



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**CURSO DE MEDICINA**

**GABRIELA MAGALHÃES**

**A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE ACERCA DO CÂNCER DO COLO DO  
ÚTERO ENVOLVENDO MULHERES NO NORDESTE BRASILEIRO: UMA  
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Salvador - BA

2021

**GABRIELA MAGALHÃES**

**A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE ACERCA DO CÂNCER DO COLO DO  
ÚTERO ENVOLVENDO MULHERES NO NORDESTE BRASILEIRO: UMA  
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso da  
Graduação em Medicina da Escola  
Bahiana de Medicina e Saúde  
Pública como requisito para  
aprovação do 8º semestre de  
medicina.

Orientadora: Sara dos Santos Rocha

Salvador

2021

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer em primeiro lugar a mim por ter finalizado mais um ciclo da minha vida com um sentimento de aprendizado, principalmente aprender a acreditar em mim, me sentir capaz e ter orgulho em como segui essa trajetória. Nesse período, por circunstâncias da vida, conheci partes de mim nunca exploradas e enfrentá-las concomitante com esse desafio do trabalho de conclusão do curso me mostrou o quão forte, dedicada e centrada nos meus objetivos eu posso ser. Realizo aqui além de um grande passo na minha vida acadêmica, um passo importante para minha confiança e desenvolvimento pessoal.

Além disso, como não andamos sós, agradeço a minha família, Roberto, Viviane, Íris e Sônia, por sempre crerem na minha capacidade e aguentarem meus surtos e choros, agradeço a meu namorado, Leonardo Lima, por me acompanhar de perto com muito amor na construção disso tudo, mesmo com todo o estresse e “patadas”, e por fim agradeço a minha orientadora Sara Santos Rocha e a minha professora de metodologia da pesquisa Caroline Feitosa por tirarem algumas pedras desse meu caminho e me guiarem da melhor forma possível.

Uma vez eu li que agradecer é como contar estrelas, ao encher uma mão outras vão surgindo, umas você não lembra se já contou ou não, e o céu todo se transforma. Acredito que meu processo foi assim, recheado de estrelas que me iluminaram, me guiaram e fizeram meu céu brilhar. Obrigada.

“Caminho se conhece andando  
Então vez em quando é bom se perder  
Perdido fica perguntando  
Vai só procurando  
E acha sem saber

Perigo é se encontrar perdido  
Deixar sem ter sido  
Não olhar, não ver  
Bom mesmo é ter sexto sentido  
Sair distraído, espalhar bem-querer”  
– Chico César, Dominginhos

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O câncer do colo do útero representa a quarta posição de causas primárias para óbitos por câncer em mulheres no Brasil. Sabe-se que a detecção precoce de lesões precursoras torna esse câncer 100% curável logo, planejamento, estratégias, ações e serviços de saúde devem ser organizados para buscar a integralidade do cuidado, reduzindo a mortalidade ainda persistente. Para tanto, faz-se necessário buscar compreender os limites associados a abrangência da política ou ao entendimento das mulheres sobre a Rede de Atenção em Saúde (RAS) vinculada à promoção e prevenção do câncer do colo de útero e as principais barreiras que as usuárias enfrentam dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) que favorecem a permanência de altas taxas de mortalidade por essa causa. **OBJETIVO:** Sumarizar a literatura sobre a utilização da RAS na região do Nordeste do Brasil para o combate ao câncer do colo do útero, destacando o perfil sociodemográfico e o conhecimento acerca do exame Papanicolau e do câncer do colo do útero em usuárias. **MÉTODOS:** Estudo do tipo revisão sistemática realizada no MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO, com busca direcionada para publicações entre 2004 e 2020. Utilizando de descritores e operadores booleanos específicos (“câncer do colo do útero” *AND* Brasil *AND* (prevenção *OR* Papanicolau *OR* promoção *OR* assistência *OR* rede *OR* RAS)). Quatorze estudos, que descreveram a RAS em relação ao câncer do colo do útero, foram incluídos. **Resultados:** Observou-se que a prevenção do câncer colo do útero nas populações estudadas esbarra no perfil sociodemográfico dessas mulheres, onde a maioria delas possui baixa renda e baixa escolaridade, além de existirem barreiras importantes, como o conhecimento inadequado sobre o exame, o relato de sentimentos negativos como medo e vergonha de fazer o exame, além de barreiras relacionadas ao serviço de saúde. **CONCLUSÃO:** Apesar das escassas evidências que nos permitiram apenas a sumarizar a rede primária de atenção em saúde, conclui-se que o nordeste brasileiro não se encontra organizado conforme sugerido pela Diretriz Brasileira para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, principalmente pelo conhecimento inadequado das mulheres alvo, falha no manejo dos recursos e dos determinantes sociais da região. Além disso, fica

claro que mais estudos são necessários para dar maior visibilidade a essa rede no que concerne aos níveis secundário e terciário

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer do colo do útero; Papanicolau; Rede de Atenção em Saúde; Revisão Sistemática; Nordeste brasileiro.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Cervical cancer represents the fourth position of primary causes for cancer deaths in women in Brazil. It is known that the early detection of precursor lesions makes this cancer 100% curable, so planning, strategies, actions and health services must be organized to seek comprehensive care, reducing mortality that is still persistent. Therefore, it is necessary to seek to understand the limits associated with the scope of the policy or the understanding of women about the Health Care Network (RAS) linked to the promotion and prevention of cervical cancer and also the main barriers that users face within the Primary Health Care (PHC) that favor the persistence of high mortality rates due to this cause. **OBJECTIVE:** To summarize the literature on the use of RAS in the Northeast region of Brazil to combat cervical cancer, highlighting the sociodemographic profile and the knowledge about the Pap smear and cervical cancer in users. **METHODS:** Review type of study systematic performed in MEDLINE / PubMed, LILACS, SciELO, with targeted search for PUBLICATIONS between 2004 and 2020. Using specific Boolean descriptors and operators (“câncer do colo do útero” AND Brasil AND (prevenção OR Papanicolaou OR promoção OR assistência OR rede OR RAS). Fourteen studies, which describe the RAS of cervical cancer, were included. **RESULTS:** It was observed that the prevention of the cervix in the studied populations comes up against the sociodemographic profile of these women, where most of them have low income and low education, in addition to that there are important barriers, such as inadequate knowledge about the exam, the report negative feelings such as fear and shame of taking the exam, as well as barriers related to the health service. **CONCLUSION:** Despite the scant evidence that allowed us to just summarize the primary network of health care, it was concluded that the Brazilian Northeast is not organized as suggested by the Brazilian Guidelines for Cervical Cancer Screening, especially for knowledge inadequate target women, failure to manage resources and social determinants in the region. In addition, it demonstrates that more studies are needed to give visibility to this network at the secondary and tertiary levels.

**KEYWORDS:** Cervical cancer; Pap smear; Health Care Network; Systematic review; Brazilian Northeast.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	12
2.1. OBJETIVO GERAL .....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
3. REVISÃO DE LITERATURA	13
4. MATERIAIS E MÉTODOS	16
4.1 DESENHO DO ESTUDO .....	16
4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO E ESTRATÉGIA DE PESQUISA .....	16
4.3 COLETA DE DADOS .....	16
4.4 ANÁLISE DOS ESTUDOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	17
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	17
5. RESULTADOS	18
CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ESTUDOS SELECIONADOS .....	20
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES .....	22
CONHECIMENTO DAS MULHERES .....	25
PRINCIPAIS BARREIRAS .....	27
6. DISCUSSÃO	31
7. CONCLUSÃO	37
8. REFERÊNCIAS	38



## 1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero é associado a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), que possui os dois subtipos mais oncogênicos (16 e 18) responsáveis por cerca de 70% dos casos (1). O câncer surge a partir da evolução das alterações celulares causadas pelo HPV, com um processo de evolução lenta e gradual, variando entre lesões de baixo grau, que na maioria regridem espontaneamente, seguida por lesão de alto grau e a sua evolução para o câncer, porém quando detectadas precocemente e tratadas adequadamente possuem grande chance de não evoluir para uma neoplasia (2). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), as chances de cura do câncer cervical são de 100% com diagnóstico na fase inicial (3).

A detecção precoce ocorre com medidas que demandam baixo custo na Atenção Primária à Saúde (APS), como o exame citopatológico (Papanicolau), o qual pode identificar lesões precursoras(4). Segundo Diretriz Brasileira para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero do Ministério da Saúde, o exame Papanicolau deve ser realizado como forma de rastreio nas mulheres com faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram relações sexuais. A rotina do rastreio é idealizada da seguinte forma: realização do Papanicolau a cada três anos, após o resultado de dois exames normais que devem ser realizados seguidos anualmente, pois dessa maneira é possível reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo no primeiro rastreio (1,5).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para que seja possível a redução do número de casos entre 60% e 90%, é necessária uma cobertura de, no mínimo, 80% da população-alvo com o diagnóstico e tratamento adequado. Uma pesquisa envolvendo 188 municípios brasileiros evidenciou que a taxa de cobertura era de 66% para a realização do exame Papanicolau (6). Porém, apesar da diretriz do Ministério da Saúde com recomendações sobre o Papanicolau, no Brasil a taxa de mortalidade de câncer do colo do útero ainda não tem reduzido e encontra-se na quarta posição de causas primárias para óbitos por câncer em mulheres. Além disso, a estimativa para 2020 foi de 16.590 novos casos de câncer do colo do útero, sendo o 3º mais incidente entre as mulheres nesse ano (7).

Existe também um preconceito atrelado ao exame e ao câncer do colo do útero, que é um fator agravante para a procura da mulher ao serviço como recomendado pela Diretriz Brasileira para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. O preconceito é pautado no desconhecimento sobre o câncer, o qual associam a patologia a uma vida sexual promíscua ou vergonha ao realizar o exame, pois ainda existe um pudor da mulher em se despir frente ao examinador e controle do companheiro não permitindo à mulher a “se submeter a esse tipo de exame” (5).

Historicamente, as mulheres, ao buscarem serviços de saúde, enfrentam discriminação, frustração e violação dos seus direitos, pois seu papel social é, na maioria das vezes, simplificado ao "binômio mãe-filho" e mesmo as mulheres sendo a maioria frequentadora do sistema de saúde, a busca pelo sistema é como acompanhante ou em seu período gravídico, desse modo podemos concluir que ainda é necessária uma luta pela atenção integral da mulher. Como elucidado acima, muitas mulheres ainda morrem por causas preveníveis no Brasil, como por exemplo o câncer do colo do útero (4).

Atualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são 211 milhões de brasileiros, sendo que 51,11% são mulheres. As mulheres, mesmo sendo a maioria do país, sofrem de uma negligência histórica relacionada a sua vida e a sua saúde, simplificam a mulher a seu poder reprodutivo da espécie, que possui um histórico de assistência à saúde focada no âmbito "binômio mãe-filho", ignorando a saúde integral da mulher. Desse modo, a luta do feminismo no Brasil, incorporou a implementação de uma assistência integral à saúde da mulher como forma de apropriação aos seus próprios corpos, pois nesse sentido, além da reprodução da espécie haveria considerações ao exercício da sexualidade e da sua condição de cidadã de direito (8).

Até a década de 70, os programas existentes para a saúde da mulher eram objetivados no ciclo gravídico-puerperal, o qual colocavam a mulher exclusivamente em seu papel materno, dona de casa e responsável pelos cuidados dos familiares, entretanto a pauta da integralidade na atenção a mulher foi levantada juntamente com a implementação do SUS (8).

Em 1984 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), trazendo uma perspectiva de ampliação para o cuidado da saúde da mulher não apenas no ciclo gravídico-puerperal, mas em todos os ciclos da vida. Entretanto, no momento inicial, o PAISM priorizou as ações resolutivas para a saúde reprodutiva da mulher, em especial visando a redução da mortalidade materna – pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção – desse modo, mesmo mantendo como principal foco da política, a saúde integral da mulher, ao manter a prioridade na atuação do ciclo gravídico-puerperal dificultou a implementação das ações nos outros ciclos de vida, visando a ampla saúde da mulher (4).

Atualmente no Brasil, está em vigência a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), publicada em 2004, que objetiva priorizar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da mulher em todas as fases de vida do seu ciclo vital abrangendo as lacunas observadas na prática da implementação do PAISM (9,10). Além disso, a PNAISM discorre em seu texto a importância de um plano de ação individualizado por Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, pois entende a divergência no desenvolvimento técnico e organizacional de cada região do Brasil (11).

Em uma comparação com outros países, foi evidenciado que a taxa de mortalidade e incidência do câncer do colo do útero no Nordeste brasileiro se assemelha a Croácia e Índia, enquanto na região Sul se assemelha a Singapura e a França, respectivamente (12) Além disso, é possível observar que após a implementação de medidas de prevenção para o câncer de colo do útero como o Papanicolau, existiu uma redução da taxa de mortalidade, inicialmente nas capitais e posteriormente com queda no interior dos estados, porém não foi observado essa redução nos interiores da região Nordeste, o qual a queda da taxa de mortalidade atingiu apenas as mulheres das capitais nordestinas (13).

O grande potencial de prevenção para o câncer do colo do útero está relacionado com componentes sociais como educação e desigualdade e pela integração dos diferentes níveis de atenção à saúde. É necessário um conjunto de ações educativas associada à rede de atenção primária com suporte pelos níveis secundário e terciário para que assim, haja, portanto, uma redução da mortalidade pelo câncer do colo do útero (14). A prevenção vai além da estrutura

física para a execução do preventivo, é necessário que a informação seja disponibilizada, permitindo que a mulher alcance a compreensão da necessidade do exame e o momento em que deve ser realizado (4).

Dessa forma, planejamento, estratégias, ações e serviços de saúde devem ser organizados para buscar a integralidade do cuidado, reduzindo a mortalidade ainda persistente. Pois, conforme as evidências apresentadas, o câncer do colo do útero é uma doença evitável, prevenível com acompanhamento e exame de baixo custo. Cabe, portanto, buscar compreender a desordem associada ao entendimento das mulheres sobre a Rede de Atenção em Saúde ligada à promoção e prevenção ao câncer de colo de útero e ainda as principais barreiras que as usuárias enfrentam dentro da APS que favorecem a permanência de altas taxas de mortalidade por essa causa.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Sumarizar a literatura sobre a utilização da Rede de Atenção em Saúde (RAS) na região do Nordeste brasileiro para o combate ao câncer do colo do útero, destacando o perfil sociodemográfico e o conhecimento acerca do exame Papanicolau e do câncer do colo do útero nas usuárias.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Comparar os estudos encontrados de acordo com sua localidade, determinantes sociais e perfil sociodemográfico das participantes.

Descrever as principais barreiras encontradas pelas usuárias na Rede de Atenção em Saúde (RAS) para a realização do exame preventivo, o Papanicolau.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

O câncer do colo do útero é uma alteração de origem epitelial e a sua maioria é causada por cepas oncogênicas do papilomavírus humano, o HPV (15). A infecção genital pelo HPV encontra-se entre as mais frequentes infecções transmissíveis pelo mundo e, atualmente, no Brasil existe uma prevalência de 54,6% de HPV na população jovem, sendo dessa porcentagem 38,4% com HPV de alto risco para desenvolvimento de cânceres (2,16). Entretanto, em sua maioria, as infecções pelo HPV são transitórias e eliminadas pelo próprio sistema imunológico por uma reação inflamatória, porém com o tempo e pela persistência de algumas infecções existe a possibilidade da progressão para uma neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Os dois subtipos mais oncogênicos do HPV são o 16 e 18, associados a 55,3% e 14,1% dos cânceres do colo do útero, respectivamente (2,15).

O câncer do colo do útero possui um alto potencial de prevenção e cura, aproximadamente 100% quando diagnosticado precocemente, pois seu desenvolvimento é lento devido a uma fase pré-clínica longa, sendo possível identificar na realização do exame preventivo, o Papanicolau (17). Vale ressaltar que as lesões precursoras do câncer se desenvolvem de forma silenciosa, demonstrando sintomas apenas quando o câncer do colo do útero já está instaurado, logo, é de extrema necessidade uma prevenção secundária, com o exame Papanicolau como forma de rastreio (18).

O exame preventivo, Papanicolau ou ainda citopatologia da cérvix é realizado com o objetivo de rastreamento ou *screening* para identificar alterações celulares no cérvix uterino (19). O rastreio para o câncer do colo do útero deve ser feito de forma organizada, seguindo as recomendações periódicas e grupos etários, pois assim é possível uma relação custo-benefício positiva, sem um excesso de investigação ou uma cobertura deficiente (20). Dessa forma, o recomendado para políticas públicas é a realização de dois exames citopatológicos seguidos anualmente e, a partir de um resultado negativo, em ambos, deve-se fazer um espaçamento de três anos na realização do próximo exame (21).

A Diretriz Brasileira para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, de 2011, determina que o público-alvo para a realização do *screening* são mulheres

sexualmente ativas na faixa etária de 25 a 64 anos. Porém, a realidade na realização do Papanicolau no Brasil é diferente, o padrão de rastreio é predominantemente oportunístico, no qual a realização do exame é feita a partir do encontro da mulher com o serviço, normalmente por outras razões, logo o rastreio é realizado fora da periodicidade e faixa etária recomendada, o que resulta em uma população com mulheres super rastreadas somadas à mulheres sem rastreio algum (22,23).

A realização do Papanicolau deve ser efetivada a nível de Atenção Primária em Saúde, assim como ações educativas em saúde e a vacinação de grupos específicos pela vacina contra o HPV. Seguindo o cuidado da mulher na Rede de Atenção em Saúde para o câncer do colo do útero, tem como responsabilidade da atenção secundária a confirmação do diagnóstico, caso haja a identificação de lesões precursoras e o tratamento de forma ambulatorial das alterações encontradas, com a realização das biópsias e excisão tipo 1 e algumas excisões do tipo 2b (22).

No Brasil, estratégias, programas e políticas foram desenvolvidas para o cuidado da mulher, no entanto, o enfoque dado em cada momento desencadeou desordens à saúde desse grupo específico. Em 1984, o PAISM foi criado, porém as discussões começaram na década de 70, que a partir da observação de programas implementados em 1966 na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que tinham como objetivo uma atenção direcionada a redução de morbimortalidade materno infantil, focalizada no controle do câncer do colo do útero, câncer de mama, prevenção do alto risco obstétrico, planejamento familiar, estímulo à lactação materna e atenção puerperal como base, trazendo uma discussão sobre a importância de um atendimento organizado e integral à saúde da mulher, pois resultaram positivamente na comunidade associado a um contexto mundial da luta feminina (24).

Ao decorrer desse projeto piloto da UNICAMP, percebeu-se que existia uma fragmentação do corpo da mulher além de uma precariedade na atenção primária desse público, então na década de 70 criaram o Ambulatório Experimental de Tocoginecologia Preventiva na própria UNICAMP, que tornou a discussão da estruturação de um sistema de atenção primária à saúde da mulher uma prioridade (24). O PAISM determinou um marco para a história da atenção

integral à saúde da mulher e para além da perspectiva da atenção médico assistencial, esse programa ressignificou o papel da mulher de apenas mecanismo para a reprodução da espécie para uma condição de cidadã de direito e mostrou a dimensão social da mulher para além do “binômio mãe-filho” com considerações ao exercício da sexualidade (25).

Atualmente, como grande direcionador das políticas de estados, temos como base a PNAISM, que conceitua as ações para a saúde da mulher como forma de política pública com o intuito de ser referência conceitual e técnica de atenção integral à saúde da Mulher, possuindo como objetivo geral a melhoria da condição de vida e saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos legalmente constituídos e ampliar o acesso aos meios de serviço sem discriminação de qualquer espécie. Sendo, portanto, usado como base para a prática do cuidado integral da mulher em relação ao câncer do colo do útero (26).

A política existe como base referencial para que os estados adaptem suas metas e indicadores que interfiram na situação de saúde de forma mais adequada para a sua população. Dessa forma, ela traz seus objetivos, metas, ações, estratégias, fonte de recursos, indicadores e mecanismos de operacionalização, tendo como princípio base as diferenças de desenvolvimento técnico e organizacional dos municípios e regiões do Brasil para a sua aplicação. Portanto para a sua implementação é necessário um interesse pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para que com o apoio disponibilizado pela PNAISM, seja praticado o plano de ação para um cuidado integral à saúde da mulher (11).

Além disso, vale ressaltar que o processo de promoção, prevenção e assistência que constituem a Rede de Atenção em Saúde no Brasil está em constante processo de construção e aperfeiçoamento, desse modo, é imprescindível o posicionamento em relação a saúde integral da mulher pelo Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) pela descrição dos seus objetivos, metas, linha e plano de ação, para que assim a PNAISM esteja sempre em consonância com o desenvolvimento da sociedade (27).



## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo do tipo revisão sistemática sem metanálise.

### **4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO E ESTRATÉGIA DE PESQUISA**

A busca pelos artigos foi realizada de modo estruturado por emprego de descritores e operadores booleanos específicos – (“câncer do colo do útero” AND Brasil AND (prevenção OR Papanicolau OR promoção OR assistência OR rede OR RAS)), uma busca de forma sistemática e hierarquizada com seleção dos artigos a partir da análise do título e resumo, seguida por uma leitura integral. A seleção dos artigos foi realizada por dois pesquisadores nas bases de dados, e então discutidas as escolhas a fim de chegar a um consenso dos estudos selecionados, além da exclusão de publicações repetidas obtidas pelas diferentes plataformas de busca. A busca foi realizada no 2º semestre do ano de 2020, objetivando estudos publicados a partir de 2004, ano de publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, até o momento da pesquisa.

O estudo foi guiado pela lista de verificação PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*), seguindo as orientações para revisão sistemática e não metanálise (28).

### **4.3 COLETA DE DADOS**

Foram utilizadas fontes de domínio público como os buscadores: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)/PUBMED*, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)/BVS*, com procura direcionada para publicações entre 2004 e 2020. Os critérios de inclusão são artigos originais realizados na Região Nordeste do Brasil; que descrevem a Rede de Atenção em Saúde do câncer do colo do útero; com dados coletados a partir de 2004; nos idiomas inglês, português e espanhol. Critérios de exclusão: revisões sistemáticas (qualquer tipo de revisão), relato de caso, editorial e monografia; que avaliem a atenção da rede privada de saúde; não direcionados para a população feminina; que não aborde exclusivamente o câncer do colo de útero; com foco laboratorial,

em rotina de laboratório ou perfil histológico da doença; não voltados para políticas; com foco em grupos minoritários/específicos.

#### **4.4 ANÁLISE DOS ESTUDOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os artigos incluídos foram analisados integralmente por um membro da pesquisa com o propósito de extrair dados relacionados às características sociodemográficas das entrevistadas, o conhecimento das mulheres acerca do assunto e as principais barreiras encontradas para o combate ao câncer do colo do útero na Rede de Atenção em Saúde ligada ao câncer do colo do útero. Foram extraídos também o ano do estudo, local de realização, fonte de dados, número de mulheres entrevistadas em cada estudo e faixa etária das entrevistadas.

Em seguida, foram confeccionados um mapa com a distribuição por estados dos estudos selecionados, três tabelas separando os dados extraídos (características sociodemográficas, conhecimento das mulheres e principais barreiras para o combate ao câncer do colo do útero), e por fim, dois gráficos objetivando uma melhor sintetização dos achados, um com as inadequações dos conhecimentos das mulheres e outro com as principais barreiras encontradas por elas, a fim de padronizar a análise para futura discussão. E também, foram apresentados junto com os resultados o fluxograma e a tabela no padrão da recomendação PRISMA (28).

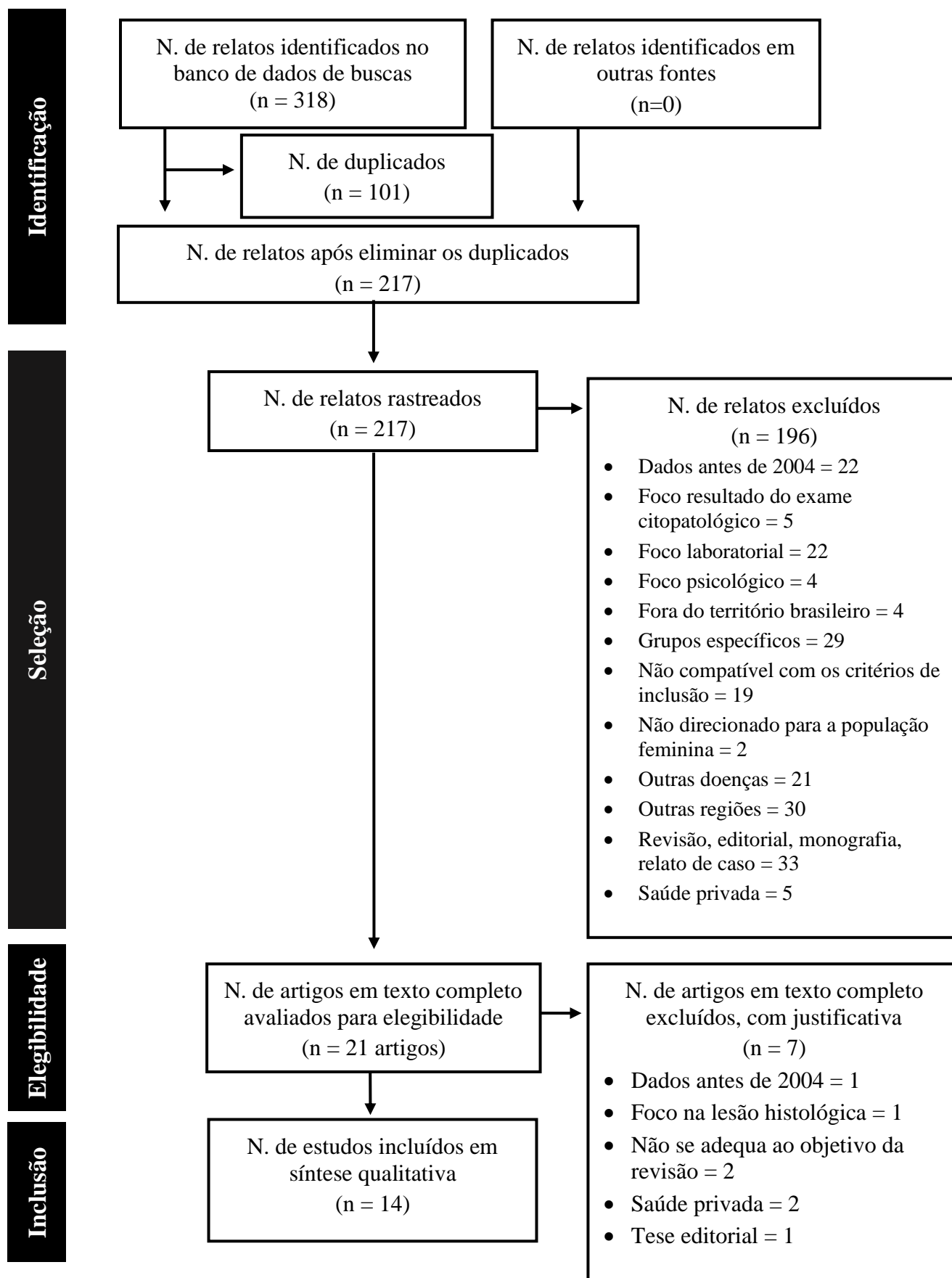
#### **4.5 ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo apresentado não necessita de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois foi realizada exclusivamente com textos científicos para revisão de literatura científica. Dessa forma, o estudo segue as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## 5. RESULTADOS

A fase inicial da pesquisa identificou no banco de dados um total de 318 referências, que após exclusão dos duplicados, foram selecionados 217 artigos para a leitura dos títulos e resumos. A partir da leitura dos títulos e resumos, 166 artigos foram excluídos por não se encaixarem nos critérios de inclusão ou preencherem os critérios de exclusão, sendo: 22 com dados coletados antes de 2004, 5 com foco no resultado do exame citopatológico, 22 com foco laboratorial, 4 com foco psicológico, 4 estudos feitos fora do território brasileiro, 29 relacionados a populações específicas, 19 não compatíveis com os critérios de inclusão, 2 não direcionados para o sexo feminino, 21 relacionados a outras doenças, 30 para outras regiões, 33 estudos de revisão, editorial, monografia ou relato de caso e, por fim, 5 estudos relacionados a saúde privada. Após rastreamento, foi realizada a leitura em texto completo para avaliação de elegibilidade dos 21 artigos selecionados, sendo nesse processo, excluídos: 1 estudo com dados coletados antes de 2004, 1 estudo que apresenta foco na lesão histológica, 2 estudos que não se adequavam ao objetivo da revisão, 2 estudos relacionados a saúde privada e 1 estudo por se tratar de uma tese editorial, sendo então selecionados 14 artigos para síntese qualitativa. (FIGURA 1)

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de estudos



## CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

As características gerais extraídas dos estudos selecionados foram esquematizadas na Tabela 1. Todos os estudos foram realizados a partir de dados primários, sendo 28,57% realizados no estado da Bahia, 21,43% no estado do Ceará e os demais na Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe (Mapa 1), além disso, as amostras variam de 20 a 840 mulheres e tiveram, ao todo, 2909 entrevistadas, sendo uma média de 207 mulheres e com faixa etária variando entre 15 e 69 anos de idade.

Mapa 1 - Distribuição regional dos estudos selecionados (n=14 artigos)

