



UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA
CURSO DE BACHARELADO EM BIOMEDICINA

ANA CAROLINE HENRIQUE SAMPAIO

**O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DAS LESÕES ESCAMOSAS INTRAEPITELIAIS
CERVICAIS EM MULHERES BRASILEIRAS: O INSTITUCIONAL, O VIVIDO E O
COMPREENDIDO (REVISÃO DE ESCOPO)**

PARNAÍBA – PIAUÍ

2023

ANA CAROLINE HENRIQUE SAMPAIO

O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DAS LESÕES ESCAMOSAS INTRAEPITELIAIS
CERVICAIS EM MULHERES BRASILEIRAS: O INSTITUCIONAL, O VIVIDO E O
COMPREENDIDO (REVISÃO DE ESCOPO)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Delta do Parnaíba-
UFDPar, como requisito obrigatório para aprovação
na disciplina de TCC III.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Karina Oliveira Drumond

PARNAÍBA – PIAUÍ

2023

ANA CAROLINE HENRIQUE SAMPAIO

O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DAS LESÕES ESCAMOSAS INTRAEPITELIAIS
CERVICAIS EM MULHERES BRASILEIRAS: O INSTITUCIONAL, O VIVIDO E O
COMPREENDIDO (REVISÃO DE ESCOPO)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Delta do Parnaíba-
UFDPAr, como requisito obrigatório para
aprovação na disciplina de TCC III.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Karina Oliveira
Drumond

Aprovado em: 27 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Karina Oliveira Drumond

Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr

Me. Karliane de Araújo Lima Uchôa

Coordenadora de Vigilância Epidemiológica – Prefeitura de Parnaíba/PI

Prof. Me. Thiago Nobre Gomes

Universidade Federal do Ceará – UFC

À Deus, pela fé, força e coragem durante toda a caminhada. À minha família, que nas lutas da vida, são meus pilares e nas derrotas meus ombros consoladores.

AGRADECIMENTOS

Acima de qualquer coisa, minha gratidão a Deus por me acolher em todos os momentos, em todas as dificuldades e vitórias. Por ser minha força e meu amparo em toda a vida e em especial durante os anos de graduação. Obrigada por todas as bênçãos que me concedeu nesta vida.

À Nossa Senhora Aparecida, por zelar pela minha fé e me proteger em seu manto sagrado.

Aos meus pais, Francisco Sérgio Sampaio e Diana Maria Henrique Sampaio, por sempre acreditarem nos meus sonhos, por todo o apoio, compreensão e auxílio em toda a minha vida. Palavras não serão suficientes para agradecer tudo o que fizeram e fazem por mim.

À Elizabeth, pelo o amor mais grandioso que uma mãe pode ter. Gratidão pela vida a mim concedida e pela oportunidade de vivê-la.

Aos meus irmãos, Willian Henrique Sampaio e Davi Sérgio Henrique Sampaio, pelo amor, carinho e compreensão.

À minha família, por sempre acreditarem na realização desse sonho, por todo apoio e compreensão de tantas ausências em muitos momentos importantes.

Ao meu esposo, Italo Lopes Viana, pelo amor, confiança, palavras de carinho, compreensão e apoio incondicional na minha jornada.

Ao meu filho, Arhur Rafael Sampaio Viana, por ser meu alicerce e a minha dose diária de força.

À Prof.^a Dr.^a. Karina Oliveira Drumond, minha orientadora, pelo acolhimento desde às minhas primeiras ideias, pelo apoio e confiança depositada em mim. Por todo o auxílio, à minha eterna gratidão.

À Prof.^a Dr.^a. Michely Laiany Vieira Moura, minha mentora, pela construção do meu caminhar na escrita científica e pelo auxílio na construção deste trabalho.

À banca de defesa, pelo aceite na avaliação deste trabalho, pelo tempo dedicado e pelas considerações que preencheram de forma eficaz o objetivo imposto.

Meus agradecimentos a todos os professores, funcionários e comunidade da Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr, por todos os ensinamentos, por toda a paciência, disponibilidade e contribuições para meu crescimento pessoal e profissional.

À minha amiga/irmã, Havila Torres, que esteve comigo desde o princípio, gratidão pelos medos compartilhados, alegrias, aflições, brincadeiras e tantas outras emoções. Deus não poderia ter me dado melhor companhia durante esta jornada e pra toda a vida.

Aos amigos(as) que se tornaram família e que formaram a melhor panelinha, Neomar Souza e Pablo Silva, pelas alegrias compartilhadas, aflições, estudos e companheirismo. Serão lembranças guardadas com muito carinho e amor.

Aos orientadores do Laboratório Escola de Biomedicina da UFPAr, Prof.^a Dr. Giovanni Rebouças Pinto, Prof.^a Dr^a. France Keiko Nascimento Yoshioka, Prof.^a Dr^a. Loredana Nilkenes Gomes da Costa, Prof.^a Dr. Fábio José Nascimento Motta, Prof.^a Dr^a. Alyne Rodrigues de Araujo, Prof.^a Dr^a. Ana Carolina Machado Leódido, Prof.^a Dr^a. Yanny Fernandes, Prof.^a Me. Raí Emanuel da Silva e Prof.^a Me. Renata Pereira Nolêto, pelos conhecimentos compartilhados, carinho e exemplo de profissão.

A todos que direto ou indiretamente contribuíram para a realização desse sonho, meu muito obrigada, vocês foram fundamentais para meu crescimento e para chegar onde cheguei.

“A educação tem sentido porque mulheres e homens aprenderam que é aprendendo que se fazem e refazem, porque mulheres e homens se puderam assumir como seres capazes de saber”.

(Paulo Freire)

RESUMO

O câncer de colo do útero vem sendo documentado como um dos maiores agravos na saúde mundial, sendo que no Brasil apresenta alta taxa de mortalidade em mulheres. O controle da doença condiz com ações públicas e rastreamento da população alvo, logo os desafios impostos exigem estratégias de esclarecimento do acesso ao diagnóstico. Este trabalho tem como objetivo analisar as capacidades institucionais de educação em saúde na atenção primária em torno do acesso ao diagnóstico do câncer de colo do útero, identificando as variáveis socioeconômicas, culturais, raciais e políticas vividas pelas mulheres brasileiras, bem como as suas compreensões sobre a temática. Realizou-se uma revisão de escopo em artigos indexados em bases de dados nacionais e internacionais, de acordo com a metodologia *scoping review*. As publicações coletadas foram referentes ao período de 2013 a 2022, nas bases de dados MEDLINE, SCIELO, LILACS, Scopus, CAPES e Web of Science, a partir das seguintes palavras-chave e operadores booleanos; “*Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix*” OR “*Uterine Cervical Neoplasms*” AND “*Diagnosis*” OR “*Health Services Accessibility*”. Encontraram-se inicialmente 1.174 artigos, dos quais 22 atenderam aos critérios de inclusão e foram adicionados à revisão. Foram mencionadas ações de trabalho da Atenção Primária à Saúde que favorecem a conexão dos profissionais e da população, no entanto é necessário melhorias públicas e profissionais para que as intervenções incorporem um público maior. Identificaram-se desvantagens de acesso entre os municípios brasileiros, além das influências ao acesso aos serviços de diagnóstico por diversos ângulos, que estão ligados ao contexto socioeconômico, cultural e racial vivido pelas mulheres. Na análise de compreensão da população feminina a respeito do câncer de colo do útero, observou-se a falta de conhecimento ou conhecimento inadequado das mulheres, indicando melhorias a serem aplicadas no sistema de educação em saúde. Foi possível observar que as intervenções de educação em saúde quando bem aplicadas e aprimoradas favorecem a adesão aos exames de diagnóstico do câncer de colo do útero. O aprimoramento das ações na Atenção Primária à Saúde são estratégias potenciais para garantia de acesso aos exames de diagnóstico e melhoria da carga informacional das mulheres brasileiras.

