,3-68,6%	19,7%	18,3-21,1%	12,4%	11,0-13,7%
	Muito ruim	70,0%	69,4-70,7%	19,6%	18,2-21,0%	10,4%	9,2-11,6%
	Total	78,9%	78,3-79,5%	11,6%	10,5-12,8%	9,5%	8,3-10,6%
Rede de suporte familiar	Não	72,5%	71,9-73,1%	14,3%	13,1-15,6%	13,2%	11,8-14,5%
	Sim	79,7%	79,2-80,3%	11,3%	10,2-12,4%	9,0%	7,8-10,1%
	Total	78,9%	78,3-79,5%	11,6%	10,5-12,8%	9,5%	8,3-10,6%
Rede de Suporte Social	Não	75,5%	74,9-76,1%	13,2%	12,0-14,4%	11,3%	10,1-12,6%
	Sim	80,8%	80,3-81,4%	10,8%	9,7-11,9%	8,4%	7,3-9,5%
	Total	78,9%	78,3-79,5%	11,6%	10,5-12,8%	9,5%	8,3-10,6%

**Tabela 2:** Motivações para a nunca realização do Papanicolaou. PNS, 2013 (n=2.402)

Motivação	Frequência	
	n	%
Nunca teve relações sexuais	114	4,7
Não acha necessário	1015	42,3
Tem vergonha	248	10,3
Nunca foi orientada para fazer o exame	549	22,9
Não sabe quem procurar ou aonde ir	29	1,2
Tem dificuldades financeiras	39	1,6
Tem dificuldades de transporte	24	1,0
Teve dificuldades para marcar consulta	103	4,3
O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande	59	2,5
O serviço de saúde é muito distante	26	1,1
O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas	21	0,9
Está marcado, mas ainda não realizou	22	0,9
Meu plano de saúde não cobre o procedimento	0	0,0
Outro	153	6,4
<b>Total</b>	<b>2402</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 3:** Estatísticas bivariadas de relação entre indicadores de comportamento e motivações para não realização do exame preventivo de colo do útero. PNS, 2013 (n=2.135)

Indicador	Categorias	Modelo 1- Não acha necessário.				Modelo 2- Tem vergonha.				Modelo 3- Nunca foi orientada à fazer.			
		Não	Sim	Total	p valor	Não	Sim	Total	p valor	Não	Sim	Total	p valor
Faixa Etária	25-34	44,4	40,1	42,6	0,001	42,5	43,1	42,6	0,988	41,1	47,7	42,6	<0,001
	35-44	24,6	21,6	23,3		23,4	23,0	23,3		22,8	25,1	23,3	
	45-54	15,5	16,9	16,1		16,1	16,5	16,1		17,6	11,1	16,1	
	55-64	15,5	21,4	18,0		18,1	17,3	18,0		18,6	16,0	18,0	
Raça	Branca	30,4	32,0	31,1	0,552	31,3	29,8	31,1	0,864	32,3	27,1	31,1	0,021
	Preta	10,2	10,9	10,5		10,4	11,2	10,5		10,8	9,4	10,5	
	Parda	59,3	57,1	58,4		58,3	59,1	58,4		56,8	63,5	58,4	
Escolaridade	Analfabeto e Fundamental Incompleto	56,1	52,8	54,7	0,109	54,1	60,1	54,7	0,008	54,8	54,3	54,7	0,840
	Fundamental Completo e Médio Incompleto	13,6	14,1	13,8		13,7	14,9	13,8		13,9	13,5	13,8	
	Médio Completo e Superior Incompleto	24,2	24,6	24,4		24,6	23,0	24,4		24,0	25,7	24,4	
	Superior Completo	6,1	8,5	7,1		7,7	2,0	7,1		7,2	6,6	7,1	
Situação do Domicílio	Urbano	72,7	76,3	74,2	0,029	74,7	70,2	74,2	0,126	74,7	72,5	74,2	0,292
	Rural	27,3	23,7	25,8		25,3	29,8	25,8		25,3	27,5	25,8	
Estado Civil	Casado(a)	28,7	28,8	28,7	0,002	28,8	28,2	28,7	0,980	28,5	29,3	28,7	0,601
	Separado(a)	6,1	8,3	7,0		7,0	6,9	7,0		7,1	6,7	7,0	
	Viúvo(a)	4,3	7,1	5,5		5,4	6,0	5,5		5,8	4,4	5,5	
	Solteiro(a)	60,9	55,9	58,8		58,8	58,9	58,8		58,6	59,6	58,8	
Cadastro na ESF	Sim	55,0	54,1	54,6	0,497	54,2	58,5	54,6	0,346	55,3	52,3	54,6	0,433
	Não	31,4	33,4	32,2		32,7	28,2	32,2		31,6	34,2	32,2	
	Não sei	13,6	12,5	13,2		13,1	13,3	13,2		13,1	13,5	13,2	
Possui plano de saúde	Sim	10,6	13,1	11,7	0,034	12,5	4,0	11,7	<0,001	11,1	13,7	11,7	0,096
	Não	89,4	86,9	88,3		87,5	96,0	88,3		88,9	86,3	88,3	
Rede de suporte familiar	Não	16,6	17,1	16,8	0,740	16,2	21,8	16,8	0,031	17,5	14,4	16,8	0,091
	Sim	83,4	82,9	83,2		83,8	78,2	83,2		82,5	85,6	83,2	
Rede de Suporte Social	Não	45,1	41,8	43,7	0,105	42,8	52,0	43,7	0,006	44,6	40,8	43,7	0,129
	Sim	54,9	58,2	56,3		57,2	48,0	56,3		55,4	59,2	56,3	
Autopercepção de saúde	Muito boa	8,1	9,4	8,7	0,045	9,0	6,0	8,7	0,065	8,1	10,6	8,7	0,019
	Boa	51,4	56,3	53,5		53,9	49,6	53,5		52,8	55,7	53,5	
	Regular	30,9	27,0	29,3		28,7	34,3	29,3		30,2	26,2	29,3	
	Ruim	7,9	6,1	7,2		7,1	7,3	7,2		7,2	7,1	7,2	

Muito ruim	1,6	1,3	1,5	1,3	2,8	1,5	1,8	0,4	1,5
------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

(continuação)

Indicador	Categorias	Modelo 4- Não sabe quem procurar ou onde ir.				Modelo 5- Tem dificuldades financeiras.				Modelo 6- Tem dificuldades de transporte.			
		Não	Sim	Total	p valor	Não	Sim	Total	p valor	Não	Sim	Total	p valor
Faixa Etária	25-34	42,8	24,1	42,6	0,009	42,6	41,0	42,6	0,068	42,6	41,7	42,6	0,479
	35-44	23,4	17,2	23,3		23,4	17,9	23,3		23,3	25,0	23,3	
	45-54	15,8	37,9	16,1		15,9	30,8	16,1		16,0	25,0	16,1	
	55-64	18,0	20,7	18,0		18,1	10,3	18,0		18,1	8,3	18,0	
Raça	Branca	31,3	14,3	31,1	0,141	31,1	31,6	31,1	0,867	31,1	30,4	31,1	0,229
	Preta	10,5	10,7	10,5		10,6	7,9	10,5		10,6	0,0	10,5	
	Parda	58,2	75,0	58,4		58,3	60,5	58,4		58,3	69,6	58,4	
Escolaridade	Analfabeto e Fundamental Incompleto	54,5	69,0	54,7	0,393	54,7	56,4	54,7	0,372	54,5	75,0	54,7	0,173
	Fundamental Completo e Médio Incompleto	13,8	13,8	13,8		13,8	15,4	13,8		13,8	12,5	13,8	
	Médio Completo e Superior Incompleto	24,5	13,8	24,4		24,3	28,2	24,4		24,5	12,5	24,4	
	Superior Completo	7,1	3,4	7,1		7,2	0,0	7,1		7,1	0,0	7,1	
Situação do Domicílio	Urbano	74,4	62,1	74,2	0,138	74,7	48,7	74,2	0,001	74,7	25,0	74,2	<0,001
	Rural	25,6	37,9	25,8		25,3	51,3	25,8		25,3	75,0	25,8	
Estado Civil	Casado(a)	28,4	51,7	28,7	0,017	28,5	41,0	28,7	0,138	28,6	37,5	28,7	0,779
	Separado(a)	7,0	3,4	7,0		7,1	0,0	7,0		7,0	4,2	7,0	
	Viúvo(a)	5,4	10,3	5,5		5,5	2,6	5,5		5,5	4,2	5,5	
	Solteiro(a)	59,1	34,5	58,8		58,8	56,4	58,8		58,8	54,2	58,8	
Cadastro na ESF	Sim	54,7	44,8	54,6	0,401	54,8	46,2	54,6	0,563	54,5	62,5	54,6	0,679
	Não	32,2	34,5	32,2		32,1	38,5	32,2		32,3	29,2	32,2	
	Não sei	13,1	20,7	13,2		13,1	15,4	13,2		13,2	8,3	13,2	
Possui plano de saúde	Sim	11,7	6,9	11,7	0,569	11,8	2,6	11,7	0,048	11,8	0,0	11,7	0,102
	Não	88,3	93,1	88,3		88,2	97,4	88,3		88,2	100,0	88,3	
Rede de suporte familiar	Não	13,3	0,0	13,2	0,705	13,3	0,0	13,2	0,146	13,2	13,2		nh
	Sim	12,2	0,0	12,1		12,2	0,0	12,1		12,1	12,1		
Rede de Suporte Social	Não	15,8	0,0	15,7		15,4	100,0	15,7		15,7	15,7		
	Sim	58,6	100,0	58,9		59,1	0,0	58,9		58,9	58,9		
Autopercepção de saúde	Muito boa	14,7	0,0	14,6	0,302	14,7	0,0	14,6	0,961	14,6	14,6		nh
	Boa	50,0	0,0	49,6		49,5	100,0	49,6		49,6	49,6		