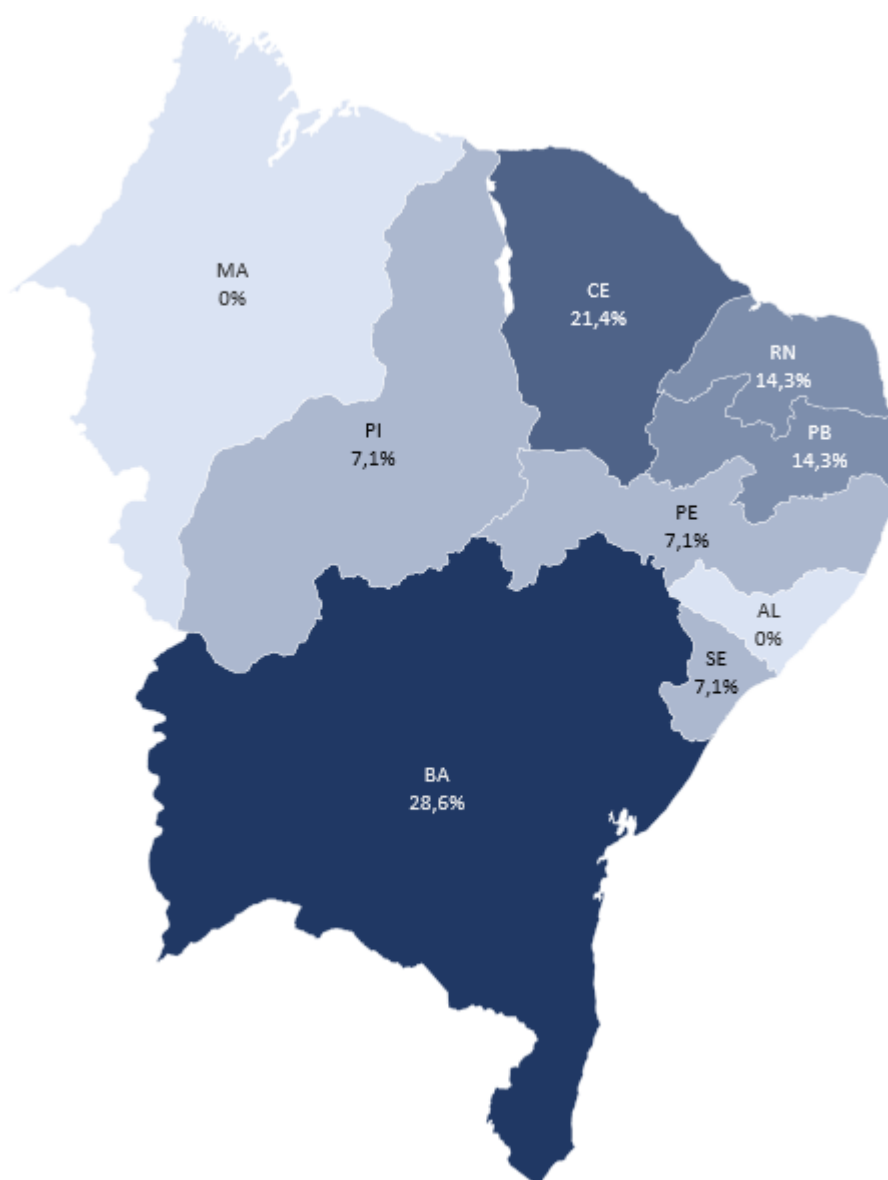


Tabela 1 - Características gerais dos estudos selecionados (n=14 artigos)

<b>AUTOR</b>	<b>ANO</b>	<b>LOCAL</b>	<b>FONTE DE DADOS</b>	<b>Nº PARTICIPANTES</b>	<b>IDADE</b>
Aguilar <i>et al.</i> (29)	2014	Vitória da Conquista - BA	DADOS PRIMARIOS	26	18 – 49
Barbosa <i>et al.</i> (30)	2015	Vitória da Conquista - BA	DADOS PRIMARIOS	20	25 – 50
Morais <i>et al.</i> (31)	2016	Sergipe (SE)	DADOS PRIMARIOS	840	25 – 59
Albuquerque <i>et al.</i> (32)	2009 - 2010	Floriano - PI	DADOS PRIMARIOS	493	15 – 69
Fernandes <i>et al.</i> (33)	2009	São José do Mipibu - RN	DADOS PRIMARIOS	267	15 – 69
Andrade <i>et al.</i> (34)	2013	Feira de Santana - BA	DADOS PRIMARIOS	230	25 – 59
Fonseca <i>et al.</i> (35)	2013	Cidade de Santa Cruz - RN	DADOS PRIMARIOS	150	20 – 49
Malta <i>et al.</i> (36)	2013	Juazeiro do Norte - CE	DADOS PRIMARIOS	240	24 – 59
Santiago <i>et al.</i> (37)	2012	Senhor do Bonfim - BA	DADOS PRIMARIOS	47	25 – 59
Silva <i>et al.</i> (38)	2017	Itaporanga - PB	DADOS PRIMARIOS	30	40 – 65
Garcia <i>et al.</i> (39)	2010	Barbalha - CE	DADOS PRIMARIOS	25	18 – 59
Melo <i>et al.</i> (40)	2015	Recife - PE	DADOS PRIMARIOS	500	25 – 64
Santos <i>et al.</i> (41)	2008	Cajazeiras - PB	DADOS PRIMARIOS	20	Maiores de 20 anos
Greenwood <i>et al.</i> (42)	2004	Fortaleza - CE	DADOS PRIMARIOS	21	18 – 65

## **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES**

Entre os quatorze estudos selecionados, onze artigos (Aguilar *et al.*; Albuquerque *et al.*; Fernandes *et al.*; Andrade *et al.*; Fonsêca *et al.*; Malta *et al.*; Santiago *et al.*; Silva *et al.*; Garcia *et al.*; Melo *et al.*; Santos *et al.*) descrevem as características sociodemográficas das participantes, descritas a seguir e apresentadas na Tabela 2 (29,32– 41).

Referente à escolaridade, podemos evidenciar que dos onze artigos que falaram sobre as características, apenas um (Malta *et al.*) não citou o grau de escolaridade das participantes. Em todos os artigos que foram relatados o grau de escolaridade, foi evidenciado uma porcentagem maior de nível fundamental entre as mulheres entrevistadas (36).

Em relação a renda mensal, dos onze artigos selecionados, apenas um (Santos *et al.*) não fez menção à renda, falando apenas que 64% das entrevistadas trabalham no lar e os outros dez artigos, em 90% deles, foi evidenciado que a maioria das entrevistadas possuem uma renda de até um salário-mínimo, tendo apenas um artigo (Malta *et al.*) que relatou 83,3% das entrevistadas com renda familiar entre um e dois salários-mínimos (36,41).

Em relação ao início da atividade sexual, dos artigos que relataram as características sociodemográficas, apenas três artigos (Aguilar *et al.*; Andrade *et al.*; Santiago *et al.*) tiveram esse enfoque, dando ênfase ao início da atividade sexual com idade menor ou igual a 18 anos, variando em porcentagem de 36,5% a 72% das mulheres entrevistadas (29,34,37).

Em relação ao uso de métodos contraceptivos, apenas quatro estudos foram relatados. Em três desses artigos (Aguilar *et al.*; Malta *et al.*; Santiago *et al.*), foram evidenciados que a maioria das entrevistadas, não fazem uso de algum método com variação de percentual entre 34% a 86,7%, e um estudo (Andrade *et al.*) relatou que 69,6% das entrevistadas fazem uso de algum método contraceptivo (29,34,36,37).

Em relação ao tipo de união ou parceria fixa, dez artigos (Aguilar *et al.*; Albuquerque *et al.*; Fernandes *et al.*; Andrade *et al.*; Fonsêca *et al.*; Malta *et al.*; Santiago *et al.*; Silva *et al.*; Garcia *et al.*; Santos *et al.*) trouxeram essa informação

tendo destaque que a maioria das entrevistadas possuíam união estável (29,32–39,41).

Sete estudos avaliaram o número de filhos, sendo que em todos, o maior percentil possuía filhos, e três desses estudos (Fernandes *et al.*; Melo *et al.*; Santos *et al.*) mostraram ainda que a maioria dessas mulheres possuem de um a seis filhos (33,40,41).

Com relação à área em que a entrevistada reside, apenas dois estudos mostraram que a maioria das entrevistadas eram de áreas urbanas, em ambos (Albuquerque *et al.*; Fernandes *et al.*) (32,33).

Considerando a religião, dos quatro estudos (Albuquerque *et al.*; Fernandes *et al.*; Malta *et al.*; Melo *et al.*) que citaram sobre: a maioria das mulheres consideravam-se católicas (32,33,36,40).

Referente a autodeclaração da cor da pele, três estudos (Santiago *et al.*; Melo *et al.*) investigaram, sendo que dois tiveram em sua maioria, mulheres pardas e um (Andrade *et al.*) englobou pretas/pardas como sua maioria. (Tabela 2) (34,37,40).

Tabela 2 - Características sociodemográficas das entrevistadas (n=14 artigos)

AUTOR	LOCAL	Nº PARTICIPANTES	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
Aguilar <i>et al.</i> (29)	Vitória da Conquista - BA	26	Metade apresentava uma escolaridade com ensino fundamental incompleto, cerca de 65% com renda mensal igual ou inferior a um salário-mínimo, 72% com início de atividade sexual com idade menor ou igual a 18 anos, 64,2% relatam não utilizar nenhum método contraceptivo e grande parte refere apenas um parceiro sexual no último ano.
Barbosa <i>et al.</i> (30)	Vitória da Conquista - BA	20	-
Morais <i>et al.</i> (31)	Sergipe	840	-
Albuquerque <i>et al.</i> (32)	Florianópolis - PI	493	A maioria possui apenas o ensino fundamental completo, renda familiar igual ou inferior a um salário-mínimo, com vida sexual ativa, sendo a maioria casada ou com uma relação estável com parceiro fixo, com média de um a três filhos, residentes na área urbana e consideram-se católicas.
Fernandes <i>et al.</i> (33)	São José do Mipibu - RN	267	A maioria (58,4%) possui ensino fundamental incompleto, renda familiar de até um salário-mínimo, vida sexual ativa, casada ou união estável, com um e seis filhos, católica e dona



AUTOR	LOCAL	Nº PARTICIPANTES	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
			de casa. Além disso, 34,8% viviam na zona rural e 65,2% na área urbana.
Andrade <i>et al.</i> (34)	Feira de Santana - BA	230	Nesse estudo, 42,6% haviam cursado o ensino médio, 5,7% nunca haviam frequentado a escola, 49,3% renda até um salário-mínimo, 54,8% exerciam alguma atividade remunerada, 36,5% iniciaram a vida sexual antes dos 18 anos, 69,6% fazem uso de algum método contraceptivo, 63% casadas ou em união estável, 87,4% tinham filho e em sua maioria de 1 a 3 filhos e 87,6% se consideravam da cor de pele preta/parda.
Fonsêca <i>et al.</i> (35)	Cidade de Santa Cruz - RN	150	Uma média de 6,4 anos de estudo, a renda familiar com média de R\$ 495,20, 57,3% são casadas e 22,7% possuem união estável.
Malta <i>et al.</i> (36)	Juazeiro do Norte - CE	240	83,3% com renda familiar entre um e dois salários-mínimos, 62,5% dona de casa, 86,7% não usavam nenhum método contraceptivo, 87,1% com parceria fixa, 76,7% em união estável, 86,2% com filhos e maioria católica.
Santiago <i>et al.</i> (37)	Senhor do Bonfim - BA	47	38,3% com ensino médio, 8,5% não frequentaram a escola, 83% com renda familiar até um salário-mínimo, 61,7% iniciaram atividade sexual com menos de 18 anos, 34% relatam não usar métodos contraceptivos, 53,2% em união estável, maioria com 1 a 3 filhos e 68,1% se declararam parda.
Silva <i>et al.</i> (38)	Itaporanga - PB	30	37% não alfabetizadas, 47% ensino fundamental incompleto, 33% com renda de até um salário-mínimo e maioria casada.
Garcia <i>et al.</i> (39)	Barbalha - CE	25	49% ensino fundamental incompleto, 76% com renda mensal de até um salário-mínimo e 60% em união estável.
Melo <i>et al.</i> (40)	Recife - PE	500	46% estudaram até o ensino fundamental, 43,1% com renda familiar de até um salário-mínimo, 60,2% não trabalhava, 33,6% possuíam três ou mais filhos, 50,8% católica e 66% consideravam-se da cor parda/morena ou mulata.
Santos <i>et al.</i> (41)	Cajazeiras - PB	20	32% não concluíram o 1º grau, 64% trabalham no lar, 72% com união estável e 20% possuem de quatro a seis filhos.
Greenwood <i>et al.</i> (42)	Fortaleza - CE	21	-