PALAVRAS-CHAVE: Lesões Intraepiteliais Escamosas Cervicais; Neoplasias do Colo do Útero; Diagnóstico; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Cervical cancer has been documented as one of the major health problems in the world, and in Brazil it has a high mortality rate among women. The control of the disease is based on public actions and screening of the target population, so the challenges imposed require strategies for clarification of access to diagnosis. This work aims to analyze the institutional capabilities of health education in primary care around the access to diagnosis of cervical cancer, identifying the socioeconomic, cultural, racial and political variables experienced by Brazilian women, as well as their understandings on the subject. A scoping review was carried out on articles indexed in national and international databases, according to the scoping review methodology. The collected publications were from 2013 to 2022, in MEDLINE, SCIELO, LILACS, Scopus, CAPES and Web of Science databases, using the following keywords and boolean operators: "Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix" OR "Uterine Cervical Neoplasms" AND "Diagnosis" OR "Health Services Accessibility". Initially, 1,174 articles were found, of which 22 met the inclusion criteria and were added to the review. There were mentioned working actions of Primary Health Care that favor the connection of professionals and the population, however public and professional improvements are needed for interventions to incorporate a larger audience. Disadvantages of access among Brazilian municipalities were identified, in addition to influences on access to diagnostic services from several angles, which are linked to the socioeconomic, cultural and racial context experienced by women. In the analysis of the female population's understanding about cervical cancer, the lack of knowledge or inadequate knowledge of women was observed, indicating improvements to be applied in the health education system. It was possible to observe that health education interventions when well applied and improved favor adherence to diagnostic tests for cervical cancer. The improvement of actions in Primary Health Care are potential strategies to ensure access to diagnostic tests and improve the information burden of Brazilian women.

KEYWORDS: Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix; Uterine Cervical Neoplasms; Diagnosis; Health Services Accessibility.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos estudos selecionados de acordo com autores, revista/país, desenho do estudo/ instrumentos/técnica de produção de dados, população, contexto, área e objetivos.	21
Quadro 2 – Síntese das intervenções em saúde na atenção primária voltada a mulheres brasileiras	25
Quadro 3 – Síntese dos obstáculos aos serviços de controle e diagnóstico do câncer de colo do útero em mulheres brasileiras	25
Quadro 4 – Síntese dos obstáculos associadas à compreensão populacional feminina acerca do câncer de colo do útero	26
Quadro 5 – Objetivos do trabalho de conclusão de curso e evidências de consecução	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASC-H	Células Escamosas Atípicas, Não Podendo Excluir Lesão De Alto Grau
ASC-US	Células Escamosas Atípicas De Significado Indeterminado
CAPES	Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCU	Câncer de Colo do Útero
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Papilomavírus Humano
HSIL	Lesão Intraepitelial Escamosa De Alto Grau
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LIE	Lesões Intraepiteliais Escamosas
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LSIL	Lesão Intraepitelial Escamosa De Baixo Grau
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único De Saúde
UBS	Unidade Básica De Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	METODOLOGIA	16
3	RESULTADOS.....	18
4	DISCUSSÃO	27
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	35
	ANEXO A – ORIENTAÇÕES E INSTRUÇÕES DE SUBMISSÃO PARA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA	38

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU) é considerado um grave problema de saúde pública. É o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, apresentando incidência de aproximadamente 500.000 casos em todo mundo e com destaque de maiores ocorrências em países em desenvolvimento, especialmente na América Latina (INCA, 2021).

No Brasil, estima-se 17.010 novos casos no ano de 2023, com um risco estimado de 13,25 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2022). Dados de mortalidade no país, publicados em 2020, mostraram que dentre as causas de óbitos por câncer em mulheres no país, os índices relacionados ao CCU apresentaram variações nas regiões, sendo a região Norte portadora da maior taxa de mortalidade, com 15,7%, seguido da região Nordeste com 8,2%, região Centro-Oeste com 7,6%, região Sul com 4,8% e região Sudeste com 4,3% (INCA, 2021).

O CCU se desenvolve a partir de lesões precursoras que possuem capacidade de progressão para lesão neoplásica maligna, sendo esse achado associado à infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). Assim, uma infecção recorrente causada por um tipo ou mais do vírus pode ser considerada um precedente para a gênese do CCU (GAMBERINI; LAGANÁ; TORIYAMA, 2008; TSUCHIYA *et al.*, 2017). Contudo, a infecção não é a única e isolada causa para o desenvolvimento do deste tipo de neoplasia, uma vez que uma parcela de mulheres portadoras do vírus não desenvolve as lesões (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

As lesões intraepiteliais escamosas (LIE) são classificadas em dois grupos: lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL) e lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL), de acordo com o Sistema Bethesda (SBC, 2020). Uma subclassificação pode ser usada também, quando são observadas alterações celulares sugestivas de LIE, porém quantitativamente e qualitativamente insuficientes para uma interpretação definitiva. O Sistema Bethesda denomina essas alterações de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) que envolve células maduras (intermediárias e superficiais); e células escamosas atípicas, não podendo excluir lesão intraepitelial escamosa de alto grau (ASC-H), que envolve células pouco diferenciadas, com aparência metaplásica atípica (SILVA NETO, 2020).

No Brasil, em todos os serviços prestadores de laudos citopatológicos utiliza-se o Sistema de Nomenclatura Brasileira para Laudo Citopatológico do Colo Uterino e áreas Ano-

genitais, que não difere da Nomenclatura do Sistema Bethesda, apenas oficializa, padroniza e adequa a linguagem do sistema de classificação para o âmbito nacional (INCA, 2016).

O exame de Papanicolaou é a principal estratégia para detectar lesões pré-cancerosas e cancerosas do colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos que possuam vida sexual ativa, sendo realizado anualmente, e que quando seguidos de dois exames negativos, passa a ser executado com intervalo de três anos (BRASIL, 2022). O método é capaz de diagnosticar precocemente as atipias celulares, tornando evidente que o diagnóstico precoce e tratamento adequado das mulheres com lesões intraepiteliais reduz o risco de câncer invasivo em até 95% (VIEIRA; DRUMOND, 2004). Em outros casos em que o exame de Papanicolaou foi considerado alterado, há metodologias adicionais de investigação, como colposcopias, biópsias, entre outros (LOPES; RIBEIRO, 2019).

O acesso aos serviços de saúde é uma soma de processos, que vai desde a necessidade de saúde do indivíduo até a resposta que os serviços geram diante dessas necessidades. Com isso, os serviços de saúde revelam lacunas condicionadas por fatores demográficos, políticos, econômicos, educacionais e raciais. Dessa forma, os meios de acesso aos serviços de saúde são diversos, bem como a linha de cuidado, o tratamento e o seguimento da população acometida. E é nessa perspectiva que estão os fatores limitantes ao diagnóstico do CCU.

Em 1995, na Conferência Mundial das Mulheres, ocorrida na China, o governo brasileiro, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), decidiu desenvolver o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero, chamado de Programa Viva Mulher (MORAES, 1997). O mesmo tem como objetivo reduzir a incidência e a mortalidade causada pelo CCU, com base no controle de doenças sexualmente transmissíveis e divulgando entre as mulheres brasileiras conhecimento acerca da importância do exame colpocitológico pelo método de Papanicolaou, através de equipes compostas por médicos e enfermeiros capacitados e ativos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) (COSTA; BARROS, 2011).

Atualmente sabe-se que a elevada cobertura e rastreamento da população alvo é a metodologia mais eficaz de controle do CCU, onde implica diretamente os números de incidência e mortalidade dessa doença (INCA, 2011). No Brasil, contudo, ainda há lacunas em torno do funcionamento e aplicabilidade dos modelos de controle, não somente ligados ao

desenvolvimento do país, mas também a fatores intrínsecos e extrínsecos do cotidiano da população feminina.

Nesse contexto, a presente revisão objetivou averiguar as capacidades de educação em saúde na atenção primária referentes ao CCU, identificando os obstáculos assistenciais, raciais e socioeconômicos de acesso aos serviços de controle e diagnóstico, assim como, os determinantes ligados a compreensão e rastreamento da população feminina brasileira, tendo em mente que quanto mais seus impactos forem esclarecidos, maior será a capacidade de enfrentamento dos problemas e desenvolvimento das ações que transcendem o patológico e atendem as necessidades da população.