Regular	24,5	100,0	25,0	25,1	0,0	25,0	25,0	25,0
Ruim	4,0	0,0	3,9	3,9	0,0	3,9	3,9	3,9
Muito ruim	1,8	0,0	1,8	1,8	0,0	1,8	1,8	1,8

**(continuação)**

Indicador	Categorias	Modelo 7- Teve dificuldades para marcar consulta.				Modelo 8- O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande.				Modelo 9- O serviço de saúde é muito distante.			
		Não	Sim	Total	p valor	Não	Sim	Total	p valor	Não	Sim	Total	p valor
Faixa Etária	25-34	42,6	42,7	42,6	0,076	42,6	42,4	42,6	0,105	42,6	46,2	42,6	0,705
	35-44	22,9	32,0	23,3		23,6	11,9	23,3		23,3	26,9	23,3	
	45-54	16,2	14,6	16,1		15,9	23,7	16,1		16,2	7,7	16,1	
	55-64	18,3	10,7	18,0		17,9	22,0	18,0		18,0	19,2	18,0	
Raça	Branca	30,8	37,8	31,1	0,347	31,1	33,3	31,1	0,675	31,1	32,0	31,1	0,636
	Preta	10,6	9,2	10,5		10,6	7,0	10,5		10,5	16,0	10,5	
	Parda	58,6	53,1	58,4		58,3	59,6	58,4		58,4	52,0	58,4	
Escolaridade	Analfabeto e Fundamental Incompleto	54,7	55,3	54,7	0,870	54,8	52,5	54,7	0,457	54,5	73,1	54,7	0,274
	Fundamental Completo e Médio Incompleto	13,7	15,5	13,8		14,0	8,5	13,8		13,8	11,5	13,8	
	Médio Completo e Superior Incompleto	24,5	21,4	24,4		24,3	28,8	24,4		24,5	11,5	24,4	
	Superior Completo	7,0	7,8	7,1		7,0	10,2	7,1		7,1	3,8	7,1	
Situação do Domicílio	Urbano	73,9	80,6	74,2	0,166	73,9	86,4	74,2	0,034	74,6	38,5	74,2	<0,001
	Rural	26,1	19,4	25,8		26,1	13,6	25,8		25,4	61,5	25,8	
Estado Civil	Casado(a)	28,4	36,9	28,7	0,042	28,6	33,9	28,7	0,252	28,7	30,8	28,7	0,237
	Separado(a)	7,3	1,0	7,0		7,0	8,5	7,0		6,9	15,4	7,0	
	Viúvo(a)	5,5	4,9	5,5		5,6	0,0	5,5		5,6	0,0	5,5	
	Solteiro(a)	58,9	57,3	58,8		58,8	57,6	58,8		58,8	53,8	58,8	
Cadastro na ESF	Sim	54,7	52,4	54,6	0,832	54,8	45,8	54,6	0,106	54,8	42,3	54,6	0,254
	Não	32,1	35,0	32,2		32,2	32,2	32,2		32,2	34,6	32,2	
	Não sei	13,2	12,6	13,2		12,9	22,0	13,2		13,0	23,1	13,2	
Possui plano de saúde	Sim	11,8	7,8	11,7	0,271	11,6	15,3	11,7	0,408	11,7	7,7	11,7	0,761
	Não	88,2	92,2	88,3		88,4	84,7	88,3		88,3	92,3	88,3	
Rede de suporte familiar	Não	12,9	25,0	13,2	0,536	12,9	22,2	13,2	0,868	13,3	0,0	13,2	0,705
	Sim	12,1	12,5	12,1		12,2	11,1	12,1		12,2	0,0	12,1	
Rede de Suporte Social	Não	16,2	0,0	15,7		15,9	11,1	15,7		15,8	0,0	15,7	
	Sim	58,8	62,5	58,9		59,0	55,6	58,9		58,6	100,0	58,9	

Autopercepção de saúde	Muito boa	15,1	0,0	14,6	0,142	15,1	0,0	14,6	0,586	14,7	0,0	14,6	<0,001
	Boa	49,6	50,0	49,6		49,8	44,4	49,6		49,6	50,0	49,6	
	Regular	25,0	25,0	25,0		24,7	33,3	25,0		25,2	0,0	25,0	
	Ruim	4,0	0,0	3,9		3,7	11,1	3,9		4,0	0,0	3,9	
	Muito ruim	1,8	0,0	1,8		1,8	0,0	1,8		1,4	50,0	1,8	

**(continuação)**

Indicador	Categorias	Modelo 10- O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas				Modelo 11- Está marcado, mas ainda não realizou.			
		Não	Sim	Total	p valor	Não	Sim	Total	p valor
Faixa Etária	25-34	42,5	57,1	42,6	0,096	42,6	40,9	42,6	0,928
	35-44	23,2	33,3	23,3		23,3	27,3	23,3	
	45-54	16,2	9,5	16,1		16,1	18,2	16,1	
	55-64	18,1	0,0	18,0		18,0	13,6	18,0	
Raça	Branca	31,1	35,0	31,1	0,708	31,2	22,7	31,1	0,035
	Preta	10,6	5,0	10,5		10,4	27,3	10,5	
	Parda	58,4	60,0	58,4		58,5	50,0	58,4	
Escolaridade	Analfabeto e Fundamental Incompleto	54,8	47,6	54,7	0,535	54,8	45,5	54,7	0,544
	Fundamental Completo e Médio Incompleto	13,9	9,5	13,8		13,9	9,1	13,8	
	Médio Completo e Superior Incompleto	24,4	28,6	24,4		24,3	36,4	24,4	
	Superior Completo	7,0	14,3	7,1		7,1	9,1	7,1	
Situação do Domicílio	Urbano	74,1	85,7	74,2	0,318	74,1	86,4	74,2	0,229
	Rural	25,9	14,3	25,8		25,9	13,6	25,8	
Estado Civil	Casado(a)	28,8	19,0	28,7	0,770	28,7	31,8	28,7	0,836
	Separado(a)	7,0	9,5	7,0		7,0	4,5	7,0	
	Viúvo(a)	5,5	4,8	5,5		5,5	9,1	5,5	
	Solteiro(a)	58,7	66,7	58,8		58,8	54,5	58,8	
Cadastro na ESF	Sim	54,5	71,4	54,6	0,199	54,5	63,6	54,6	0,620
	Não	32,4	14,3	32,2		32,3	22,7	32,2	
	Não sei	13,1	14,3	13,2		13,2	13,6	13,2	
Possui plano de saúde	Sim	11,7	4,8	11,7	0,501	11,5	27,3	11,7	0,035
	Não	88,3	95,2	88,3		88,5	72,7	88,3	
Rede de suporte familiar	Não	13,3	0,0	13,2	0,873	13,1	16,7	13,2	0,390
	Sim	12,2	0,0	12,1		11,7	33,3	12,1	
Rede de Suporte Social	Não	15,8	0,0	15,7		15,7	16,7	15,7	