## CONHECIMENTO DAS MULHERES

Relacionado ao conhecimento das mulheres entrevistadas acerca do câncer do colo do útero, do seu modo de prevenção e assistência, pelos artigos selecionados, apenas um (Greenwood *et al.*) não adentrou nesse quesito (42). Porém analisando os outros treze artigos (Aguilar *et al.*; Barbosa *et al.*; Morais *et al.*; Albuquerque *et al.*; Fernandes *et al.*; Andrade *et al.*; Fonsêca *et al.*; Malta *et al.*; Santiago *et al.*; Silva *et al.*; Garcia *et al.*; Melo *et al.*; Santos *et al.*) foi possível relatar que 92,3% evidenciaram na maioria das entrevistadas um conhecimento inadequado em relação a temática, 46,1% demonstraram que a maioria ou boa parte das mulheres já ouviram falar sobre o exame Papanicolau, porém não sabem ao certo sua função, 30,8% dos artigos trazem que as mulheres relacionam o preventivo a sintomas ginecológicos como corrimento e prurido, 15,4% dos artigos indicam que boa parte das mulheres fazem uma forte relação entre o preventivo e o diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, um artigo demonstra que a maioria das mulheres não sabe os fatores de risco associados à patologia e outros dois relatam queixas das mulheres sobre desorientação acerca do câncer do colo do útero. Entretanto, em 46,3% dos artigos, foi evidenciado que a maioria das mulheres consideram a realização do exame algo importante. (Gráfico 1 e Tabela 3) (29–41).

Gráfico 1 - Frequência dos artigos em relação ao conhecimento das mulheres sobre a temática (n=14 artigos)

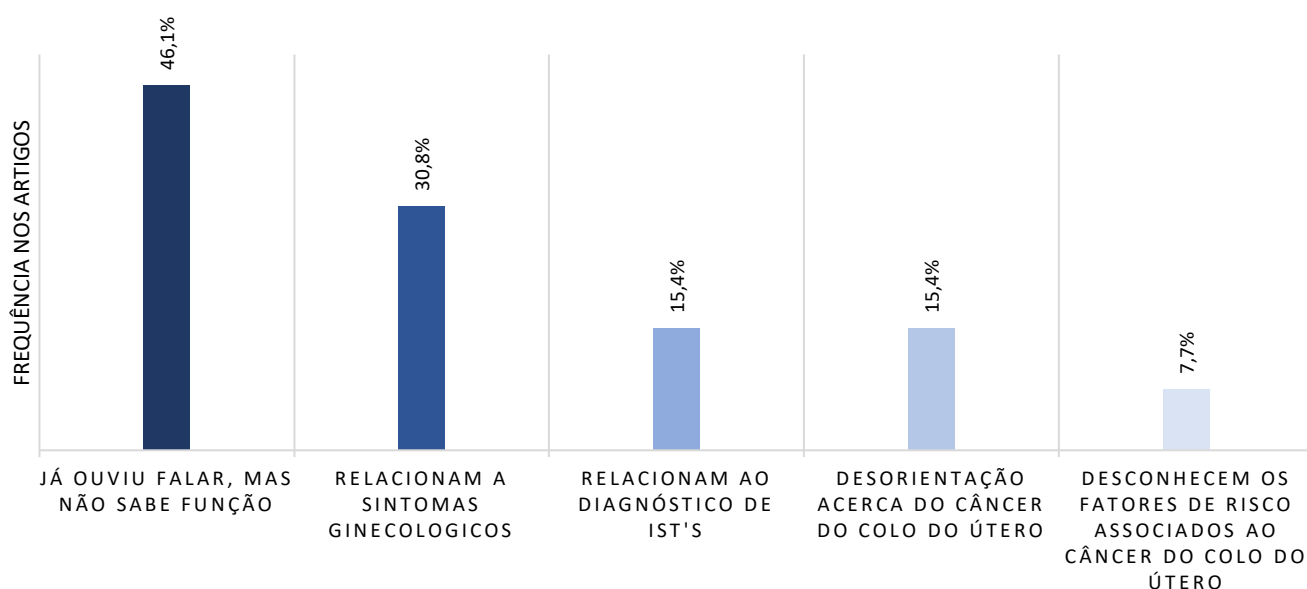


Tabela 3 - Conhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero e preventivo (n=14 artigos)

AUTOR	LOCAL	Nº PARTICIPANTES	CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA/PREVENTIVO
Aguilar <i>et al.</i> (29)	Vitória da Conquista - BA	26	Conhecimento insuficiente das mulheres acerca da doença e forma de prevenção, maioria não reconhece a importância do preventivo e associam sua realização a queixas ginecológicas, práticas curativas e descobertas de infecções sexualmente transmissíveis. Tratam o câncer do colo do útero como uma doença distante do seu contexto de vida.
Barbosa <i>et al.</i> (30)	Vitória da Conquista - BA	20	A maioria das mulheres informa saber pouco sobre o câncer do colo do útero, fazendo a associação do preventivo a diagnósticos de outras doenças ginecológicas sintomáticas. Apenas 10% das mulheres relataram a relação entre fator de risco HPV e câncer do colo do útero.
Morais <i>et al.</i> (31)	Sergipe (SE)	840	A maioria das mulheres possui um conhecimento inadequado do câncer do colo do útero e principalmente da condição assintomática da doença.
Albuquerque <i>et al.</i> (32)	Floriano - PI	493	Embora 94% das mulheres já tenham ouvido falar do procedimento, apenas 36,7% tinham conhecimento adequado.
Fernandes <i>et al.</i> (33)	São José do Mipibu - RN	267	98,1% tinham ouvido falar do Papanicolau, 46,1% apresentaram conhecimento adequado. 36,7% consideravam necessária a realização do Papanicolau, mas não sabia os benefícios que ele representava.
Andrade <i>et al.</i> (34)	Feira de Santana - BA	230	99,1% já tinha ouvido falar sobre o Papanicolau, porém apenas 1,3% responderam um certo grau de conhecimento que é ser realizado a cada três anos, as outras mulheres se dividiram entre anualmente e semestralmente. 0,9% nunca tinham ouvido falar do Papanicolau.
Fonsêca <i>et al.</i> (35)	Cidade de Santa Cruz - RN	150	Apenas 48% das entrevistadas já ouviram ou já participaram de alguma palestra e 53,3% afirmaram nunca ter tido orientações sobre prevenção.
Malta <i>et al.</i> (36)	Juazeiro do Norte - CE	240	72,9% já ouviram falar, mas apenas 17,1% tinham conhecimento adequado, 57,5% citaram como finalidade a detecção de DST/HIV e 10,8% não souberam o objetivo do exame.
Santiago <i>et al.</i> (37)	Senhor do Bonfim - BA	47	80,9% tinham conhecimento inadequado sobre o exame e 4,3% não sabiam que o Papanicolau era realizado na unidade do bairro.

AUTOR	LOCAL	Nº PARTICIPANTES	CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA/PREVENTIVO
Silva <i>et al.</i> (38)	Itaporanga - PB	30	37% não sabem a função do exame e 27% relataram não ter conhecimento sobre a importância do exame.
Garcia <i>et al.</i> (39)	Barbalha - CE	25	A maioria das mulheres possuem conhecimento insuficiente sobre o preventivo, associam a sua realização a queixas ginecológicas não conhecendo a condição assintomática da doença. Embora a maioria das mulheres saibam a importância da realização, não sabem o porquê.
Melo <i>et al.</i> (40)	Recife - PE	500	64,8% possuem conhecimento inadequado sobre a doença. 99,6% já ouviram falar sobre o exame preventivo, mas 73,8% não sabiam o objetivo dele.
Santos <i>et al.</i> (41)	Cajazeiras - PB	20	Apenas 20% possuem conhecimento adequado sobre a doença, 72% possuem entendimento da importância do preventivo.
Greenwood <i>et al.</i> (42)	Fortaleza - CE	21	–

### PRINCIPAIS BARREIRAS

Tratando-se das principais barreiras evidenciadas pelas mulheres para o combate ao câncer do colo do útero, diante dos artigos selecionados, apenas um (Santos *et al.*) não retratou sobre o assunto, e diante dos outros treze artigos (Aguilar *et al.*; Barbosa *et al.*; Morais *et al.*; Albuquerque *et al.*; Fernandes *et al.*; Andrade *et al.*; Fonsêca *et al.*; Malta *et al.*; Santiago *et al.*; Silva *et al.*; Garcia *et al.*; Melo *et al.*; Greenwood *et al.*), foi possível evidenciar que como principais barreiras, 53,8% relataram a falta de conhecimento das mulheres como peça fundamental para a desordem, 84,6% dos artigos informaram que a maioria das mulheres são repletas de sentimentos negativos relacionados ao atendimento ginecológico como medo, nervosismo, vergonha e ansiedade, existindo um aumento dessas queixas quando relacionado ao atendimento pelo profissional do sexo masculino (29–42). Além disso, 38,5% trouxeram como ponto importante a incompatibilidade de horários disponíveis pela unidade de saúde com os horários das mulheres, principalmente depois da inserção das mulheres no mercado de trabalho, 30,8% trouxeram que as mulheres informam uma dificuldade de marcação, busca dos resultados e conduta profissional

inadequada, 23% perceberam uma falta de interesse das mulheres em relação a temática, falta de material disponível, assistência deficiente e uma atitude inapropriada das mulheres em relação ao exame não seguindo as recomendações do Ministério da Saúde e por fim, um artigo relatou uma queixa de estrutura inadequada pelas mulheres (Tabela 4).