2 METODOLOGIA

O estudo se configura como uma *scoping review*, guiada pelas etapas da ferramenta *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), que tem como objetivo mapear conceitos em torno de uma temática, através de pesquisa específica e sistematizada, para identificar lacunas de conhecimento na literatura.

A elaboração do *scoping review* seguiu um processo constituído de cinco etapas: a) Identificar as questões de pesquisa; b) Identificar os estudos relevantes válidos para a investigação; c) Seleção dos estudos da revisão; d) Mapeamento dos dados dos estudos incluídos na revisão; e) Confrontar, resumir e relatar os resultados.

As perguntas norteadoras da pesquisa foram formuladas conforme a estratégia PCC, que utiliza o mnemônico *population, concept e context*. Sendo P: Mulheres com lesões escamosas cervicais intraepiteliais, C: Acesso aos serviços diagnósticos e C: Brasil. A partir disso, foi elaborada as seguintes perguntas: como ocorre o acesso aos serviços diagnósticos das lesões escamosas intraepiteliais cervicais em mulheres brasileiras e quais as suas respectivas dificuldades?

Para serem incluídos na revisão foram selecionados: estudos publicados em português e inglês, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2022, que incluíram artigos originais de dados primários e experimentais disponibilizados em periódicos indexados, teses e dissertações, abordando a relação entre citopatologia, colposcopia, lesões intraepiteliais e acesso aos serviços de saúde. Entre os critérios de exclusão estão as fontes com foco na população mundial e que apresentem temática obstatante aos aspectos resultantes das lesões pré-cancerosas do CCU ou mesmos aqueles que se enquadrem, mas que não se encaixam na estrutura conceitual do estudo. Também foram excluídos capítulos de livros, revisões, cartas e artigos de opinião.

Após a elaboração das perguntas de pesquisa, iniciou-se o processo de busca das publicações nas bases de dados, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via Biblioteca Virtual em Saúde, *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scopus*, Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e *Web of Science*. As palavras-chave foram utilizadas a partir de uma combinação

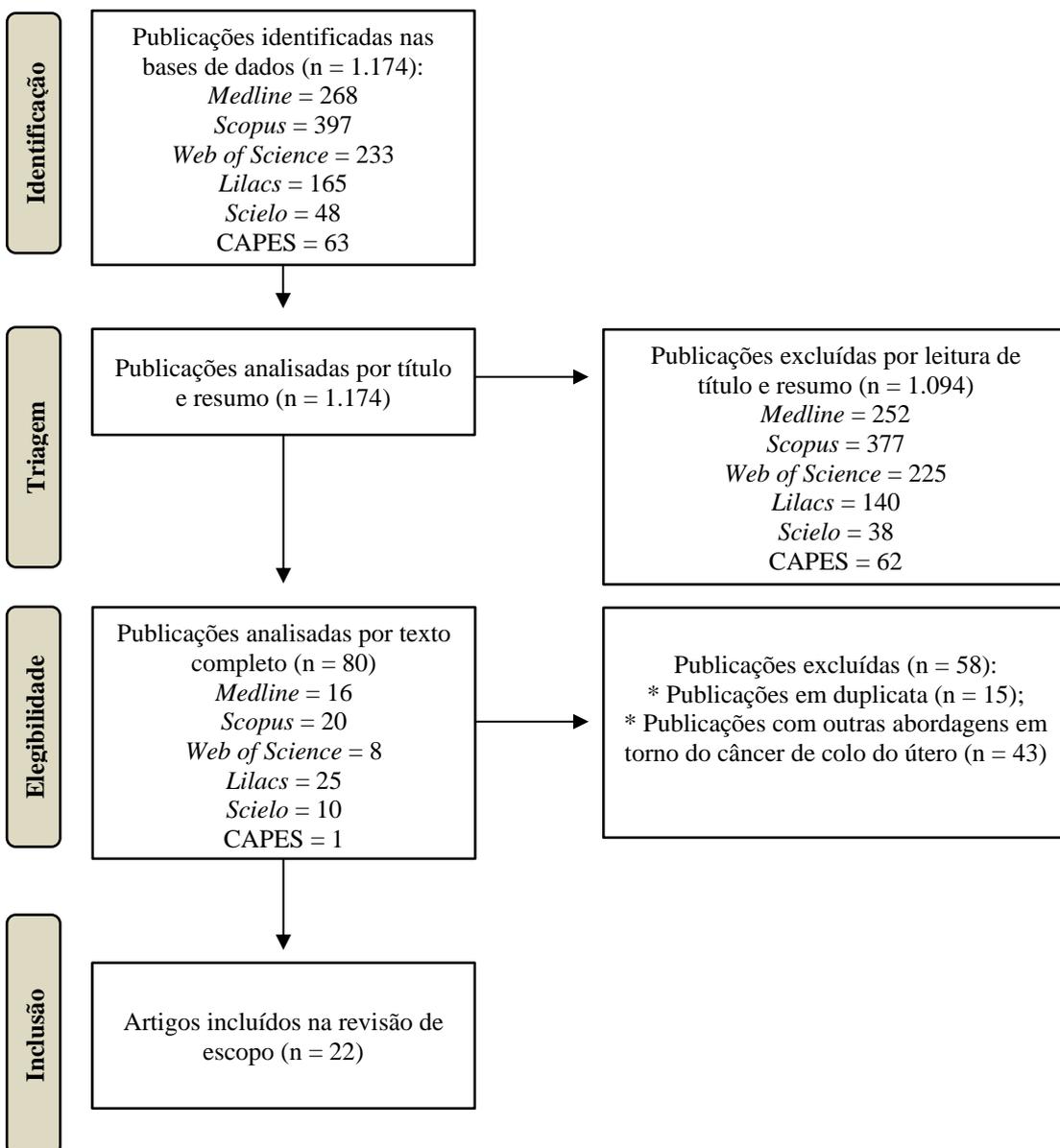
dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e dos *Medical Subject Headings* (MeSH) intercalados por operadores booleanos, onde a estratégia de busca final foi: “*Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix*” OR “*Uterine Cervical Neoplasms*” AND “*Diagnosis*” OR “*Health Services Accessibility*”.

Após a busca, realizou-se a seleção dos estudos primários – compreendendo identificação, triagem, elegibilidade e inclusão, de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Essa etapa foi realizada por duas revisoras de forma independente. O instrumento elaborado com a finalidade de extrair e analisar os dados dos estudos incluídos, foi composto das seguintes variáveis: 1- identificação do artigo; 2- revista/país; 3- tipo de estudo/desenho; 4- instrumentos e/ou técnicas de produção de dados; 5- população e contexto; 6- área; 7- objeto e/ou questão e/ ou objetivo(s) do estudo. Por fim, foi realizado o agrupamento dos resultados em quadros, a fim de sintetizar os principais achados da pesquisa.

3 RESULTADOS

Após a pesquisa nas bases de dados foram encontrados 1.174 documentos. Destes, 80 foram selecionados para a leitura na íntegra. Quinze (15) publicações foram excluídas por repetição e 28 por abordarem acerca de outros objetivos relacionados ao CCU, tais como: análise de intervenções médicas e prevalência de lesões intraepiteliais que excluía a temática de acesso ao diagnóstico. Por fim, 22 artigos foram incluídos nesta revisão (**Figura 1**).

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão de escopo adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)*. Parnaíba, PI, Brasil, 2023.



Fonte: Elaborado pelo autor.

O Quadro 1 apresenta a síntese dos artigos selecionados. Quanto ao ano de publicação, observou-se que a maior frequência de publicações foi em 2019 (6), seguido por 2016 (3), 2022 (3), 2015 (2), 2017 (2), 2018 (2), 2013 (1), 2014 (1), 2020 (1), 2021 (1). O idioma português foi identificado em 15 publicações e o inglês em 7 publicações. No território brasileiro, o estado da Bahia foi o de maior frequência, presente em 8 artigos, seguido de investigações gerais em outros municípios brasileiros e no Distrito Federal (**Quadro 1**).