	Sim	58,8	100,0	58,9		59,5	33,3	58,9	
Autopercepção de saúde	Muito boa	14,7	0,0	14,6	0,698	15,0	0,0	14,6	0,632
	Boa	49,8	0,0	49,6		49,3	66,7	49,6	
	Regular	24,7	100,0	25,0		25,2	16,7	25,0	
	Ruim	3,9	0,0	3,9		4,0	0,0	3,9	
	Muito ruim	1,8	0,0	1,8		1,8	0,0	1,8	

**Tabela 4:** Modelos logísticos para a explicação da nunca realização do exame preventivo de colo do útero segundo indicadores de comportamento. PNS, 2013 (n=2.135)

Indicador	Categorias	Modelo 1- Não acha necessário.		Modelo 2- Tem vergonha.	
		OR brutas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)	OR brutas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
Faixa Etária	25-34	1	1		
	35-44	0,97 (0,79-1,20)	1,01 (0,81-1,24)		
	45-54	1,21 (0,96-1,54)	1,25 (0,98-1,61)		
	55-64	<b>1,52 (1,22-1,91)</b>	<b>1,56 (1,21-1,99)</b>		
Raça	Branca				
	Preta				
	Parda				
Escolaridade	Analfabeto e Fundamental Incompleto			<b>4,22 (3,71-4,73)</b>	<b>3,11 (2,68-3,54)</b>
	Fundamental Completo e Médio Incompleto			<b>4,13 (3,59-4,87)</b>	<b>2,98 (2,39-3,58)</b>
	Médio Completo e Superior Incompleto			<b>3,55 (2,90-4,21)</b>	<b>2,87 (2,12-3,63)</b>
	Superior Completo			1	1
Situação do Domicílio	Urbano	<b>1,21 (1,01-1,45)</b>	<b>1,15 (1,02-1,39)</b>		
	Rural	1	1		
Estado Civil	Casado(a)	<b>1,64 (1,22-2,08)</b>	<b>1,52 (1,07-1,91)</b>		
	Separado(a)	0,91 (0,76-1,10)	0,95 (0,78-1,15)		
	Viúvo(a)	1,36 (0,97-1,91)	1,28 (0,91-1,81)		
	Solteiro(a)	1	1		
Cadastro na ESF	Sim				
	Não				
	Não sei				
Possui plano de saúde	Sim	<b>1,27 (1,09-1,43)</b>	<b>1,18 (1,01-1,36)</b>	1	1
	Não	1	1	<b>3,41 (2,79-4,03)</b>	<b>2,79 (2,14-3,44)</b>
Rede de suporte familiar	Não			<b>1,43 (1,24-1,62)</b>	<b>1,26 (1,09-1,41)</b>
	Sim			1	1
Rede de Suporte Social	Não			<b>1,45 (1,22-1,69)</b>	<b>1,31 (1,11-1,52)</b>
	Sim		-	1	1
Autopercepção de saúde	Muito boa	<b>1,63 (1,46-1,80)</b>	<b>1,42 (1,28-1,56)</b>		
	Boa	<b>1,56 (1,37-1,75)</b>	<b>1,35 (1,17-1,53)</b>		
	Regular	<b>1,17 (1,05-1,29)</b>	1,08 (0,97-1,19)		
	Ruim	0,98 (0,87-1,09)	0,95 (0,85-1,04)		
	Muito ruim	1	1		

<sup>a</sup> os modelos não foram ajustados por conterem uma única variável explicativa.

Medidas em negrito possuem significância estatística

**(continuação)**

Indicador	Categorias	Modelo 3- Nunca foi orientada para fazer o exame.		Modelo 4- Não sabe quem procurar ou onde ir.	
		OR brutas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)	OR brutas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
Faixa Etária	25-34	<b>2,34 (2,02-2,67)</b>	<b>1,95 (1,74-2,16)</b>	1	1
	35-44	<b>1,73 (1,51-1,96)</b>	<b>1,52 (1,19-1,85)</b>	<b>1,48 (1,16-1,81)</b>	<b>1,62 (1,09-2,16)</b>
	45-54	1,28 (0,94-1,63)	1,11 (0,79-1,43)	<b>1,64 (1,29-2,00)</b>	<b>1,76 (1,21-2,31)</b>
	55-64	1	1	<b>2,08 (1,76-2,41)</b>	<b>1,97 (1,58-2,36)</b>
Raça	Branca				
	Preta				
	Parda				
Escolaridade	Analfabeto e Fundamental Incompleto				
	Fundamental Completo e Médio Incompleto				
	Médio Completo e Superior Incompleto				
	Superior Completo				
Situação do Domicílio	Urbano				
	Rural				
Estado Civil	Casado(a)			1	1
	Separado(a)			<b>3,01 (2,39-3,62)</b>	<b>2,80 (2,24-3,37)</b>
	Viúvo(a)			<b>1,84 (1,11-2,61)</b>	<b>1,63 (1,08-2,19)</b>
	Solteiro(a)			<b>3,16 (2,88-3,42)</b>	<b>2,50 (2,13-2,88)</b>
Cadastro na ESF	Sim				
	Não				
	Não sei				
Possui plano de saúde	Sim				
	Não				
Rede de suporte familiar	Não				
	Sim				
Rede de Suporte Social	Não				
	Sim				
Autopercepção de saúde	Muito boa	<b>1,78 (1,53-2,04)</b>	<b>1,56 (1,33-1,80)</b>		
	Boa	<b>1,35 (1,21-1,48)</b>	<b>1,23 (1,15-1,32)</b>		
	Regular	<b>1,23 (1,09-1,37)</b>	<b>1,15 (1,04-1,26)</b>		
	Ruim	1,08 (0,99-1,17)	1,01 (0,90-1,13)		
	Muito ruim	1	1		

<sup>a</sup> os modelos não foram ajustados por conterem uma única variável explicativa.  
Medidas em negrito possuem significância estatística

**(continuação)**

Indicador	Categorias	Modelo 5- Tem dificuldades financeiras.	Modelo 6- Tem dificuldades de transporte.	Modelo 7- Teve dificuldades para marcar
-----------	------------	---	---	---

					consulta.
		OR brutas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)		OR brutas (IC 95%)
Faixa Etária	25-34				
	35-44				
	45-54				
	55-64				
Raça	Branca				
	Preta				
	Parda				
Escolaridade	Analfabeto e Fundamental Incompleto				
	Fundamental Completo e Médio Incompleto				
	Médio Completo e Superior Incompleto				
	Superior Completo				
Situação do Domicílio	Urbano	1	1	1	
	Rural	<b>3,10 (2,64-3,56)</b>	<b>2,83 (2,49-3,17)</b>	<b>7,87 (6,50-9,13)</b>	
Estado Civil	Casado(a)				<b>2,34 (1,98-2,71)</b>
	Separado(a)				<b>1,13 (0,99-1,28)</b>
	Viúvo(a)				<b>1,90 (1,36-2,49)</b>
	Solteiro(a)				1
Cadastro na ESF	Sim				
	Não				
	Não sei				
Possui plano de saúde	Sim	1	1		
	Não	<b>5,09 (4,69-5,50)</b>	<b>4,78 (4,51-5,04)</b>		
Rede de suporte familiar	Não				
	Sim				
Rede de Suporte Social	Não				
	Sim				
Autopercepção de saúde	Muito boa				
	Boa				
	Regular				
	Ruim				
	Muito ruim				

<sup>a</sup> os modelos não foram ajustados por conterem uma única variável explicativa.  
Medidas em negrito possuem significância estatística

**(continuação)**

Indicador	Categorias	Modelo 8- O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande	Modelo 9- O serviço de saúde é muito	Modelo 10- Está marcado, mas ainda não realizou.
-----------	------------	--	--------------------------------------	--