Tabela 4 - Principais barreiras para o combate ao câncer do colo do útero (n=14 artigos)

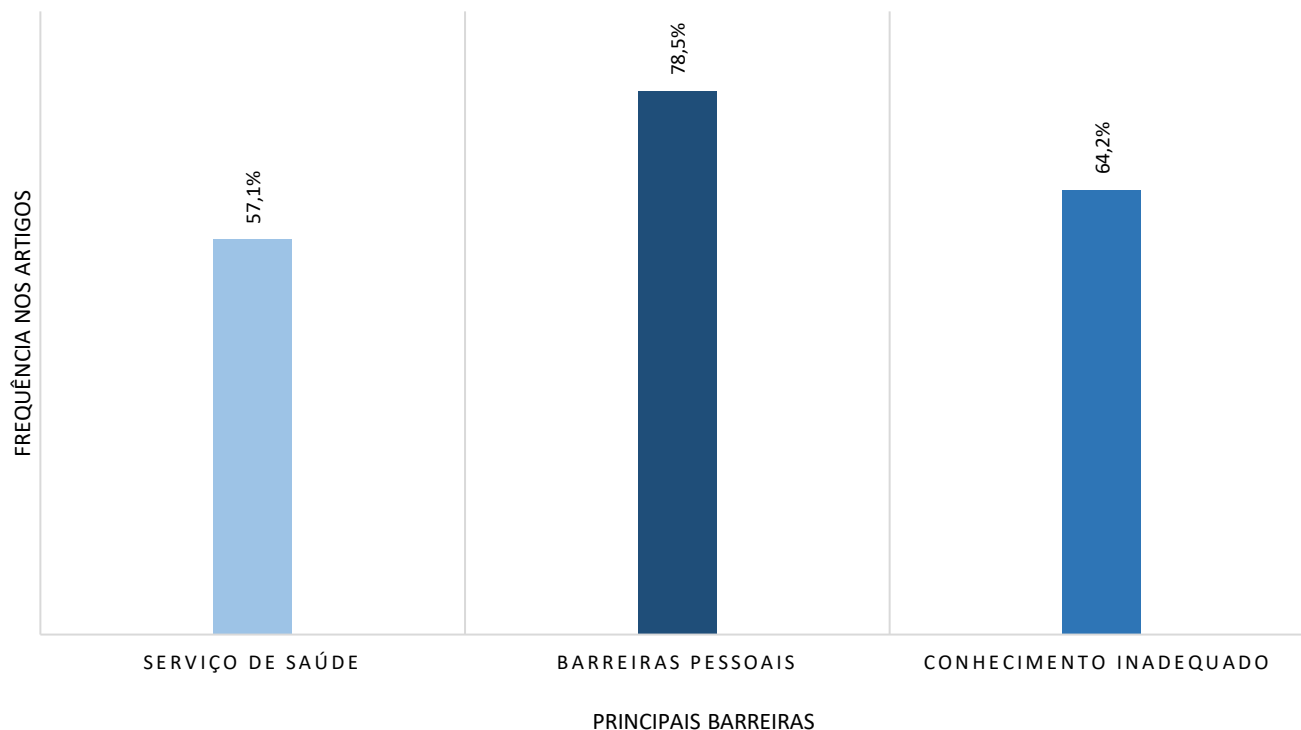
AUTOR	LOCAL	Nº PARTICIPANTES	PRINCIPAIS BARREIRAS
Aguilar <i>et al.</i> (29)	Vitória da Conquista - BA	26	Conhecimento insuficiente, relacionar atividade sexual ao câncer do colo do útero, sentimentos negativos como vergonha (principalmente relacionado ao profissional do sexo masculino), medo de realizar o exame e do resultado e constrangimento. Falta de interesse das mulheres, dificuldade na marcação de consulta e incompatibilidade entre os horários disponíveis pela rede entre a jornada de trabalho da mulher.
Barbosa <i>et al.</i> (30)	Vitória da Conquista - BA	20	Conhecimento insuficiente sobre o exame, sentimentos negativos (vergonha, ansiedade, constrangimento, incômodo, medo da dor), falta de motivação, conduta profissional, dificuldade de marcação devido ao ajuste de horários da rede com horário de trabalho e poucas vagas e falta de material.
Morais <i>et al.</i> (31)	SE	840	15,5% das entrevistadas relataram sentimento de vergonha, 21% com dificuldade na marcação do exame, 22% relataram demora para entrega dos resultados, infraestrutura inadequada e oferecem o preventivo, porém sem a devida qualidade de assistência.
Albuquerque <i>et al.</i> (32)	Florianópolis - PI	493	Conhecimento inadequado, sentimentos negativos como vergonha, atitude inapropriada para a importância sabida.
Fernandes <i>et al.</i> (33)	São José do Mipibu - RN	267	22,1% das entrevistadas afirmaram descuido, 7,4% não solicitação do médico, 6,3% sentir vergonha, 3,2% incômodo do exame, 2,1% falta de tempo e 1,1% posto de saúde fica longe. Apenas 63,3% das mulheres apresentaram atitude adequada frente ao exame Papanicolau.
Andrade <i>et al.</i> (34)	Feira de Santana - BA	230	47% relataram que a não realização é devido à ausência de problemas ginecológicos, 23,5% relataram vergonha e 27,7% não sabiam como marcar o exame na unidade de Saúde da Família do bairro.

AUTOR	LOCAL	Nº PARTICIPANTES	PRINCIPAIS BARREIRAS
Fonsêca <i>et al.</i> (35)	Cidade de Santa Cruz - RN	150	13,3% referiram ansiedade, 11,3% medo ao resultado do exame e 52% das entrevistadas relatam demora para recebimento do exame.
Malta <i>et al.</i> (36)	Juazeiro do Norte - CE	240	27,6% das entrevistadas relataram sentir vergonha, 20% não gostar do profissional 20% e 68,1% por falta de material, tendo o medo como principal motivo para não realização (50% das entrevistadas), além disso 73,3% possuem atitude inadequada e 39,8% prática inadequada.
Santiago <i>et al.</i> (37)	Senhor do Bonfim - BA	47	27,3% referiram que não realizaram o exame por falta de sintomas e 97,6% das entrevistadas possuem uma prática inadequada.
Silva <i>et al.</i> (38)	Itaporanga - PB	30	73% relatam não ter conhecimento sobre o exame, 43% informam sentimento de vergonha para realização, 17% medo e 7% medo do diagnóstico.
Garcia <i>et al.</i> (39)	Barbalha - CE	25	Maioria das mulheres com conhecimento inadequado acerca da doença e do preventivo, com sentimentos negativos como vergonha, medo, desconforto e nervosismo quando exame é realizado por homens.
Melo <i>et al.</i> (40)	Recife - PE	500	14,7% ausência de parceiro sexual relacionando o câncer do colo do útero a atividade sexual, 17,6% vergonha, 32,4% relataram falta de interesse e 14,7% falta de tempo.
Santos <i>et al.</i> (41)	Cajazeiras - PB	20	-
Greenwood <i>et al.</i> (42)	Fortaleza - CE	21	Não busca os resultados por situações relacionadas a mulheres como situação de trabalho, dificuldade financeira de locomoção, viajar e esquecimento. Quanto aos profissionais foi relatado um atendimento inadequado e falta de interação o qual afastou a mulher. Além do motivo relacionado a estrutura, como greve, dificuldade de conseguir um novo atendimento e indisponibilidade de recursos humanos e materiais.

A partir da visualização do gráfico podemos elucidar que aproximadamente 80% dos artigos selecionados retrataram motivos pessoais como uma das principais barreiras e são destrinchados em sentimentos negativos como o medo, nervosismo, vergonha e ansiedade, principalmente quando o exame é feito por profissional do sexo masculino. Enquanto cerca de 65% dos artigos levantaram o conhecimento inadequado das mulheres acerca da doença e do seu exame

preventivo. E por fim, barreiras relacionadas ao serviço de saúde como falta de material, incompatibilidade de horário, conduta profissional inadequada, estrutura inadequada e demora de resultados foram citados em aproximadamente 60% dos artigos como umas das principais barreiras. (Gráfico 2).

Gráfico 2 Frequência nos artigos das principais barreiras encontradas pelas mulheres para realização do Papanicolau (n=14 artigos)



## 6. DISCUSSÃO

Segundo a OMS, para existir uma redução significativa da mortalidade por câncer do colo do útero, é necessária uma cobertura de 80% do público-alvo com o exame preventivo e adequado tratamento, logo, faz-se necessário compreender os fatores individuais e contextuais que contribuem para que a cobertura ainda se encontre inadequada e sua mortalidade elevada.

O presente trabalho, uma revisão sistemática, com quatorze artigos, abrangendo um total de 2.909 participantes, que buscou entender os aspectos de promoção, prevenção e assistência da RAS, no entanto encontrou apenas resultados sobre o exame preventivo, Papanicolau, sem muito apresentar o que a rede oferta em seus níveis secundário e terciário. Além disso, foi evidenciado que as mulheres possuem sentimentos negativos e uma inadequação de conhecimento acerca do câncer do colo do útero, principalmente sobre seu exame de rastreio. É importante frisar que, existe uma relação contraditória, pois embora as mulheres considerem que o exame é importante, ao mesmo tempo, mostram um conhecimento inadequado que se transformam em barreiras pessoais para o acesso aos serviços de saúde relacionados ao câncer do colo do útero.

Acerca dos sentimentos negativos das mulheres, tais como vergonha, medo, nervosismo, ansiedade e pudor, estão ligados a relação da mulher e o significado do câncer do colo do útero na sociedade. Em relação a execução do exame preventivo, como relatado por Teixeira, (2015), a natureza do exame remete a sentimentos de vulnerabilidade, principalmente quando existe possibilidade de um profissional do sexo masculino realizá-lo, o que está de acordo com os sentimentos descritos pelas mulheres no presente estudo (43). Em associação, existe um julgamento social das possíveis causas do câncer do colo do útero, demonstrado tanto por Teixeira, (2015) quanto por Campos *et al.*, (2017), que retrataram uma relação de consequência a uma vida sexual promíscua e o desenvolvimento da doença, pautada pelo machismo estrutural existente na sociedade (43,44). Isso afasta ainda mais as mulheres, visto que é algo distante do seu contexto de vida ou pela vergonha em procurar atendimento devido ao julgamento social.