As áreas de investigação dos artigos incluídos foram realizadas com base nas linhas de cuidado ao paciente, ou seja, informações relativas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação desenvolvidas pelos serviços de saúde. Destas, as mais frequentes foram: Diagnóstico (18) aparições; Prevenção (10); Tratamento (4) e Reabilitação (2). Vale ressaltar que alguns artigos contemplaram num único objetivo duas áreas da linha de cuidado (**Quadro 1**).

Dentre as temáticas abordadas, observou-se prevalência de publicações acerca do acesso ao diagnóstico do CCU, correlacionando-o com a sua prevenção e tratamento, totalizando 10 estudos. Outros temas foram identificados, tais como: conhecimento das mulheres acerca do CCU; violência física íntima ocasionada por seus parceiros como fator de risco para inadequação do rastreamento da doença; qualidade do rastreamento no Brasil; qualidade de vida; custos e trajetos relacionados ao tratamento (**Quadro 1**).

Entre os desenhos de estudo utilizados nos artigos, a abordagem descritiva foi majoritária (8), seguida da transversal (6), descritiva-exploratória (4), qualitativa (3), descritiva-transversal (1) e caso-controle (1). A entrevista foi a fonte de dados mais utilizada (18), seguida de uso de bancos de dados (6), observação direta (2), análise de documentos (2) e análise de registros eletrônicos (1) (**Quadro 1**).

Observou-se que as publicações demonstravam elevada taxa de interferentes ao diagnóstico do CCU, e com isso, verificou-se elevada repetição de alguns obstáculos, a exemplo de dificuldades socioeconômicas e busca assistencial oportunista. Assim, para sistematizar o conteúdo em relação ao objetivo do estudo, optou-se por sintetizar as principais intervenções dos estudos e apresentá-las associando-as a três aspectos, quais sejam: intervenções em saúde na atenção primária voltada a mulheres brasileiras (**Quadro 2**), obstáculos aos serviços de controle e diagnóstico do CCU (**Quadro 3**) e obstáculos associados à compreensão populacional feminina acerca do CCU (**Quadro 4**).

Os achados em torno das intervenções de educação em saúde realizadas pela atenção primária revelaram grande participação de profissionais de saúde na busca constante da construção de conexão direta com as mulheres por intermédio da ESF, especialmente aquelas com baixa adesão ao exame preventivo. Diante do rastreamento do CCU e a linha de cuidado que rege a atenção primária, observou-se algumas abordagens aplicadas em busca do atrativo populacional feminino (**Quadro 2**).

O acesso aos serviços de diagnóstico do CCU esteve intimamente ligado à ordem pública, à ação dos serviços de saúde, ao contexto socioeconômico, cultural e racial vivenciados pelas mulheres. Logo, cada componente dessas esferas, seja de forma isolada ou associada, tornam-se relevantes barreiras condicionadas às suas ações (**Quadro 3**).

Os limites de acesso ao diagnóstico ainda sofrem ações diretas da capacidade de conhecimento da população, que vão desde a falta de informação sobre o intuito do exame preventivo à associação do CCU com a falta de higiene. Isto acaba relevando que a ausência de informação não só é um obstáculo de prevenção e diagnóstico, mas um problema grave de educação social e de saúde da grande massa (**Quadro 4**).

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados de acordo com autores, revista/país, desenho do estudo/ instrumentos/técnica de produção de dados, população, contexto, área e objetivos.

Autor/Ano	Periódico	Desenho do estudo	Instrumentos/Técnicas de produção de dados	População e contexto	Área	Objetivos
Azevedo e Silva <i>et al.</i> (2022)	Cad. Saúde Pública/Brasil	Descritivo	Banco de dados (SIA/SUS; SISCAN; ANS e Painel-Oncologia)	Mulheres assistidas pelo SUS, no Brasil	Diagnóstico e tratamento	Avaliação do acesso ao exame Papanicolaou e fatores associados ao tratamento
Fernandes <i>et al.</i> (2019)	Cad. Saúde Pública/Brasil	Descritivo	Coleta de dados primários: entrevistas	Mulheres assistidas pelo ESF, em Vitória da Conquista (Bahia)	Diagnóstico	Avaliação do acesso ao exame Papanicolaou
Tiensoli, Felisbino-Mendes e Velasquez-Melendez. (2018)	Rev. da Escola de Enfermagem da USP/Brasil	Transversal	Banco de dados (VIGITEL)	Mulheres de capitais brasileiras e Distrito Federal	Diagnóstico	Avaliação do acesso ao exame Papanicolaou
Madeiro e Rufino. (2022)	Journal of Health & Biological Sciences/Brasil	Transversal	Coleta de dados primários (entrevistas) e Base de dados (IBGE)	Mulheres de 183 municípios do Brasil	Diagnóstico	Avaliação do acesso ao exame Papanicolaou
Rodrigues, Moreira e Oliveira. (2016)	Rev. Investigación y educación en enfermería/ Colômbia	Descritivo-Transversal	Coleta de dados primários (entrevistas)	Mulheres assistidas pelo ESF, em Porto Velho (Rondônia)	Prevenção e diagnóstico	Avaliação do acesso ao exame Papanicolaou

continua

Ribeiro <i>et al.</i> (2019)	Cad. Saúde Pública/Brasil	Descritivo	Banco de dados (SIA/SUS e SISCOLO) + Análise de registros eletrônicos	Mulheres assistidas pelo SUS, no Brasil	Prevenção e diagnóstico	Avaliação do acesso ao exame Papanicolaou
Alves <i>et al.</i> (2019)	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention//Irã	Transversal	Coleta de dados primários (entrevistas)	Mulheres assistidas pela ESF, em Campo Grande (Mato Grosso do Sul) e Campina Grande (Paraíba)	Diagnóstico	Avaliação do acesso ao exame Papanicolaou
Barcelos <i>et al.</i> (2017)	Rev. Saúde Pública/Brasil	Descritivo	Coleta de dados primários (entrevistas) + Análise de documentos + Observação direta	Mulheres assistidas pelas UBS, participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica de municípios brasileiros	Prevenção e diagnóstico	Avaliação do acesso ao exame Papanicolaou
Vieira <i>et al.</i> (2022)	Cad. Saúde Pública/Brasil	Transversal	Banco de dados (VIGITEL)	Mulheres de capitais brasileiras	Diagnóstico	Avaliação do acesso ao exame Papanicolaou
Peroni <i>et al.</i> (2019)	International Journal for Equity in Health/Estados Unidos	Descritivo-Exploratório	Banco de dados (SIA/SUS, CNES, HCR, PNAD, SISCOLO e SISMAMA) + Coleta de dados primários (entrevistas) + Observação direta + Análise de documentos	Mulheres de Camaçari, Cruz das Almas, Salvador e Antônio de Jesus (Bahia)	Diagnóstico e tratamento	Avaliação do acesso ao exame Papanicolaou e exames diagnósticos do câncer de mama
Soares <i>et al.</i> (2019)	Rev. Avances em Enfermería/Colômbia	Descritivo-Exploratório	Coleta de dados primários (entrevistas)	Mulheres com CCU, na região Sudoeste da Bahia	Tratamento	Limites no acesso ao tratamento do CCU