		<b>distante.</b>			
		OR brutas (IC 95%)	OR brutas (IC 95%)	OR brutas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
Faixa Etária	25-34				
	35-44				
	45-54				
	55-64				
Raça	Branca			1	1
	Preta			<b>0,78 (0,63-0,93)</b>	<b>0,81 (0,68-0,95)</b>
	Parda			1,07 (0,89-1,24)	1,03 (0,85-1,19)
Escolaridade	Analfabeto e Fundamental Incompleto				
	Fundamental Completo e Médio Incompleto				
	Médio Incompleto e Superior Incompleto				
	Superior Completo				
Situação do Domicílio	Urbano	1	1		
	Rural	<b>0,55 (0,29-0,81)</b>	<b>4,76 (4,09-5,43)</b>		
Estado Civil	Casado(a)				
	Separado(a)				
	Viúvo(a)				
	Solteiro(a)				
Cadastro na ESF	Sim				
	Não				
	Não sei				
Possui plano de saúde	Sim			1	1
	Não			<b>0,33 (0,19-0,47)</b>	<b>0,35 (0,21-0,49)</b>
Rede de suporte familiar	Não				
	Sim				
Rede de Suporte Social	Não				
	Sim				
Autopercepção de saúde	Muito boa				
	Boa				
	Regular				
	Ruim				
	Muito ruim				

<sup>a</sup> os modelos não foram ajustados por conterem uma única variável explicativa.  
Medidas em negrito possuem significância estatística

## **CAPÍTULO 6**

### **DISCUSSÃO**

Os resultados obtidos no presente estudo confirmam a ideia de que o grupo de mulheres que nunca realizou o exame preventivo possui um perfil bem caracterizado e definido, bem como as motivações para a não adesão ao rastreamento do câncer de colo do útero. Foi observado que 9,5% das entrevistadas nunca realizaram o exame, que se associou de forma independente à faixa etária entre 25 e 34 anos, cor preta ou parda, com analfabetismo ou nível fundamental incompleto, serem solteiras, vivendo em área rural, não saberem se são ou não cadastradas na Estratégia Saúde da Família, não possuir plano de saúde, com percepção de saúde ruim ou muito ruim, e sem rede de suporte familiar ou social. Este padrão sociodemográfico é compartilhado com outros países, independente do nível de desenvolvimento, pobreza ou modelo de atenção à saúde (OLAZA-MAGUIÑA et al., 2019; ARANGUREN et al., 2017; OUSSAID et al., 2013).

A respeito das motivações para a não realização, a falta de orientação, traduzida pelo relato das mulheres não acharem o exame necessário (42,3%), e nunca terem sido orientadas a realiza-lo (22,9%) totalizaram 65,2% das mulheres analisadas. O mesmo achado foi citado e discutido em estudos internacionais (BADR et al., 2012; PINZON-PEREZ et al., 2005; BLAKE; WEBER; FLETCHER, 2004; GAHREMANI-NASAB, et al., 2015).

A consistência nos resultados em diferentes regiões do mundo consolida a ideia da nunca realização do exame estar atrelada direta ou indiretamente ao déficit de conhecimento sobre o câncer de colo do útero e suas formas de prevenção. Esta preocupação não é recente, e há certa prioridade a ela, contando com inquéritos específicos para tendências em informações nos Estados Unidos (NELSON et al., 2009). Compreende-se, desta forma, que para além da qualidade técnica das formas de coleta de material colpocitológico, a necessidade de intervenção e formas de implementar medidas para melhoria no acesso a informação, e sobretudo elevar o nível de compreensão sobre a importância do rastreamento entre as mulheres é central no debate à prevenção do câncer do colo do útero, sendo necessária a adoção de desenvolvimento de condutas educativas com a população em rastreio da doença (PETERSON et al., 2016; BOONE; LEWIS; KARP, 2016).

Sobre a referência em não ser necessário realizar o exame, o grupo era formado

por mulheres mais velhas (entre 55 e 64 anos), vivendo no meio urbano, casadas, com plano de saúde, e com boa/ muito boa autopercepção de saúde. O estudo de Shea et al (2013) que o nível de esclarecimento das mulheres mais jovens tende a ser mais adequado, e especula que as gerações anteriores carregam a cultura de que os cuidados ginecológicos são secundários para o estado de saúde, e eventualmente envolvem apenas mulheres sexualmente ativas. Ao fim desta fase, há diminuição na realização de consultas ginecológicas, levando ao afastamento das práticas de prevenção em um período mais avançado da vida (ZEFERINO et al., 2006), entretanto quando a incidência e gravidade das neoplasias são mais elevadas (HAILU; MARIAM, 2013). Estes achados já haviam sido apontados por outros estudos brasileiros, com populações subnacionais ou em faixa etária específicas (DIAS DA COSTA et al., 2003; MARTINS et al., 2005; AMORIM et al, 2006; ALBUQUERQUE et al, 2009; GASPERIN, 2011).

Corroborando com esse achado um estudo realizado em Singapura onde mostra que mulheres mais jovens possuem um conhecimento correto e maior sobre câncer cervical e exame de Papanicolaou quando comparado com as de idade mais avançada, que menos propensas a serem rastreadas (SHEA; KLAININ- YOBAS; MACKEY, 2013).

A presente análise mostra que esse comportamento também se faz evidente ao se tratar de mulheres casadas, talvez pelo fato de terem apenas um parceiro que tem a confiança, acreditam estar isentas de doenças sexualmente transmissíveis e possíveis agravos ginecológicos (HANSEN et al., 2011) , por isso subestimam a necessidade do rastreamento do CCU, fato este que associado ao déficit de orientação sobre a finalidade do exame, pode condicionar esta população a julgá-lo desnecessário. Também deve-se levar em consideração o preconceito do companheiro como influência negativa na realização do exame Papanicolaou (DUAVY et al., 2007). Leverato et al., (2014); Friedman et al., (2012); Waller et al., (2012) também citam a possibilidade de entendimento sob a ótica de gênero e cultura do casamento, da construção do lar, do reflexo social que o ser casado engendra, ou seja, de manutenção das relações sociais de cuidados, prestação de serviços aos outros, negligenciando os cuidados com a saúde.

Também encontramos associação entre mulheres que não acham o exame necessário com a justificativa de autopercepção de saúde boa ou muito boa. Uma possível explicação para esse aspecto diz respeito ao fato de que mulheres que se consideram saudáveis geralmente são assintomáticas, e por isso acabam não aderindo a cuidados preventivos, que inclui também o Papanicolaou, pela possibilidade de associar a necessidade da realização do exame com a presença de alguma anormalidade ou

queixa (ANDRADE et al., 2014). Estudos internacionais da mesma natureza citam achados semelhantes (TAYLOR et al., 2016; DAVIS et al., 2016).

Em relação ao meio que residem, houve maior probabilidade dessa motivação partir de mulheres que vivem no meio urbano, resultado que vai de encontro a estudos da mesma natureza (AKINLOTAN et al., 2017 e Peterson et al., 2016), e também gera uma inquietação, visto ser o cenário que possui a oferta maior de serviços de saúde. Supõe-se, com isso, que o acesso ao exame deveria ser mais simples. Nós consideramos oportuno discutir, à luz deste resultado, a qualidade da assistência realizada na Atenção Primária da Saúde, a despeito de sua cobertura (ANDRADE et al., 2014; DENIZ et al., 2018; STUMBAR et al., 2019).

Outrossim, é importante considerar que, num cenário de maior oferta de serviços, a população tende a apresentar maior absenteísmo, uma vez que a oferta se mantém no tempo, e a chance de nova oportunidade é grande em curto e médio prazo (YUNUS, et al., 2018). A este respeito, o estudo de Kivistik et al (2011) cita o fato de que mulheres de áreas urbanas apontam horários de atendimento inadequado para suas rotinas e filas muito longas, indicando que a disponibilidade de serviços de saúde para uma área assim populosa não é suficiente.

A ideia de que a maior oferta de serviços em saúde possa ocasionar a não adesão ao Papanicolaou partindo de mulheres que não o acham necessário, também se encaixa como justificativa para as que possuem plano de saúde, pois podem subestimar a importância do mesmo por desconhecerem a sua finalidade, e por ser um procedimento de fácil acesso para pessoas asseguradas com plano devido ao seu baixo custo.

Já sobre a motivação “*Tem vergonha*”, temos as variáveis menor escolaridade, não possuir plano de saúde, e sem suporte familiar e social. Isto indica que a atitude de procurar o serviço para a realização tem associação com o estímulo e encorajamento por parte de pessoas próximas. Além disso, cada mulher possui informações e ideias particulares a respeito do conceito do exame citológico do colo do útero e de suas especificidades, e a escolaridade por apresentar relação direta com o nível de informação/ orientação sobre o exame, pode consolidar pensamentos errôneos sobre como o exame é realizado e assim não criar importantes barreiras à adesão ao teste de Papanicolaou devido a vergonha ou outros sentimentos (Hoyo et al., 2005).