Além disso, Campos *et al.*, (2017) também trouxeram os sentimentos das mulheres acerca do câncer do colo do útero como algo inerente a concepções humorais do corpo, sendo relatado como uma doença invencível e “doença da mulher”, inerente a prevenção (44). Essa construção cultural é de um contexto de determinação social e pode ser desconstruída por meio de processos contínuos de educação para a saúde, desmistificando a doença e desenvolvendo aprendizagens quanto a doença, sua prevenção, possibilidade de cura e o acesso ao tratamento.

No que concerne a falhas no serviço de saúde, a falta de insumos, estrutura inadequada e processo de trabalho inapropriado foram destacados como uma das principais barreiras encontradas pelas mulheres que compreendem a importância da realização do exame preventivo, mas são desestimuladas ao se depararem com tal organização do serviço de saúde. Em concordância, Tomasi *et al.*, (2015) evidenciaram que apenas metade das unidades básicas de saúde do Brasil apresentam estrutura adequada para a realização do rastreamento para o câncer do colo do útero e apenas 30% das equipes estão com o processo de trabalho adequado, destacando que no Nordeste esses resultados são ainda piores (45). Além disso, como demonstrado por Cunha *et al.*, (2010) a dificuldade para a marcação de consultas e exames, principalmente ligada a ausência de espaço para a demanda espontânea desestimula a procura do serviço pelos usuários, o que concorda com o achado do presente estudo que a incompatibilidade de horários disponíveis entre as mulheres e a unidade básica de saúde é uma barreira relacionada ao serviço de saúde, que impede o aumento da cobertura para a prevenção de câncer cervicouterino (46).

Em contraponto ao elucidado no presente trabalho, Stormo *et al.*, (2014) e Quadros *et al.*, (2004) evidenciaram os danos de um *overscreening*, o qual a realização da maioria dos exames está fora do público-alvo, com início precoce e maior frequência, levando, portanto, a uma falência de recursos para a realização da cobertura como preconizado pelo Ministério da Saúde e, dessa forma, leva a uma ineficiência no programa de prevenção ao câncer do colo do útero (47,48). Como exemplificado por Quadros *et al.*, (2004), apenas 20,6% dos exames realizados em doze meses na cidade de Pelotas/RS foram efetivamente necessários, revelando um desperdício de recursos (48). Para serem

suplantadas as barreiras relacionadas aos serviços de saúde faz-se necessário monitoramento constante e avaliação dos processos para o aperfeiçoamento das políticas, bem como melhor preparo de profissionais capazes de se tornarem multiplicadores e facilitadores para a adesão das mulheres aos serviços de saúde necessários.

Com relação ao conhecimento das mulheres acerca do câncer cervical, no presente estudo, houve significativa defasagem sobre a temática, o que interfere de forma direta para uma ampla cobertura da prevenção do câncer do colo do útero, pois as mulheres associam o objetivo do exame preventivo a queixas ginecológicas como corrimento, prurido ou infecções sexualmente transmissíveis ou então buscam a unidade de saúde associado ao planejamento familiar e pré-natal, não indo ao encontro do profissional para prevenir o câncer do colo do útero, como confirmado por Brenna *et al.*, (2001) que além disso, evidenciaram que mulheres com 56 anos ou mais possuem um maior déficit de conhecimento devido ao fato de terem frequentado mais o serviço de saúde, no período gravídico puerperal, numa época em que o PAISM ainda estava sendo implementada e difundido (49).

Em relativa consonância, Fernandes *et al.*, (2002) relataram uma defasagem no conhecimento de gestantes em uma comunidade carente de São Paulo, no qual elas demonstram entendimento relacionado ao objetivo do exame, porém desconhecem sua frequência e importância, visto que algumas mulheres nunca tinham realizado, o que em suma mostra a falta de orientação acerca da temática, pois apenas conhecer não é suficiente para influenciar mudanças positivas nas mulheres (50). Um exemplo confirmatório da influência do conhecimento das mulheres para uma maior cobertura do exame preventivo foi demonstrado por Alves *et al.*, (2016) que, na cidade de Porto Alegre/RS, após estratégias relacionadas a valorização da feminilidade e educação em saúde como troca de experiência e resolução de dúvidas em centros comunitários, festas locais e escolas, além de uma abordagem multiprofissional e o aumento da oferta de horários para a coleta de exame, a cidade passou de 10% para 50% em cobertura das mulheres alvo em um ano (51).

Diferente do achado no presente estudo, Valente *et al.*, (2009) demonstraram, a partir de uma pesquisa com estudantes do ensino médio noturno de uma escola

pública, que 91% das entrevistadas possuem conhecimento adequado (objetivo, frequência e como é realizado) acerca do Papanicolau (52). Porém, essa porcentagem elevada pode ser em detrimento do grau de escolaridade (ao menos nove anos de estudo), e como já relacionado por Brenna *et al.*, (2001), Teixeira, (2015) e Quadros *et al.*, (2004) existe uma relação direta entre grau de escolaridade e nível socioeconômico com o conhecimento das mulheres acerca do câncer do colo do útero, principalmente seu exame preventivo (43,48,49). Ademais, indaga quanto a necessidade da educação para a saúde em todos os espaços da vida cotidiana e do trabalho da mulher, além do momento mais adequado no ciclo de vida, evitando-se as consequências, inclusive a morte pelo câncer de colo de útero.

O presente estudo foi realizado com artigos da região do nordeste do Brasil que segundo Freese *et al.*, (2013) encontra-se em transição epidemiológica, a qual observa-se uma redução e controle do câncer do colo do útero (53). Segundo o IBGE, o nordeste brasileiro corresponde a 27,8% da população, porém possui apenas 13,5% do PIB brasileiro, além disso, apresenta 61,3% dos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) baixo, o que condiz com a realidade das mulheres entrevistadas nos estudos e interfere na cobertura do exame preventivo, confirmado por Teixeira, (2015), Mendonça *et al.*, (2008), Hackenhaar *et al.*, (2006) e Olinto *et al.*, (2000) (43,54–56).

Em detrimento ao perfil sociodemográfico das mulheres nos estudos selecionados, é possível afirmar que, em sua maioria, trata-se de mulheres negras e pardas, de baixa escolaridade e nível socioeconômico precário, e são essas mulheres as vítimas fatais do câncer do colo do útero como afirmado por Mendonça *et al.*, (2008), que além disso demonstraram em seu trabalho que 71,4% dos óbitos ocorridos em Recife/PE no ano de 2006 foram mulheres negras, porém não é de conhecimento científico uma relação biológica para maior mortalidade nessas mulheres, logo se entende como uma influência de fatores socioeconômicos (54). Expandindo essa relação para a região do sul do país, considerada mais desenvolvida, segundo Hackenhaar *et al.*, (2006) mesmo na cidade de Pelotas/RS, onde há alta cobertura do exame preventivo, as mulheres de cor mulata ou preta com baixo nível socioeconômico, pouca escolaridade e sem companheiro são as que menos realizam o Papanicolau (55).

De forma geral, como destacado por Olinto *et al.*, (2000) existe um abismo entre as raças no Brasil, sendo as mulheres negras as mais marginalizadas, o que promove uma iniquidade ao acesso à saúde (56). E sintetizando a problemática, como afirmaram Quadros *et al.*, (2004), a população de maior risco é a com menor nível de cobertura e uma das melhores estratégias como citado por Tomasi *et al.*, (2015), Hackenhaar *et al.*, (2006), Mendonça *et al.*, (2008) e Brenna *et al.*, (2001) é que sejam identificado os grupos de mulheres mais vulneráveis para a realização de ações de educação em saúde continuada como responsabilidade da RAS para a disseminação de informações e esclarecimentos da população mais atingida pela enfermidade para que o aumento da cobertura gere impacto na mortalidade da doença (45,48,49,54,55).

Dessa forma, para uma boa cobertura e redução da mortalidade, faz-se necessário a mulher estar esclarecida a respeito da prevenção contra o câncer cervical – vacina, exame do papanicolau no período recomendado; os fatores de risco associados (tabagismo, iniciação sexual precoce, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade e uso de contraceptivos orais) o que a RAS existente no seu território oferta para o tratamento da doença (57).

No que concerne as possíveis limitações do presente trabalho, pelo fato de existirem outras bases de dados além das utilizadas, podem não ter sido selecionados artigos que se enquadrem nos critérios de inclusão. Outro ponto é a dificuldade para a coleta dos dados, pois existe uma heterogeneidade dos artigos segundo a forma de entrevistar as mulheres, logo, a falta de um protocolo para avaliar os dificultadores para o acesso das mulheres a rede de atenção à saúde e suas barreiras encontradas, gera um desencontro ou interpretações distintas de certas informações.

Ademais, devido à falta de material disponível na literatura, não foi possível mapear o seguimento total da rede fazendo um vínculo entre a atenção primária, secundária e terciária. Além disso, o presente estudo não abordou especificamente grupos restritos de mulheres como as encarceradas, indígenas, ribeirinhas, gestantes, menopausadas, quilombolas, sem-terra, idosas ou com alguma imunodeficiência ou patologia de base, dessa forma o resultado encontrado não traduz as inúmeras heterogeneidades das mulheres do Brasil.

Por fim, o resultado apresentado corrobora para que a literatura, ao analisar a cobertura e a rede de atenção em saúde para o combate ao câncer do colo do útero, abra os olhos acerca da percepção e do entendimento das mulheres acerca da temática, pois elas são o verdadeiro foco do seguimento e cuidado e em um cenário utópico onde a rede funciona perfeitamente, sem o entendimento delas, a cobertura continuará falha. Desse modo, o investimento da educação em saúde deve ser extensamente utilizado.

## 7. CONCLUSÃO

A partir da revisão dos artigos científicos sobre o tema, não podemos concluir como a RAS é utilizada no nordeste brasileiro, pois o estado da arte reduz o combate ao câncer do colo do útero apenas ao exame preventivo, logo são necessários mais estudos que deem visibilidade a essa rede nos níveis secundário e terciário. Porém, é possível elucidar que o nível primário de atenção se encontra com certas defasagens que se entrelaçam entre si e resultam na baixa cobertura do exame preventivo.

O nordeste brasileiro não se encontra organizado como sugerido pela Diretriz Brasileira para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, principalmente pelo conhecimento inadequados das mulheres alvo, da falha no manejo dos recursos e dos determinantes sociais da região. A falta de informação leva ao surgimento dos medos, a falta de adesão às ações de cuidado e impede o empoderamento da mulher em relação ao tema. A falta de estrutura dos serviços desencadeia a descredibilização da RAS ofertada pelo SUS e a busca dessas mulheres por serviços privados de baixa qualidade ou a negligência quanto ao cuidado da sua saúde.