continua

Aguilar e Soares. (2015)	Rev. Saúde Coletiva/Brasil	Descritivo-Exploratório	Coleta de dados primários (entrevistas)	Profissionais e usuárias da ESF, em Vitória da Conquista (Bahia)	Prevenção e diagnóstico	Avaliação do nível de informação de mulheres e profissionais sobre o Papanicolaou e o CCU
Mascarenhas <i>et al.</i> (2020)	Rev. Brasileira de Cancerologia/Brasil	Transversal	Coleta de dados primários (entrevistas)	Mulheres assistidas pela UBS, em Juiz de Fora (Minas Gerais)	Prevenção e diagnóstico	Avaliação do nível de informação de mulheres sobre o Papanicolaou e o CCU
Leite <i>et al.</i> (2014)	Journal of Human Growth and Development/Brasil	Transversal	Coleta de dados primários (entrevistas)	Mulheres assistidas pela UBS, em Bauru (São Paulo)	Prevenção e diagnóstico	Avaliação do nível de informação de mulheres sobre o Papanicolaou e o CCU
Almeida <i>et al.</i> (2017)	Rev. Acta Scientiarum. Technology/Brasil	Descritivo	Coleta de dados primários (entrevistas)	Mulheres assistidas pelas UBS, em Teresina (Piauí)	Prevenção e diagnóstico	Avaliação do nível de informação de mulheres sobre o Papanicolaou e o CCU
Rico e Iriart. (2013)	Cad. Saúde Pública/Brasil	Qualitativo	Coleta de dados primários (entrevistas)	Mulheres do Distrito Sanitário da Liberdade (Bahia)	Prevenção e diagnóstico	Avaliação do nível de informação de mulheres sobre o Papanicolaou e o CCU
Barbosa e Lima. (2016)	Rev. Atenção Primária à Saúde/Brasil	Descritivo-Exploratório	Coleta de dados primários (entrevistas)	Mulheres assistidas pela ESF, em Vitória da Conquista (Bahia)	Prevenção	Avaliação do nível de informação de mulheres sobre o Papanicolaou e o CCU

continua

Fernandes <i>et al.</i> (2021)	Rev. Brasileira de Estudos Populacionais/Brasil	Qualitativo	Coleta de dados primários (entrevistas)	Profissionais da APS, na Bahia	Prevenção e diagnóstico	Análise da conexão da Atenção Primária à Saúde e controle do CCU
Galvão <i>et al.</i> (2019)	Cad. Saúde Pública/Brasil	Qualitativo	Coleta de dados primários: entrevistas	Mulheres com citologia oncológica alterada, em municípios do Nordeste	Diagnóstico e tratamento	Avaliação da organização e o acesso a Redes de Atenção à Saúde
Silva <i>et al.</i> (2016)	Rev. Pesquisa Cuidado é Fundamental Online/Brasil	Descritivo	Coleta de dados primários (entrevistas)	Mulheres com CCU, acompanhadas em hospital público do Pará	Reabilitação	Compreensão da representação social de mulheres com CCU e suas implicações no cuidado pessoal
Melo, Moreira e Lopes. (2015)	Rev. Pesquisa Cuidado é Fundamental Online/Brasil	Descritivo	Coleta de dados primários (entrevistas)	Mulheres assistidas pelo Centro Municipal de Prevenção ao Câncer, na Bahia	Reabilitação	Compreender a vivência de mulheres com lesões precursoras de CCU
Rafael e Moura. (2017)	Cad. Saúde Pública/Brasil	Caso-controle	Coleta de dados primários: entrevistas	Mulheres assistidas pela ESF, em Nova Iguaçu (RJ)	Diagnóstico	Avaliação da relação de violência física entre parceiros íntimos e a inadequação no rastreamento do CCU

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 2 – Síntese das intervenções em saúde na atenção primária voltada a mulheres brasileiras.

Intervenções em saúde na atenção primária voltada a mulheres brasileiras	
	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de vínculo entre usuários e profissionais de saúde através da ESF. • Busca ativa de mulheres na comunidade. • Visita domiciliar. • Abordagem educativa. • Continuidade da assistência.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 3 – Síntese dos obstáculos aos serviços de controle e diagnóstico do câncer de colo do útero em mulheres brasileiras.

Obstáculos aos serviços de controle e diagnóstico do câncer de colo do útero em mulheres brasileiras	
Dimensão pública e/ou profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Variação da cobertura do exame Papanicolaou entre as regiões brasileiras. • Variação da cobertura do exame Papanicolaou entre a zona rural e urbana. • Unidades de atendimento distantes do local de moradia. • Interesse político regional. • Falta de transporte ou condições inadequadas de transporte. • Dificuldades no agendamento de consultas e/ou exames. • Demora no agendamento para atenção especializada e/ou inadequabilidade no encaminhamento. • Baixo acesso a procedimentos diagnósticos especializados (biópsias). • Comunicação precária entre profissional e usuária. • Falta de materiais e equipamentos • Condições inadequadas de coleta. • Baixa qualidade de coleta de material. • Favoritismo de coleta por enfermeiros. • Poucos profissionais para a área de abrangência/Superlotação. • Impactos da COVID-19. • Demora na entrega de resultados de exames. • Longo tempo de espera entre diagnóstico e início do tratamento. • Baixa cobertura de rastreamento do SUS. • Baixas medidas de educação em saúde.
Dimensão socioeconômica, cultural e racial	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades socioeconômicas. • Não possuir trabalho remunerado. • Baixo grau de escolaridade. • Vergonha e/ou constrangimento. • Medo. • Ambiente familiar conflituoso. • Violência física íntima. • Falta de apoio e interferência do companheiro na realização de exames. • Não possuir um relacionamento estável. • Descuido com a própria saúde (falta de atitude na busca pelo exame). • Dificuldade de seguimentos de mulheres com resultados alterados. • Utilização de serviços públicos e privados simultaneamente. • Ideias presumidas a respeito do exame.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 4 – Síntese dos obstáculos associados à compreensão populacional feminina acerca do câncer de colo do útero.

Obstáculos associados a compreensão populacional feminina acerca do câncer de colo do útero
<ul style="list-style-type: none">• Falta de conhecimento sobre o exame de Papanicolaou.• Desassociação do exame Papanicolaou com a detecção precoce do câncer.• Falta de informações sobre os métodos de prevenção.• Falta de informações sobre o retorno médico e/ou periodicidade recomendada para realização do exame de Papanicolaou.• Falta de conhecimento ou conhecimento inadequado sobre o câncer de colo do útero.• Associação da doença com falta de higiene.• Crença de incapacidade de cura.• Resistência de mulheres homoafetivas.• Busca assistencial oportunista.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4 DISCUSSÃO

O rastreamento e diagnóstico do CCU é alvo de inúmeras barreiras de acesso e utilização dos serviços de saúde, que expõe e revela lacunas em torno do estado atual da dimensão institucional, do vivido e do compreendido pela população feminina. Ainda que uma ampla gama de estudos percorra por essas inadequações, a literatura traz poucos trabalhos que abracem todas as dimensões em torno dos níveis de assistência, tornando relevantes os achados aqui descritos.

As propriedades que regem a ESF possuem capacidade de aproximação territorial, favorecendo a criação de vínculos entre os profissionais de saúde e as mulheres assistidas pelo programa. Em cumprimento da demanda de rastreio e diagnóstico, observa-se que o método de busca ativa e visita domiciliar possibilita com maior eficácia a identificação dos grupos vulneráveis (RAFAEL; MOURA, 2017; RICO; IRIART, 2013). O reconhecimento do contexto vivido pela comunidade pode ser desmembrado pela proximidade da equipe com a abordagem humana e educativa, levando a continuidade da assistência (AGUILAR; SOARES, 2015; RODRIGUES; MOREIRA; OLIVEIRA, 2016).

No entanto, a baixa frequência das mulheres para realização do exame de rastreio do CCU indica um processo de trabalho pouco harmônico da APS (RAFAEL; MOURA, 2017). Isso reforça a necessidade de um olhar mais abrangente de atuação das equipes e do poder público para realização de ações de promoção e educação em saúde, que possibilitem a transformação da ponte trabalhador-comunidade a fim de minimizar a resistência ao exame.

Ao mesmo tempo, são reconhecidas variações na cobertura de rastreamento brasileiro, onde a Região Norte, Centro-Oeste e Nordeste estão entre os piores cenários dos indicadores de rastreio do CCU, com altos níveis de não participação nas buscas preventivas (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2022; PERONI *et al.*, 2019; TIENSOLI; FELISBINO-MENDES; VELASQUEZ-MELENDZ, 2018). Adentrando nas investigações das populações de maior risco, encontram-se as mulheres residentes em zona rural e/ou áreas descobertas pela APS e/ou municípios remotos, constatando que quanto menor o porte e investimento público do município, maior o número de não realização do exame de Papanicolaou (GALVÃO *et al.*, 2019; FERNANDES *et al.*, 2021; MADEIRO; RUFINO, 2022).