Entre os fatores que se associaram à motivação “*Nunca foi orientada para fazer o exame*”, temos as variáveis: mulheres mais jovens com boa ou muito boa autopercepção de saúde. É válido ressaltar que essa motivação e o fato de não saber

quem procurar ou onde ir possuem grande relação com as justificativas apresentadas para a motivação citada anteriormente, pois todas sofrem influência da falta ou déficit de informação acerca do exame Papanicolaou. Os achados para essa motivação podem ser justificado pela ideia de que mulheres jovens com déficit de informações acerca do exame podem ter um pensamento errôneo de que o mesmo só deva ser realizado por mulheres com idade mais avançada pela maior chance de adoecimento, somado com o fato de que essa mesma população em sua grande maioria procura menos os serviços de saúde pois possuem uma boa autopercepção da mesma, e por isso recebem menos orientações acerca do rastreamento do CCU (HAILU; MARIAM, 2013).

Um estudo com população semelhante também apresentou um percentual significativo de mulheres jovens que relataram não saberem como ou onde podem receber esse serviço, por nunca terem sido orientadas e aconselhadas (Gahremani-Nasab, et al., 2015). Os profissionais de saúde geral podem ter uma grande influência nos cuidados de seus pacientes, e pode ser eficaz para solucionar a falta de conhecimento e barreiras para o exame (PETERSON ET AL., 2016; STUDTS; TARASENKO; SCHOENBERG, 2013).

A motivação “*Não sabe quem procurar ou onde ir*” também mostrou associação com mulheres mais velhas, e já discutida em uma modelagem anterior.

A escolaridade, por sua vez, constitui um importante mediador da relação entre nível socioeconômico e percepção da saúde, e é bem documentada na literatura como um determinante social para o desenvolvimento do câncer de colo do útero (AKINYEMIJU, 2012). Em geral, considera-se que indivíduos com maiores níveis de escolaridade adotam estilos de vida mais saudáveis, provavelmente devido ao acesso facilitado aos serviços avançados de saúde e ao maior conhecimento sobre a doença e suas formas de prevenção (PAVÃO et al., 2013).

Há um certo consenso, portanto, de que a falta de informação relacionada ao exame seja uma das principais problemáticas envolvida na não adesão ao rastreamento do câncer de colo do útero, e ela está relacionada a fatores sociodemográficos. Desta forma, acredita-se que a triagem oportunista nas unidades de saúde pode ser incentivada a melhorar a aceitação e adesão, e mostra-se como uma possibilidade de solução para diminuir a incidência da doença (MUPEPI; SAMPSELLE; JOHNSON, 2011; NDIKOM & OFI, 2012; GETAHUN et al., 2013).

Os estudos transversais brasileiros tem sido importantes por fornecerem estimativas que auxiliam no planejamento de saúde, e tem sido utilizados para a

avaliação da cobertura do exame de Papanicolaou como um procedimento válido em diversas pesquisas (SZWARCOWALD et al., 2004; SZWARCOWALD et al., 2014). No entanto, é importante que se realize uma avaliação do programa nacional de rastreamento brasileiro. Segundo Costa et al (2018), a maioria dos indicadores de qualidade nas regiões e estados brasileiros está fora dos parâmetros reconhecidos pelo Ministério da Saúde e Organizações Internacionais. Além disso, as tendências não mostram uma melhoria nos indicadores de qualidade recentemente, sugerindo que o atual programa de triagem do câncer do colo do útero requer ajustes para obter eficiência adequada.

Neste sentido, há certa convergência quanto à necessidade de orientação das mulheres, independente do status social. A adesão ao exame depende, essencialmente, da sensibilização das mulheres quanto à sua necessidade. Um estudo realizado em Londres refere que as mulheres que tomaram uma decisão ativa de não comparecer à triagem sentiram que isso era de baixa relevância para elas, e que tinham coisas mais importantes com que se preocupar (BENNETT et al., 2018). Na mesma direção, um estudo realizado no Zimbábue evidenciou que há pouca variação na participação das mulheres na triagem e tratamento do câncer do colo do útero explicadas apenas por afiliações religiosas e uso de unidades de saúde, e destaca que o fortalecimento da educação em saúde em comunidade é uma estratégia recomendada para melhorar a aceitação do rastreamento (TAPERA et al., 2019). Outro estudo realizado em Uganda (MUKAMA et al., 2017) cita que, embora o conhecimento geral sobre a prevenção do câncer do colo do útero tenha sido relativamente alto entre as mulheres e as atitudes principalmente encorajadoras, o conhecimento específico sobre a triagem foi baixo. Desta forma, as orientações não podem abranger apenas a doença em si, mas as formas de rastreamento e prevenção.

A alta cobertura é essencial para um programa de rastreamento eficaz. Mesmo em países desenvolvidos, a não adesão é um problema, e é igualmente associada à distância ao local de triagem e comprometimento no acolhimento do serviço de saúde, a extratos sociais que sofrem maior privação econômica (LEINONEN et al., 2017; BROMBERG et al., 2018). A respeito do acesso, convém mencionar que o rastreamento brasileiro é oportunístico e, neste aspecto, quando uma mulher participa de qualquer atividade nas unidades de saúde, é possível recrutá-la para realizar o Papanicolaou. Ainda assim, fatores como a baixa escolaridade fazem com que o contato não seja determinante para garantir o acesso ao exame, indicando perda de oportunidades onde o

rastreamento é oportunístico (RIBEIRO et al., 2016). Esta desigualdade social na aceitação do exame é persistente na literatura (KELLY et al., 2017). É importante, portanto, garantir que as estratégias de rastreamento promovam a equidade, recrutando mulheres com menor probabilidade de participar espontaneamente, mesmo quando o sistema de saúde local é universal.

Uma estratégia que tem sido apontada como bem sucedida nos países em que a escolaridade média da mulher é maior, para aumentar a adesão ao Papanicolaou, é a testagem para HPV. (BARRÉ et al., 2017; BENNETT et al., 2018). De fato, com a identificação do papilomavírus humano (HPV) como causa necessária para o câncer do colo do útero, o desempenho dos métodos de rastreamento do câncer do colo do útero tem sido cada vez mais dependente da oferta de teste primário do HPV nas mulheres com lesão (CHRYSOSTOMOU et al., 2018; MARLOW et al., 2018).

Em geral, ao explorar padrões de crenças e comportamentos gerais de saúde e crenças específicas de câncer em diferentes tipos de não participantes da triagem cervical, observou-se que há uma associação entre os padrões e certas características socioeconômicas. Este padrão, por sua vez, pode ter relação com o desconhecimento da triagem, da doença ou a banalização de ambos. Desta forma, as intervenções para aumentar a conscientização sobre a triagem devem incluir mensagens que abordem padrões e perfis específicos (MARLOW et al, 2017).

Ao final, espera-se que a compreensão dos fatores associados a diferentes tipos de não participação no rastreamento do câncer ajudará no desenvolvimento de abordagens mais direcionadas para melhorar a captação informada.

## CONCLUSÃO

Os inquéritos de base populacional além de gerar informações que possibilitem o conhecimento das condições de vida e saúde das populações, essencial para o planejamento e a avaliação dos serviços de saúde, também possibilitam a aquisição de dados de indivíduos que não utilizam os serviços, o que favorece a avaliação de grupos com diferentes características socioeconômicas e demográficas, permitindo superar determinadas limitações no acesso e assistência à saúde, podendo também contribuir para o planejamento das atividades oferecidas pelo setor público à saúde da mulher.

Na amostra do estudo, o perfil de mulheres entre 25 e 64 anos que nunca realizou o exame pode ser definido por: Mulheres mais jovens; Pretas e pardas; Com baixa escolaridade; Solteiras; Residindo em meio rural; Não sabem se são ou não cadastradas na Estratégia Saúde da Família; Não possuem plano de saúde; Possui autopercepção de saúde ruim ou muito ruim; e sem rede de suporte familiar ou social.