Portanto, a superação dessas barreiras depende da estruturação das políticas públicas adequadas às necessidades do perfil de determinação social das mulheres com suas adequações locais, melhor estruturação e redução das barreiras dos serviços, além de capilarizar em todos os espaços e grupos de mulheres, as ações de educação em saúde visando o empoderamento sobre como melhor se cuidar, evitando o câncer de colo do útero.

## 8. REFERÊNCIAS

1. INCA. Tipos de Câncer Câncer do Colo do Útero - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. Instituto Nacional de Câncer. 2020 [cited 2020 May 2]. p. 1–5. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero/profissional-de-saude>
2. Giraldo P, Silva MJ, Fedreizzi E, Gançalves AK, Amaral R, Junior J, et al. HPV INFECTION AND LESION PREVENTION USING GPV VACCINE. DST - J bras Doenças Sex Transm. 2008;20(2):132–40.
3. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Tipos de câncer: Câncer do colo do útero [Internet]. Instituto Nacional de Câncer. 2018 [cited 2020 Jul 16]. p. 4–7. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>
4. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. 1.<sup>a</sup> edição. Vol. 1, Editora MS. Brasília - DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher Esplanada dos Ministérios, Bloco G,; 2004. 82 p.
5. Ministério da Saúde; INCA. Exposicao: A Mulher e o Câncer do Colo do Útero [Internet]. 2018. p. 1–20. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//exposicao\\_digital\\_inca\\_ca\\_colo\\_utero\\_2018.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//exposicao_digital_inca_ca_colo_utero_2018.pdf)
6. Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2008;30(5):216–8.
7. Instituto Nacional do Câncer. Causas e Prevenção Estatísticas de câncer [Internet]. 2020 [cited 2020 May 1]. p. 2–7. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
8. Villela W, Monteiro S. Atenção à Saúde das Mulheres: Historicizando Conceitos e Práticas. In: Gênese e Saúde Programa Saúde da Família em Questão [Internet]. São Paulo, SP; 2005. p. 13–28. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/grupos/arquivos/20080228034019.pdf#page=13>

9. Castro LMX de, Simonetti MCM, Araújo MJ de O. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. 2015;1–50.
10. Giselle Lima de Freitas CTMV. Discussing the policy of attention to women's health in the context of health promoting. *Rev Eletrônica Enferm.* 2009;11(2):424–8.
11. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Plano de Ação 2004 – 2007 [Internet]. 1ª edição. Silvério L, Pamplina M, Castro P, Brasil J, Bastos F, Monici M, editors. Brasília - DF; 2004. 48p. Disponível em:  
[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)
12. Tsuchiya CT, Lawrence T, Klen MS, Fernandes RA, Alves MR. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. *J Bras Econ da Saúde.* 2017;9(1):137–47.
13. Girianelli VR, Gamarra CJ, Azevedo e Silva G. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2014;48(3):459–67.
14. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2005;27(8):485–92.
15. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. *Robbins Basic Pathology, Tenth Edition.* Elsevier. 2018.
16. Hohenberger G, Caierão J, Kops N. Estudo Epidemiológico Sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV. Porto Alegre; 2017. 120 p.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO. 2002;17.
18. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cadernos de Atenção Básica n. 13; Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2006. 124 p.
19. BVS BV em S. Exame preventivo do câncer de colo uterino



- (Papanicolau). Dicas em Saúde [Internet]. 2011;1–2. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/237\\_papanicolau.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/237_papanicolau.html)
20. Adab P, McGhee SM, Yanova J, Wong CM, Hedley AJ. Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening comparison with organized screening. *Med Care*. 2004;42(6):600–9.
  21. Simonella L, Canfell K. The impact of a two-versus three-yearly cervical screening interval recommendation on cervical cancer incidence and mortality: An analysis of trends in Australia, New Zealand, and England. *Cancer Causes Control*. 2013;24(9):1727–36.
  22. Ministério da Saúde; INCA. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento Do Câncer Do Colo Do Útero [Internet]. 2ª Edição. Facina T, Oliveira M, Pachá C, Silva M, Chança R, Pacheco V, editors. Vol. XXXIII, Ministério Da Saúde. Rio de Janeiro, RJ; 2016. 1–118 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento\\_cancer\\_col\\_o\\_uterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_col_o_uterio.pdf)
  23. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Primária - Rastreamento [Internet]. Saúde M, editor. Vol. 29. 2010. 95 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_primaria\\_29\\_rastreamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf)
  24. OSIS M. Atenção Integral à saúde da mulher, o conceito eo programa: história de uma intervenção. [Internet]. Dissertação de Mestrado. Departamento de Antropologia Social - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. 1994. p. 192. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Atenção+integral+à+saúde+da+mulher,+o+conceito+e+o+programa:+história+de+uma+intervenção.#0>
  25. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saude Publica*. 1998;14(suppl 1):S25–32.
  26. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres II Plano Nacional de Políticas para as

- Mulheres. Souza F, Pinheiro L, Leporace M, Miguel S, editors. Vol. 2, Ministério da Saúde. 2008. 236 p.
27. Firmino CR, Tokarski CP, Bastos GPP, Ollaik LG, Czezko L-LPLN, Preturlan RB. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. 2015. 114 p.
  28. Itens P, Revis R, Uma P. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2015;24(2):335–42.
  29. Aguiar RP, Soares DA. Barreiras à realização do exame papanicolau: Perspectivas de usuárias e profissionais da estratégia de saúde da família da cidade de Vitória da Conquista-BA. *Physis*. 2014;25(2):359–79.
  30. Barbosa DC, Lima EC De. COMPREENSÃO DAS MULHERES SOBRE O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E SUAS FORMAS DE PREVENÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA, BRASIL. *Rev APS*. 2015;19(4):546–55.
  31. Morais AL de J, Passos TS, Santos DMS, Nunes MAP, Vargas MM, Oliveira CC da C. PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ÂMBITO DA POLÍTICA DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO ESTADO DE SERGIPE. *Cienc Cuid Saude*. 2016;16(2).
  32. de Albuquerque CLF, Costa M da P, Nunes FM, de Freitas RWJF, de Azevedo PRM, Fernandes JV, et al. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o exame de Papanicolaou em mulheres do nordeste brasileiro. *Sao Paulo Med J*. 2014;132(1):3–9.
  33. Fernandes JV, Rodrigues SHL, da Costa YGAS, da Silva LCM, de Brito AML, de Azevedo JW do N, et al. Conhecimento, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):851–8.
  34. Andrade MS, de Almeida MMG, de Araújo TM, Santos KOB. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2013;23(1):111–20.

35. Fonsêca CJB, Ferreira TL dos S, de Araújo DV, Melo KDF, Andrade FB de. Avaliação do Seguimento Clínico de Citopatologia Oncótica em Mulheres na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Ciências da Saúde. 2019;23(2).
36. Malta EFGD, Gubert F do A, Vasconcelos CTM, Chaves ES, Silva JMF de L, Baserra EP. Prática Inadequada De Mulheres Acerca Do Papanicolaou. Texto Context Enferm [Internet]. 2017;26(1):1–9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt\\_1980-265X-tce-26-01-e5050015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_1980-265X-tce-26-01-e5050015.pdf)
37. Santiago TR, Andrade MS, Paixão GP do N. Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolaou. Rev enferm UERJ [Internet]. 2014;22(6):872–9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a16.pdf>
38. Da Silva JP, Leite KNS, De Souza TA, Sousa KM de O, Rodrigues SDC, Alves JP, et al. Exame Papanicolau: fatores que influenciam a não realização do exame em mulheres de 40 a 65 anos. Arq Ciências da Saúde. 2018;25(2):15.
39. Garcia C de L, Pereira HC, de Sá MNA, Marinho B. PERCEPÇÕES DAS MULHERES ACERCA DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO. Rev Bras em Promoção da Saúde. 2010;23:118–25.
40. Melo EMF de, Linhares FMP, da Silva TM, Pontes CM, Santos AH da S, de Oliveira SC. Câncer cervico-uterino: conhecimento, atitude e prática sobre o exame de prevenção. Rev Bras Enferm. 2019;72(3):30–6.
41. Santos MS, Macêdo APN, Leite MAG. PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO. Rev Atencao Primaria a Saude [Internet]. 2010;13(3):310–9. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=56689253&lang=sl&site=ehost-live>
42. Greenwood SDA, Machado MDFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam

- mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolau. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(4):503–9.
43. Teixeira L. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. 2015;221–40.
44. de Campos EA, de Castro LM, Cavalieri FE de S. “Uma doença da mulher”: Experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolau. *Interface Commun Heal Educ*. 2017;21(61):385–96.
45. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, da Silveira DS, Siqueira FV, et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de melhoria do acesso e da qualidade – PMAQ. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2015;15(2):171–80.
46. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saude Publica*. 2010;26(4):725–37.
47. Stormo AR, Moura L, Saraiya M. Cervical Cancer-Related Knowledge, Attitudes, and Practices of Health Professionals Working in Brazil’s Network of Primary Care Units. *Oncologist*. 2014;19(4):375–82.
48. Temes De Quadros CA, Gomes Victora C, Dias Da Costa JS. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2004;16(4):223–32.
49. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):909–14.
50. Fernades RAQ, Narchi NZ. Knowledge of pregnant women on the tests to early detect cervix uteri and breast cancer in a poor community. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(2):223–30.
51. Alves SR, Alves AO, Assis MCS de. Educação popular em saúde como

- estratégia à adesão na realização do exame colpocitológico. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2016;15(3):570.
52. Valente CA, Andrade V, Soares MBO, Silva SR. Conhecimento e mulheres sobre o exame papanicolaou. 2009;43(Esp 2):1193–8.
  53. Freese E, Cesse E. I CONFERÊNCIA REGIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: Análise da Situação de Saúde na Região Nordeste com foco nos Determinantes Sociais da Saúde. 2013;
  54. De Mendonça VG, Lorenzato FRB, De Mendonça JG, De Menezes TCN, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: Características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2008;30(5):248–55.
  55. Hackenhaar AA, Cesar JA, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):103–11.
  56. Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2000;16(4):1137–42.
  57. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Fatores de risco - câncer do colo do útero [Internet]. 2019. p. 1–5. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/fatores-de-risco#:~:text=Desta%20forma%20o%20tabagismo%20a,do%20útero%205%206%207>