Outrossim, residir em locais distantes das unidades assistenciais não só demonstram os impactos de políticas públicas no âmbito da saúde, mas bem como no assistencial. O deslocamento das mulheres revela os obstáculos de transporte público e má distribuição

geográfica dos serviços de saúde, decorrentes das fragilidades financeiras do próprio município, onde as mesmas por vezes necessitam se deslocar a pé, por carona, por transporte escolar ou por meios de transporte com desembolso direto, contrapondo os seus direitos de acesso livre e facilitado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (FERNANDES *et al.*, 2019). Contudo, o direito à saúde não pode ser implicado em função do local de residência, nem ampliar ou diminuir os padrões de desigualdades, e nem tampouco condicionar um cenário de vida a uma determinada população.

Além do acesso sanitário, outros estudos também evidenciam as barreiras organizacionais, como burocracia, demora na marcação de consultas e/ou exames (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2022; GALVÃO *et al.*, 2019), tempo de espera para o atendimento (BARBOSA; LIMA, 2016; MELO; MOREIRA; LOPES, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2019) demora na marcação da assistência especializada ou inadequabilidade no encaminhamento (LEITE *et al.*, 2014). Nestes casos, estão os maiores pontos de desigualdade no acesso à saúde, pois as equipes revelam o despreparo técnico dos profissionais encarregados de supervisão e organização do percurso assistencial da população (RICO; IRIART, 2013). Assim a mulher adentra em um processo de idas e vindas na busca por uma assistência, por vezes, sem informações sobre sua própria condição de saúde, o trajeto a ser seguido, e sem o apoio do serviço de saúde que deveria ser seu preceptor.

Somado às dificuldades para a chegada aos serviços de realização do exame de prevenção do CCU, existem ainda aquelas relacionadas com a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde. Estudos revelam como barreiras existentes a falta de espaço, a escassez de materiais e recursos, salas inapropriadas nas zonas rurais para a realização do exame de Papanicolaou, bem como material inadequado para o armazenamento do material citológico coletado (BARBOSA; LIMA, 2016; FERNANDES *et al.*, 2019). Tais evidências sinalizam obstáculos de acesso e qualidade do cuidado que impactam na adesão das mulheres ao exame de rastreio, mesmo quando existe a cobertura adequada, impactando diretamente na aceitabilidade e confiabilidade sobre o exame.

Ademais, outros estudos evidenciam problemas relacionados à sobrecarga de trabalho dos enfermeiros da ESF (FERNANDES *et al.*, 2019) pois são eles a principal referência para a realização do exame diante da visão da usuária, já que muitas mulheres relatam que os médicos não possuem o mesmo olhar assistencial e cuidadoso ou não possuem o vínculo necessário e arduamente construído pelo núcleo comunitário. Não obstante, boa carga informacional – mesmo que baixa, relacionada ao Papanicolaou, é transmitida pelos métodos de conscientização

empregados pela equipe de enfermagem e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (GALVÃO *et al.*, 2019). Logo, o acesso não é somente estabelecido pela via de oferta e demanda, mas sim pela construção de uma rede de atenção capaz de enxergar o paciente como parte fundamental de sua própria linha de cuidado, de ouvir e ser ouvido.

Segundo Barcelos *et al.* (2017), e Aguilar e Soares (2015), é possível observar que essa predileção acarreta em uma superlotação de usuárias a serem atendidas pelos poucos profissionais para abrangência territorial. Logo, ao considerar o porte populacional do município como um marcador das condições da sua população, a cobertura da ESF deve ser uma extensão de serviços básicos capazes de promover equidade na atenção. Assim cabe ao cunho público/administrativo capacitar a equipe atuante na APS, para que todos os profissionais se tornem capazes de fornecer um atendimento humano e igualitário.

Ainda no âmbito público, faz-se necessário mencionar os impactos em função da pandemia de COVID-19, uma vez que o mundo sofreu e ainda sofre com as disparidades acarretadas pelo devido contexto. Em relação ao acesso à prevenção e diagnóstico do CCU, observou-se que no ano de 2020, houve uma queda nos casos de rastreamento e acesso aos exames, ocasionado pela redução da oferta nos serviços de saúde e/ou a falta de busca pelas mulheres (VIEIRA *et al.*, 2022). Em contrapartida, o tempo de acesso entre o diagnóstico e o tratamento diminuiu, uma vez que a demanda para atenção especializada foi menor, favorecendo a oferta de cuidado (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2022).

Outro indicador proveniente do período pandêmico, são os casos de mulheres diagnosticadas com CCU em subnotificação em todo o território nacional (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2022). Contudo, dada as incertezas de coleta e apresentação dos dados durante a pandemia de COVID-19, é necessária uma melhor avaliação dos parâmetros para que reflitam o real impacto dos percentuais e a implementação de novas estratégias de rastreamento e consequentemente de cobertura, sobretudo das áreas mais vulneráveis e com baixa adesão ao Papanicolaou (VIEIRA *et al.*, 2022).

Além das dificuldades extrínsecas às mulheres para a realização do exame de prevenção do CCU, existem também aquelas relacionadas com as suas condições socioeconômicas, culturais e raciais. Nessa perspectiva, o fator socioeconômico foi uma das razões mais recorrentes observadas nesta pesquisa (GALVÃO *et al.*, 2019; MADEIRO; RUFINO, 2022; PERONI *et al.*, 2019; RODRIGUES; MOREIRA; OLIVEIRA, 2016; SILVA *et al.*, 2016; TIENSOLI; FELISBINO-MENDES; VELASQUEZ-MELENDZ, 2018). A baixa condição

financeira assim como não pertencer ao mercado de trabalho, são elementos contribuintes para a maior dificuldade de acesso ao exame de Papanicolaou, bem como uma maior incidência de CCU (ALVES *et al.*, 2019; BARCELOS *et al.*, 2017; FERNANDES *et al.*, 2021; LEITE *et al.*, 2014; VIEIRA *et al.*, 2022).

Agregado ao nível socioeconômico, a baixa escolaridade é bem documentada como um determinante para o desenvolvimento do CCU (MASCARENHAS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2022). O grau de conhecimento é um importante fator de percepção de saúde, observado nos reflexos dos indivíduos com maiores níveis de escolaridade, em que possuem estilo de vida mais saudáveis, decorrente do maior potencial de informações sobre a doença, prevenção, cuidados e acesso facilitado aos serviços de saúde (RODRIGUES; MOREIRA; OLIVEIRA, 2016).

A vergonha e/ou constrangimento em se submeter ao exame de Papanicolaou foram os sentimentos mais referidos nos estudos (AGUILAR; SOARES, 2015; BARBOSA; LIMA, 2016; FERNANDES *et al.*, 2021; MELO; MOREIRA; LOPES, 2015). Expor o corpo revela sentimentos negativos de bloqueio e conflito com a própria mulher, trazendo sensações de desproteção e impotência, além da preocupação com os padrões corporais generalizados. Outro sentimento negativo que surgiu das observações, foi o medo. Essa visão se dá pela perspectiva de dor durante o exame e que está ocasionalmente ligado ao profissional masculino (LEITE *et al.*, 2014; RODRIGUES; MOREIRA; OLIVEIRA, 2016). Nessa perspectiva, é necessário que o profissional também desenvolva sentimentos, como empatia, afeto e simplicidade, para que além de transmitir confiança e segurança para a mulher, a sua conduta profissional perpetue dentro da comunidade e reflita diálogos encorajadores e rompa desinformações.

A violência física íntima, bem como o ambiente doméstico conflituoso, também são fatores que refletem as sensações de vergonha e medo, considerando que as mulheres em situação de vulnerabilidade familiar podem ter maiores dificuldades em zelar pelo seu bem estar, principalmente aquelas que possuem unidades de saúde próximas ao seu domicílio e que tornam essa assistência mais visível a seus parceiros (RAFAEL; MOURA, 2017). A maneira como a interferência ou falta de apoio do parceiro potencializa os aspectos do cuidado com a saúde da mulher também merece maior aprofundamento, uma vez que são demandas que não são facilmente percebidas pela rede de saúde (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Ainda no contexto afetivo, as mulheres sem relacionamento, quando comparada às mulheres casadas ou em união estável, buscam os métodos de investigações do CCU com

menos frequência (BARCELOS *et al.*, 2017; TIENSOLI; FELISBINO-MENDES; VELASQUEZ-MELENDZ, 2018). Outros relatos trouxeram, também, dificuldades de ingressos de mulheres em relacionamentos homoafetivos, onde as mesmas não viam necessidade em realizar o exame preventivo, relatando que a falta de contato sexual com homens era o suficiente para o não desenvolvimento do CCU (FERNANDES *et al.*, 2019).