Os achados encontrados a respeito das motivações para a nunca realização consolidam a ideia desse comportamento estar atrelado direta ou indiretamente ao déficit de conhecimento sobre o câncer de colo do útero e suas formas de prevenção. A falta de informação relacionada ao exame foi a problemática mais prevalente envolvida na não adesão ao rastreamento para este tipo de câncer na população brasileira, que está relacionada a fatores sociodemográficos. A limitação do acesso aos serviços de saúde, por barreiras sociais, culturais e geográficas também contribuiu para o aumento na prevalência da nunca realização do exame no grupo distintos de mulheres.

Então, considera-se necessária à avaliação constante dos programas de prevenção e estudar o acesso ao Papanicolaou, o que inclui conhecer as razões pelas quais as mulheres ainda se distanciam do exame, e qual é o perfil das mulheres para cada uma destas razões, a fim de detectar públicos alvo para intervenções específicas, a fim de que todas na idade indicada para realização do rastreamento possam receber os cuidados em tempo hábil e tratamento em seus estados iniciais.

Conclui-se então que essas informações devem ser consideradas a fim de avaliar o impacto das práticas relacionadas ao controle do câncer de colo de útero no território brasileiro; Planejar ações voltadas para as reais necessidades das mulheres brasileiras visando a melhoria no acesso a informação, e sobretudo elevar o nível de compreensão sobre a importância do rastreamento; Valorizar as desigualdades sociodemográficas e

aumentar a adesão ao exame, e assim contribuir na redução das taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- \_\_\_\_\_. **Portaria 3.388**, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Resolução N° 02, de 21 de junho de 2016. 2016.**
- \_\_\_\_\_. **Controle de Câncer de colo do útero: Agenda Estratégica**, 2014.
- \_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010 Sinopse do Censo e Resultados Preliminares do Universo**. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- AKINLOTAN, M et al. Cervical Cancer Screening Barriers and Risk Factor Knowledge Among Uninsured Women. **J Community Health**.;42(4):770-778,2017.
- AKINYEMIJU, T.F.; Socio-economic and health access determinants of breast and cervical Cancer screening in low-income countries: analysis of the world health survey. **Plos One**.;7(11):e48834,2012.
- ALBUQUERQUE, V.R.; MIRANDA, R.V.; LEITE, C.A. Exame preventivo do cancer de colo do útero: conhecimento de mulheres. **J Nurs UFPE on line**.;10(Supl 5):4208-18. DOI: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201606,2016.
- ALBUQUERQUE, K.M et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados a não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica** 2009; 25(Supl. 2):S3019.
- ALLEMANI, C et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. **The Lancet**, 391(10125), 1023–107.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2018**.Atlanta: American Cancer Society; 2018.
- AMORIM, V.M.S.L.; BARROS, M.B.A.B. Equidade no acesso ao exame de Papanicolaou: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev Bras Epidemiol suppl d.s.s.**; 136-149,2014.
- AMORIM, V.M.S.L et al. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**; 22(11):2329-2338,2006.
- ANDRADE, M.C.A et al. Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64

anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. **Rev Bras Epidemiol**; 21: e180014,2018.

ANDRADE, M.S et al. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiol Serv Saúde**.02;23(1):111-20,2014.

ANDREUCCI, C.B; CECATII, V.C. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1053-1064, 2011.

AMORIM, V.M.S.L et al. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacio-nal no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**; 22(11):2329-2338,2006.

ARANGUREN PULIDO, L. V et al. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. **Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo**, 19(2), 129,2017.

ARBYN, M. et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document. **Oxford Journals**. France, p. 448-458. mar. 2010.

BADR, P et al. **Cobertura de PAP: Barreras que Determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención** [Coverage of PAP: Barriers that determine its access in the primary healthcare level]. (Retrieved from)Archivos de Medicina Familiar y General.; 9: 13-24,2012.

BARRÉ, S et al. Organised screening for cervical cancer in France: a cost-effectiveness assessment. **BMJ open**, 7(10),e014626,2017.

BARROS, M.B et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD:2003- 2008. **Cien Saude Colet**. 16 (9):3755-3768, 2011.

BENNETT, K. F et al. Barriers to cervical screening and interest in self-sampling among women who actively decline screening. **Journal of medical screening**, 25(4), 211–217,2018.

BLAKE, D.R.; WEBER, B.M.; FLETCHER, K.E. Adolescent and young adult women's misunderstanding of the term Pap smear. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**.; 158: 966–970,2004.

BOONE, E.; LEWIS, L.; KARP, M. Discontent and Confusion: Primary Care Providers' Opinions and Understanding of Current Cervical Cancer Screening Recommendations. **J. Women's Health (Larchmt)**, 25, 255–262,2016.

BOSCH, F et al. The casual relation between human papillomavirus ans cervical câncer. **J Clin Pathol**.;55:244-65,2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER..

**Alerta para o câncer de colo do útero no Rio de Janeiro.** Anais do 2º Congresso Internacional de Controle de Câncer-ICCC; 2007 nov 25 -28; Rio de Janeiro(RJ): INCA; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.–2.ed.– Brasília:Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica.–Rio de Janeiro,2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero.** Divisão de Detecção Precoce e Apoio á Organização de Rede. – 2. Ed. rev. Atual.- Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada).** Departamento de vigilância das doenças transmissíveis. Coordenação-geral do programa nacional de imunizações. Brasília: 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.**2. ed. Rio de Janeiro,2016b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.. Coordenação de prevenção e vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: câncer do colo do útero:** informações técnico gerenciais e ações desenvolvidas.Rio de Janeiro: INCA; 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União* 2005;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 14: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Controle do câncer cérvico-uterino e de mama.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2006.

BRAY, F et al **Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries** *CA Cancer J Clin*, Published,2018.

BRAY, F et al. **Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008.** *International Journal of Cancer*, 132(5), 1133–1145, 2013.

BROBERG, G et al. Socio-economic and demographic determinants affecting participation in the Swedish cervical screening program: A population-based case-control study. **Plos One**, 13(1), e0190171,2018.

CABRAL, A.R.; **Câncer do colo do útero: uma análise sobre prevenção à doença e promoção à saúde em municípios do Rio Grande do Sul.** 111 f. Dissertação Mestrado- Universidade de Cruz Alta- UNICRUZ e Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul- UNIJUI, Rio Grande do Sul, 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, A.M. **Planejamento e avaliação das ações de saúde.** Polo Horizonte: Nescon\UFMG, Coopmed,2010.

CHRYSOSTOMOU, A. C et al. Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing. **Viruses**, 10(12), 729,2018.

COELHO, F.R.C et al. **Câncer do colo do útero.** São Paulo: Tecmedd Editora; 2008.

CORREA, M.S et al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(12):2257-2266, dez, 2012.

COSTA, R et al. Trend analysis of the quality indicators for the Brazilian cervical cancer screening programme by region and state from 2006 to 2013. **BMC Câncer**, 18(1), 126,2018.

CRUZ, L.M.B.; LOUREIRO, R.P. Communication in the Prevention of Cervix Uteri Cancer: the importance of historical cultural influences and of Feminine sexuality in the adhesion to campaigns. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 120-131, 2008.

CZERESNIA, D.; FREITAS,C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.**Rio de Janeiro: Fiocruz;2003.

DAMACENA, A.M.; LUZ, L.L.; MATTOS, I.E. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26,n.1,p. 71-80,2017.

DAMACENA G.N et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. **Epidemiol Serv Saude**. 2015;24(2):197-206.

DAVIM, R.M.B et al. Conhecimento de mulher e de uma unidade básica de saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de papanicolau. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 39 (3):296-302,2006.

DAVIM, R.M.B et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. **Revista Escola de Enfermagem USP**.; 39(3):296-302,2005.

DAVIS, R.S et al. **Countering the Production of Inequities: An Emerging Systems Framework to Achieve an Equitable Culture of Health**. The Prevention Institute: Oakland, CA, USA,2016.

DENIZ, S et al. Knowledge, attitudes and behaviors of breast and cervical cancers and screenings of women working in primary health care services. **J Buon.**; 23(7):44-52,2018.

DIAS-DA-COSTA, J.S et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**; 19(1):191-197,2003.

DO VALE, D.B.A.P et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):383-390, fev, 2010

DUARTE-FRANCO, E.; FRANCO, E.L. Cancer of the uterine cervix. **BMC Women's Health**. (Supl 1):S13,2004.

DUAVY, L.M. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Cien Saude Colet**; 12(3):733-742,2007.