A falta de atitude feminina no cuidado com a própria saúde foi relatada como barreira para a realização do exame de Papanicolaou. Constatou-se que muitas mulheres tratam o CCU como uma situação distante da sua realidade ou só procuram o serviço de saúde quando pessoas próximas são acometidas pela doença. Logo, a adesão ao exame não está somente ligada aos fatores públicos/privados e sociais, mas também ao caráter comportamental das mulheres (AGUILAR; SOARES, 2015; MASCARENHAS *et al.*, 2020). Com isso, faz-se necessário que as estratégias de identificação e educação da população, perpetue informações sobre qualidade de vida e atitudes motivadoras de estilo de vida saudável, a fim de promover a consciência do autocuidado feminino e motivar a realização do exame.

Além dos motivos citados, outros estudos evidenciam barreiras no seguimento da população com resultados alterados e que necessitam de resultados prévios para os cuidados das sintomatologias. O tempo de espera para o acesso aos exames de diagnósticos e escassez de vagas no SUS, caracterizam o percurso assistencial de muitas mulheres, onde se faz necessário o uso dos serviços públicos e privados simultaneamente (BARBOSA; LIMA, 2016; FERNANDES *et al.*, 2021; GALVÃO *et al.*, 2019; VIEIRA *et al.*, 2022). Tal situação leva ao desmerecimento dos serviços públicos de saúde e abre espaço para maior suscetibilidade do desenvolvimento do CCU, uma vez que por insuficiência econômica, como ora relatado, essas mulheres precisam postergar seu diagnóstico e/ou tratamento.

A respeito do cenário do conhecimento populacional feminino, o presente estudo tem como intuito expor e argumentar os obstáculos acarretados pela carga informacional dessas mulheres em torno das características da prevenção e acesso ao diagnóstico do CCU. Tendo em vista que a sociedade moderna recebe uma avalanche diária de informações e que possui uma marcada influência das relações culturais e sociais, a notabilidade da análise desses acúmulos de saberes se faz necessário para o desfecho do objetivo geral imposto.

Neste sentido, o conhecimento insuficiente acerca do exame de Papanicolaou foi relatado como uma das principais barreiras para a sua realização (RICO; IRIART, 2013; RODRIGUES; MOREIRA; OLIVEIRA, 2016; SOARES *et al.*, 2019). O fato de muitas

mulheres não conhecerem medidas de prevenção (MELO; MOREIRA; LOPES, 2015), finalidade (BARBOSA; LIMA, 2016) e periodicidade de realização do exame citopatológico (FERNANDES *et al.*, 2019; GALVÃO *et al.*, 2019; MASCARENHAS *et al.*, 2020), refletem na capacidade de percepção de risco e detecção precoce do CCU. Sendo assim, compreender as mais diversas situações e as suas interligações com os problemas de saúde pública revelam os processos terapêuticos e estabelecem um vínculo fático da trajetória assistencial.

Coincidindo com os aspectos da desinformação, estudos mostram que a falta de conhecimento é também ligada às causas e características do CCU (BARCELOS *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2014; MELO; MOREIRA; LOPES, 2015), onde fora relatado que muitas mulheres associam a doença com a falta de higiene e/ou creem que não existe cura (AGUILAR; SOARES, 2015). O déficit de conhecimento das mulheres é uma fala gritante do trabalho na transmissão das informações pelos serviços de saúde, não somente para com aquelas que estão inseridas na APS, mas principalmente para as que não possuem este contato, ressaltando que não só existe limitações com os integrantes da ESF, mas bem como todo o público alvo para o CCU.

As iniquidades observadas no acesso ao diagnóstico do CCU no Brasil ligadas ao rastreamento oportunístico, foram ressaltados em 45% dos artigos contidos nesta revisão, sendo dentro dos objetivos estabelecidos para a compreensão populacional, o fator de maior impacto (ALMEIDA *et al.*, 2017; GALVÃO *et al.*, 2019; MADEIRO; RUFINO, 2022; TIENSOLI; FELISBINO-MENDES; VELASQUEZ-MELENDZ, 2018). A busca assistencial oportunista acontece quando as mulheres procuram o serviço de saúde por diversos motivos. No que diz respeito ao CCU esse acesso ocorre por incentivo familiar ou diante das manifestações de sintomas (FERNANDES *et al.*, 2019; RICO; IRIART, 2013). O predomínio dessa situação reflete nos números de casos avançados da doença e sinaliza os problemas da falta de um modelo de rastreamento no país. Logo, o estabelecimento de um programa de rastreio ativo da população alvo deve ser prioridade para as medidas públicas de saúde.

A consecução desta revisão envolveu intenso processo de análise e para averiguação do alcance das evidências em resposta aos objetivos impostos. Desta forma, foi realizado o agrupamento dos achados em confronto com os seus respectivos aprimoramentos (**Quadro 5**).

Quadro 5 – Objetivos do trabalho de conclusão de curso e evidências de consecução.

Objetivo	Evidências do Trabalho
Averiguar as intervenções facilitadoras em saúde na Atenção Primária.	Dentre os achados, observou-se que a APS constrói um vínculo facilitador entre o profissional e a usuária, através de busca ativa comunitária, visitas domiciliares e abordagens educativas. O potencial de trabalho das equipes frente ao controle e diagnóstico do CCU permite que as mulheres vivenciem uma assistência continuada dentro do seu trajeto assistencial, o que favorece o rastreamento e controle da doença. No entanto, ainda se faz necessário um olhar mais abrangente do poder público para o adequado fornecimento financeiro e de trabalho das equipes, para que as intervenções realizadas consigam abranger um público maior e aqueles mais vulneráveis.
Identificar os obstáculos de acesso aos serviços de controle e diagnóstico do CCU.	Os obstáculos de maior impacto de cunho público foram as variações da cobertura do exame de Papanicolaou entre as regiões brasileiras, assim como a má distribuição das unidades de atendimento e as dificuldades de agendamento e realização do diagnóstico. Já no campo individual feminino, tem-se como barreiras o nível socioeconômico, escolar e familiar das mulheres, bem como os sentimentos negativos associados ao Papanicolaou. Nessa perspectiva, a disposição das unidades de saúde deve ser reformulada, não só com base nas demandas distritais, mas com o objeto de diminuir os padrões de desigualdade e os fatores limitantes ao acesso. Concomitante a isto, é necessário que o sistema de saúde veja a mulher como uma construção de suas vivências, agregando aos direitos de acesso o atendimento psicossocial da população e o aperfeiçoamento das equipes de saúde para as demandas extra clínicas.
Identificar os obstáculos acarretados a partir da compreensão populacional feminina acerca do CCU.	A análise permitiu concluir que a carga informacional, a influência dos fatores histórico-culturais e as associações negativas em torno do exame de Papanicolaou e do CCU, quando errôneas tornam-se obstáculos de acesso ao diagnóstico. Posto isto, destaca-se que não é de responsabilidade das mulheres as barreiras descritas, uma vez que essas informações são frutos das desigualdades a qual estão inseridas. Logo, é de responsabilidade pública inserir o modelo de educação em saúde na Educação Básica e na APS, com metodologias e ações que se adequem a realidade de cada população e que estimulem a propagação de diálogos e reflexões que rompam as desinformações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos reportados, verificou-se que a realização de práticas de continuidade de saúde e vínculo facilitador entre o sistema e o público alvo do CCU são estratégias que possuem alta capacidade positiva de intervenção. No entanto, é necessário que as atividades conscientizadoras construam práticas de educação compartilhada de saberes, que revelem o lado científico vinculado aos profissionais e que identifiquem os aspectos culturais do conhecimento agregado às mulheres, tornando as medidas implementadas pela APS um reflexo do cotidiano popular.