EDUARDO, K. G. T et al. Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolau na perspectiva da qualidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 44 – 48,2007.

FALCÃO, G.B.et al. Fatores associados à realização de citologia para prevenção de câncer do colo uterino em uma comunidade urbana de baixa renda. **Cad. de Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 22 (2): 165-72, 2014.

FERLAY, J et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012: Globocan 2012. *International Journal of Cancer*, v. 136, n. 5, p. E359–E386, 1 mar. 2015.

FERLAY J et al. Cancer Incidence in Five Continents, CI5plus. IARC CancerBase No. 9. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018. [ci5.iarc.fr/CI5plus/default.aspx](http://ci5.iarc.fr/CI5plus/default.aspx). Accessed June 21, 2018.

FERNANDES, J.V et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2009, vol.43, n.5, pp.851-858. EpubSep18, 2009.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e

de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 223-230, 2007.

FERREIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.52, n. 1, p. 5 -150,2006.

FRANCESCHINI, J.; SCARLATO, A.; CISI, M.C. Fisioterapia nas Principais Disfunções Sexuais Pós-Tratamento do Câncer do Colo do Útero: Revisão Bibliográfica. **Rev. Brasil. de Cancerologia**, v.56, n.4, p. 501-506, 2010.

FRANCISCO, P.M.S.B et al. Comparação das estimativas de prevalência de indicadores de saúde no Município de Campinas, São Paulo, Brasil, nos anos de 2001/2002 (ISA-SP) e 2008/2009 (ISA-Camp).**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(6):1149-1160, jun, 2013.

FORBES, C.; JEPSON, R.; MARTIN-HIRSCH, P. Interventions target at women to encourage the uptake of cervical screening. **Cochrane Database Syst Rev**. 2002;(3):CD002834.

FOSTER, P. Inequalities in health: what health systems can and cannot do. **BMJ**. 2005;331(7521):855-6. **Journal of health services research policy**.1(3):179-182,1996.

GAHREMANI-NASAB, P et al. Cervical cancer screening in women referred to healthcare centres in Tabriz, Iran. **Nigerian Medical Journal**, 56(1), 28,2015.

GASPERIN, S.I.; BOING, A.F.; KUPEK, E.; Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cad Saude Publica**; 27(7):1312-1322,2011.

GERK, M.A.S. **Prática de enfermagem na assistência ginecológica** In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV, organizadores. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**. São Paulo: Roca; 2002. p.429-70.

GETAHUN, F et al. Comprehensive knowledge about cervical cancer is low among women in Northwest Ethiopia. **Bmc Câncer**. 2013;13:2.

GUEDES, T.G.; PORDEUS, A.M.J.; DIÓGENES MAR. Análise epidemiológica do câncer de colo de útero em serviço de atendimento terciário no Ceará – Brasil. **Rev Bras Promoc Saúde**;18(4):205–10,2008.

GOULART, T. P. **Dimensões influenciadoras da não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero**. (Dissertação mestrado acadêmico) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva,2014.

GOUVEIA, G.C et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil. **Cad Saude Publica**. 21Suppl109-118,2005.

GUTIÉRREZ-XICOTÉNCATL, L et al. Molecular diagnosis of human papillomavirus in the development of cervical cancer. **Salud Pública de México**,51(Supl.3),s479-s488.,2009.

HAILU, M.; MARIAM, D.H. Patient side cost and its predictors for cervical cancer in Ethiopia: a cross sectional hospital based study. **Bmc Cancer**; [cited in 2014 Feb 14] 13(69): 1-8,2013.

HERRERO, R; MURILLO, R. **Cancer Epidemiology and Prevention: Cervical cancer**.eds.4thed. Ney York, 2018.

IARC. INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER. **Comprehensive cervical cancer control : A Guide to essential practice**. (2007).

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Globocan 2012**.Lyon: IARC; 2012 [citado em 2016 set 23]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD, 2008)**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema integrado de pesquisas domiciliares (SIPD)**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE / Diretoria de Pesquisas / Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro:IBGE, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Pesquisa nacional de saúde : 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação.**/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2015. 100 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.3.ed**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Controle do Câncer do Colo do Útero**. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. 488 p.: il. color. tab.; 29 cm

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (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 (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**. 2a ed. rev. atual. Rio de Janeiro:INCA; 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação de Prevenção e Vigilância.

Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). (Brasil). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA) **Estimativa 2016/2017**.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2018- Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade**. Rio de Janeiro, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2012**. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). (Brasil). **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**.,2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (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 (INCA). **Estimativa 2018. Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

ISER, B.P et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – VIGITEL. Brasil-2009. **Rev Bras Epidemiol**. 14 Suppl 1 90-102, 2011.

JENSEN, O.M. **Cancer registration: principles and methods**. IARC Sci Publ.2003(95):108-25.

JOURA, E.A. Spectrum HPV Vaccine Study. A 9-valent HPV vaccine against infection and intraepithelial neoplasia in women. **N Engl J Med**.;372(8):711-23,2015.

KEPPLER, D.; LIN, A.W. (Ed). **Cervical cancer: methods and protocols**. New York: Humana Press,2015.

KELLY, D. M et al. Temporal trend in socioeconomic inequalities in the uptake of cancer screening programmes in France between 2005 and 2010: results from the Cancer Barometer surveys. **Bmj Open**, 7(12), e01694,2017.

KIVISTIK, A et al. Women's knowledge about cervical cancer risk factors, screening, and reasons for non-participation in cervical cancer screening programme in Estonia. **BMC Women's Health**, 11, 4,2011.

KJELLERGH, L et al. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. **Br J Cancer**.; 82(7):1332-8.,2000.

LEINONEN, M.K et al. Personal and provider level factors influence participation to cervical cancer screening: A retrospective register-based study of 1.3 million women in Norway. **Prev Med.**;94:31-39,2017.

LIMA-COSTA, M.F et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros:evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. (1998, 2003, 2008). **Cien Saude Colet.** 16 (9): 3689-3696,2010.

MACHADO, J.L.C; DALMASO ,A.S.W.; CARVALHO, H.B. Evidências de benefícios no tratamento de ectopia do colo do útero: revisão de literatura. **Sao Paulo Med. J.** [online].vol.126,n.2,pp.132-139.,2008.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M.; **Fundamentos de metodologia científica.** - 5. ed. -São Paulo:Atlas 2003,v1,p136-139.

MARLOW, L et al. Understanding the heterogeneity of cervical cancer screening non-participants: Data from a national sample of British women. **European journal of cancer** (Oxford, England : 1990), 80, 30–38.,2017.

MARLOW, L et al. Variation in health beliefs across different types of cervical screening non-participants. **Preventive medicine**, 111, 204–209.,2018.

MARTINS, L.F.L.; THULER, L.C.S.; VALENTE, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores deter-minantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**; 27(8):485-492,2005.

MASSAD, L.S et al. Knowledge of cervical cancer prevention and human papillomavirus among women with HIV. **Gynecol Oncol.**; 117(1):70-6,2010.

MENDONÇA, V.J el al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade do Recife, Pernambuco. **Rev Bras Ginecol Obstet.**;30(5):248-55,2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Cadernos de Atenção Primária, 29.Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Caderno de Diretrizes Objetivos, metas e indicadores.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Inter federativa. Brasília;157f.;2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Mais sobre Saúde da Mulher.** Brasília: 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.;2006.

MOURA, A.D.A et al. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame Papanicolau: subsídios para a prática de enfermagem. **Rene**, v.11, n.1, p. 94-104, 2011.

MUKAMA, T et al. Women's knowledge and attitudes towards cervical cancer prevention: a cross sectional study in Eastern Uganda. **BMC women's health**, 17(1), 9.,2017.

MULLER, D.K et al . Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**,Rio de Janeiro,v.24,n.11,p.2511-2520,2008.

MUPEPI, S.C.; SAMPSELLE, C.M.; JOHNSON, T.R. Knowledge, attitudes, and demographic factors influencing cervical cancer screening behavior of Zimbabwean women. **J Womens Health (Larchmt)**;20(6):943–952,2011.

NAVARRO, C et al . Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo,v. 49,17,2015.

NASCIMENTO, G.W.C et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, no período de 2000-2010: um estudo a partir dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Rio de Janeiro. **Cad. de Saúde Coletiva**, 23 (3): 253-260, 2015.

NAYAR, R.; WILBUR, D.C. The Bethesda system for reporting cervical cytology: definitions, criteria, and explanatory notes. 3rd ed. **Switzerland: Springer**; 2015.

NELSON, W et al. Adherence to Cervical Cancer Screening Guidelines for U.S. Women Aged 25–64: Data from the 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). **Journal of Women’s Health**, 18(11), 1759–1768,2009.

NETO, J.F.R.; FIGUEIREDO, M.F.S.; SIQUEIRA, L.G. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. **Rev. Eletr. Enf.**;10(3):610-21,2008.

NDIKOM, C.M.; OFI, B.A. Awareness, perception and factors affecting utilization of cervical cancer screening services among women in Ibadan, Nigeria: a qualitative study. **Reprod Health.**;9:11.,2012.

OLAZA-MAGUIÑA, A.F.; DE LA CRUZ-RAMIREZ, Y.M. Barriers to the non-acceptance of cervical cancer screenings (pap smear test) in women of childbearing age in a rural area of Peru. **Ecancermedicalsecience.**;13:901,2019.

OLIVEIRA, M.M; PINTO, I.C; COIMBRA,V.C.C. Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer de colo do útero na concepção de usuárias na estratégia saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**;15(3),2007.

OLIVEIRA, M.M et al. Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 21(0),2018.

OLIVEIRA, M.M.H.N et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev. bras. epidemiol.[online]**, vol.9, n.3, pp.325-334,2006.

Rev Bras Epidemiol 2006; 9(3): 325-34 Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão Oliveira, M.M.H.N. et al.

OLIVEIRA, M.V; GUIMARÃES, M.D.C; FRANÇA, E.B; Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4535-4544, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Prevenção e controle do cancro: estratégia para a Região Africana da OMS**, Yaoundé, Organização Mundial da Saúde, 2008 (AFR/RC58/4)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres**. Washington, DC, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Câncer**. Genebra. 2012].

OUSSAID, N et al. Factors associated with Pap smear screening among French women visiting a general practitioner in the Rhône-Alpes region. **Rev Epidemiol Sante Publique.**;61(5):437-45.,2013.

PATRIAS, K et al. **Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers** 2nd ed.technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2009.

PAVÃO, A.N.B.; WERNECK, G.L.; CAMPOS, M.R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad Saúde Pública [Internet]**. 2013 [citado 2017 maio07];29(4):723-34.

PERETTO, M.; DREHMER, L.B.R.; BELLO, H.M.R. O não comparecimento ao exame preventivo do câncer de colo uterino: razões declaradas e sentimentos envolvidos. **Cogitare Enfermagem**, 17(1), 2012.

PETERSON, E.B et al. Impact of provider-patient communication on cancer screening adherence: A systematic review. **Prev. Med.**, 93, 96–105,2016.

PIMENTEL, A.V et al.**Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero**. Florianópolis. Texto Contexto Enfermagem,20(2):255-62,abr-jun,2011.

PINELLI, F.G.S; **Promovendo a saúde**. In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**. São Paulo: Roca; 2002.

PINHO, A.A.; FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo de útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 2008; 3: 95-112

PINZON-PEREZ, H et al. A qualitative study about cervical cancer screening among Latinas living in a rural area of California: Lessons for health educators. **American Journal of Health Education.**; 36: 228–236,2005.

PORTO, S.M.; UGA, M.A.; MOREIRA, R.S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. **Cien Saude Colet**.16(9): 3795-3806, 2011.

RIBEIRO, K.F.C et al. Conhecimento, atitude e prática de acadêmicas de enfermagem sobre o exame de papanicolaou. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 22(2), 460–467,2013.

RIBEIRO, L et al. Opportunistic screening versus missed opportunities: non-adherence to Pap smear testing in women attending prenatal care. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2016, vol.32, n.6, e00001415, 2016.

ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M.; SANTANA, E.W.P. **Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças**. In:Rouquayrol MZ, Gurgel MCS, organizadores. Epidemiologia e saúde. 7.ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2012:11-24.

SANJOSÉ, S et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. **The Lancet Infectious Diseases**, 7(7), 453–459,2007.

SANKARANARAYANAM, R. HPV vaccination: the most pragmatic cervical cancer primary prevention strategy. **Int J Gynaecol Obstet.**;131(suppl 1):S33-S35,2015.

SANTOS, M.S.; MACÊDO, A.P.N.; LEITE, M.A.G. Percepção de usuárias de uma unidade de saúde da família acerca da prevenção do câncer do colo do útero. **Revista APS**,v.13,n.3,p.310-319,2010 .

SANTOS, R.S.; MELO, E.C.P.; SANTOS, K.M. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**; 21(4):800-10,2012.

SHEA, J.; KLAININ-YOBAS, P.; MACKAY, S. Young Singaporean women's knowledge of cervical cancer and pap smear screening: a descriptive study. **Journal of Clinical Nursing**, 22(23-24), 3310–3319,2013.

SILVA D.W, et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**;28(1):21-31, 2006.

SOUSA, A.M et al. Cervical cancer mortality in the state of Rio Grande do Norte, Brazil, 1996-2010: time trends and projections up to 2030. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.25, n.2, p.311-322,2016.

SOARES, M.B.O.; SILVA, S.R. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. Brasília. **Rev. Brasil. de Enfer.**, 63 (2): 177-82, mar-abr, 2010.

SOARES M.C et al.. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc. Anna Nery** [Internet]. 2010; 14(1): 90-96.

SOUZA-JUNIOR, P.R.B. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.2, p. 207-216,2015.

STEVEN, E.W. Cervical cancer. **Lancet.**; 361(9376):2217-25, 2003.

STEWART, B.W; WILD, C.P; **World Cancer Report 2014**. The international agency for research on câncer. World health organization (WHO) press. 630,2014.

- STUMBAR, S.E.; STEVENS, M.; FELD, Z. Cervical Cancer and Its Precursors: A Preventative Approach to Screening, Diagnosis, and Management. **Prim Care.**; 46(1):117-134,2019.
- SUNG, H et al. Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. **Câncer.**; 88(10):2283–89,2000.
- SZWARCWALD, C.L.; SOUZA, P.R.B.; DAMACENA, G.N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. **Bmc Health Services Research.** 10,2010.
- SZWARCWALD, C.L. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva.**; 19(2): 333-342,2014.
- SZWARCWALD, C.L et al. Pesquisa mundial de saúde - 2003: o Brasil em números. **RADIS Comunicação em Saúde;** 1:14-33,2004.
- TAPER, O et al. Sociodemographic inequities in cervical cancer screening, treatment and care amongst women aged at least 25 years: evidence from surveys in Harare, Zimbabwe. **BMC public health,** 19(1), 428.,2019.
- TAYLOR, L.A et al. Leveraging the Social Determinants of Health: What Works? **Plos One.**, 11, e0160217,2016.
- TIENSOLI, S.D.; MENDES; VELASQUEZ-MELENDZ. Avaliação da não realização do exame Papanicolaou por meio do Sistema de Vigilância por inquérito telefônico. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo,v. 52,e03390,2018.
- THULER, L.C.S.; BERGMANN, A.; CASADO, L. Perfil das pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. **Rev. Brasil. de Cancerologia,**v.58,n.3,p.351-357,2012.
- THULER, L.C.S.; Lesões precursoras do câncer do colo uterino—Aspectos epidemiológicos. **Ginecologia oncológica. Rio de Janeiro: Revinter;** p. 3-6,2004.
- WAGGONER, S.E. Cervical cancer. **The Lancet,** 361(9376), 2217–2225,2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer Control. Knowledge into action.** WHO guide for effective programmes.Geneva: WHO, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cervical cancer screening in developing countries. Report of a WHO consultation.** Geneva, Switzerland: WHO;2002,
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Agency for Research on Cancer.** Globocan 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>. Acesso em: 13/11/2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Programmes and projects. Cancer. Screening and early detection of câncer.**WHO,2010).
- YUNUS, N.A.; MOHAMED YUSOFF, H.; DRAMAN, N. Non-Adherence to recom-

mended Pap smear screening guidelines and its associated factors among women attending health clinic in Malaysia. **Malays Fam Physician.**30;13(1):10-17. eCollection,2018.

ZEFERINO, L.C et al. Organization of cervical cancer screening in Campinas and surrounding region, São Paulo State, Brazil. **Cad Saúde Pública;** 22:1909-14,2006.