A análise permitiu concluir a existência de diferentes oportunidades de acesso entre municípios, com maior desvantagem para as mulheres da zona rural, e que há um reflexo direto do interesse político e de medidas públicas que interferem no rastreamento e diagnóstico do CCU. Já no intrínseco às mulheres, percebeu-se que existe uma influência socioeconômica, cultural e racial, em que cada esfera predispõe obstáculos de acesso ao diagnóstico da doença. Nessa perspectiva ressalta-se a necessidade da integração entre o modelo assistencial, o plano terapêutico e o público alvo, definindo assim estratégias para a melhor coordenação do cuidado e da garantia da universalidade dentro do sistema de saúde brasileiro.

Por fim, percebeu-se que as mulheres possuem baixo conhecimento e/ou conhecimento inadequado sobre o impacto do CCU, assim como, sobre a importância do exame de Papanicolaou. Tal situação evidencia a baixa qualidade da educação em saúde realizadas pelas APS. Para além do exposto, torna-se fundamental a compreensão dos fatores histórico-culturais em torno da população feminina e um atendimento mais humanizado dos profissionais de saúde, para que haja um planejamento mais efetivo e adequado das ações, considerando a individualidade de cada mulher. As conclusões expostas somam-se ao conjunto de evidências que corroboram com a avaliação do rastreamento e acesso ao diagnóstico do CCU.

Dessa forma a pesquisa qualitativa é apenas uma porta de entrada para a compreensão das barreiras de acesso à rede de saúde, requerendo, assim, a necessidade de novos estudos e abordagens em torno da temática para ampliar o escopo dos resultados e a triangulação de métodos, a fim de uma observação da realidade sob diversos ângulos.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, R. P.; SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolaou: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 359-379, 23 fev. 2015.
- ALMEIDA, C. A. P. L. et al. Conceptions of women on cervical cancer screening. **Revista Acta Scientiarum**, v. 40, p. 1-9, 27 jul. 2017.
- ALVES, S. A. V. et al. Differential impact of education level, occupation and marital status on performance of the Papanicolaou test among women from various regions in Brazil. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP**, v. 20, n. 4, p. 1037, 4 jan. 2019.
- AZEVEDO E SILVA, G et al. Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 7, p. 1-15, 6 maio. 2022.
- BARBOSA, D. C.; LIMA, E.C. Compreensão das mulheres sobre o câncer de colo do útero e suas formas de prevenção em um município do interior da Bahia, Brasil. **Revista de APS**, v. 19, n. 4, p. 546-555, jun. 2016.
- BARCELOS, M. R. B. et al. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 67, p. 1-13, 28 jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de colo do útero: exame para detecção é oferecido no SUS**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/cancer-do-colo-do-uterio-exame-para-deteccao-e-oferecido-no-sus>. Acesso em: 30 nov. 2022.
- COSTA, R. F.; DE BARROS, S. M. O. Prevalência de lesões intraepiteliais em atipias de significado indeterminado em um serviço público de referência para neoplasias cervicais. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 400–406, 2011.
- FERNANDES, N. F. S. et al. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 10, p. 1-19, 15 abr. 2019.
- FERNANDES, N. F. S. et al. Desafios para prevenção e tratamento do câncer cervicouterino no interior do Nordeste. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, p. 1-27, 6 abr. 2021.
- GALVÃO, J. R. et al. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, p. 1-17, 7 jun. 2019.
- GAMBERINI K.S.T, LAGANÁ M.T.C, TORIYAMA A.T.M. Relação entre raça/cor e a frequência de lesões intra-epiteliais de alto grau (NIC II e NIC III). **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 20, p. 51–56, 2008.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. 1 ed. Rio de Janeiro, INCA, 2011. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf. Acesso em: 2 dez. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. 2 ed. Rio de Janeiro, INCA, 2016. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 29 nov. 2022

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Deteção precoce**. Rio de Janeiro, INCA, 2021. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA

SILVA. **Estimativa 2023**: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 28 nov. 2022.

LEITE, M. F. et al. Conhecimentos e prática das mulheres sobre câncer de colo do útero de uma unidade básica de saúde. **Journal of human growth and development**, v. 24, n. 2, p. 208-213, 22 fev. 2014.

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Cervical cancer control limiting factors and facilitators: a literature review. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3431–3442, 2019.

MADEIRO, A.; RUFINO, A. C. Cobertura e fatores associados à não realização do exame citopatológico do colo do útero entre mulheres brasileiras de 18 a 39 anos. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 10, n. 1, p. 1-9, 13 jun. 2022.

MASCARENHAS, M. S. et al. Conhecimentos e práticas de usuárias da atenção primária à saúde sobre o controle do câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 3, p. 1-8, 4 jun. 2020.

MELO, R. O.; MOREIRA, R. C. R.; LOPES R. L. M. Lesões precursoras de câncer cervical: significado para mulheres em um centro de referência no Brasil. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p. 3327-3338, out/dez. 2015.

MORAES, M. F. Programa viva mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 43, n. 2, p. 103-105, 1997.

NAKAGAWA, J.T.T; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 307–311, 2010.

PERONI, F. M. A. et al. Realizing the right to health in Brazil's Unified Health System through the lens of breast and cervical cancer. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, p. 1-15, 3 jun. 2019.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Violência física grave entre parceiros íntimos como fator de risco para inadequação no rastreio do câncer de colo de útero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n.12, p. 1-11, 3 abril. 2017.

- RIBEIRO, C. M. et al. Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 1-13, 6 fev. 2019.
- RICO, A. M.; IRIART, J. A. B. " Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 29, n. 9, p. 1763-1773, set. 2013.
- RODRIGUES, D. E.; MOREIRA K. F. A.; OLIVEIRA, T. S. Barreiras à prevenção do câncer de colo uterino no município de Porto Velho, Rondônia, Brasil. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 34, n. 1, p. 59-67, 1 set. 2016.
- SILVA NETO, Jacinto da Costa. **Citologia clínica do trato genital feminino**. 2 ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2020.
- SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais sobre a doença de mulheres acometidas do câncer cervico-uterino. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 3667-3677, jan/mar. 2016.
- SOARES, D. A. et al. Itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de colo de útero na Bahia, Brasil. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 3, p. 333-342, 11 set. 2019.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CITOPATOLOGIA. **Atualização da nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos do colo uterino e áreas ano-genitais**. Rio de Janeiro, SBC, 2020. Disponível em: https://colposcopia.org.br/wp-content/uploads/2020/08/E-BOOK-SOCIEDADE-BRASILEIRA-DE-CITOPATOLOGIA_SBC-1-1.pdf. Acesso em: 9 mar. 2023.
- TIENSOLI, S. D.; FELISBINO-MENDES M.S.; VELASQUEZ-MELENDEZ G. Avaliação da não realização do exame Papanicolaou por meio do Sistema de Vigilância por inquérito telefônico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1-7, 6 jun. 2018.
- TSUCHIYA, C. T., LAWRENCE, T., KLEN, M. S., FERNANDES, R. A., ALVES, M. R. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 9, n. 1, 2017.
- VIEIRA, L. H. C; DRUMOND D.G et al. Acompanhamento das lesões intraepiteliais escamosas cervicais. **Revista Médica Oficial do Hospital Universitário da UFJF**, v. 30, n. 1, p. 28 a 32, 2004.
- VIEIRA, Y. P. et al. Tendência e desigualdades no rastreamento autorrelatado do câncer de colo de útero nas capitais brasileiras entre 2011 e 2020. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 9, p. 1-13, 22 jul. 2022.

ANEXO A – ORIENTAÇÕES E INSTRUÇÕES DE SUBMISSÃO PARA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

1. O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
2. Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
3. As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
4. O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
5. Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
6. As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em

- inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
 3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
 4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
 5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
 6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
 7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
 8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
 9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte.
1. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
 1. ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38).
 2. ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
3. As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
4. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
5. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
6. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.