



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA
AMAZÔNIA OCIDENTAL**

Valéria Teixeira da Costa Matos

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO: AÇÕES REALIZADAS
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIO
BRANCO.**

RIO BRANCO – ACRE

2018

Valéria Teixeira da Costa Matos

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO: AÇÕES REALIZADAS
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIO
BRANCO.**

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação
em Ciências da Saúde da
Amazônia Ocidental, da
Universidade Federal do
Acre, como requisito parcial
para obtenção do grau de
Mestre em Ciências da Saúde.**

Orientador: Dr. Anselmo Fortunato Ruiz Rodriguez

Coorientadora: Dra. Cristiane de Oliveira Cardoso

RIO BRANCO – ACRE

2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL**

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: AÇÕES REALIZADAS
PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIO
BRANCO.**

VALÉRIA TEIXEIRA DA COSTA MATOS

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Cristiane de Oliveira Cardoso (Presidente)
Universidade Federal do Acre – Centro de Ciências da Saúde e do Desporto

Prof. Dra Carolina Pontes Soares (Membro Externo) Uninorte

Prof. Dr. Romeu Martins (Membro Interno)
Universidade Federal do Acre – Centro de Ciências da Saúde e do Desporto

Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti (Suplente)
Universidade Federal do Acre – Centro de Ciências da Saúde e do Desporto

Dedico este trabalho a minha mãe Marta Maria pelo incentivo aos estudos. Tia Solange pelo cuidado e zelo. Aos meus irmãos Marcos Zuza e Elaine, por estarem ao meu lado em todos os momentos. Às meninas da família que se tornarão grandes mulheres: Tâmylle, Amanda, Bruna e Vitória Cristina.

In memoriam à Evangelista Candido Ferreira, figura paterna que esteve ao meu lado e que sempre contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao final de mais uma etapa, agradeço primeiramente a Deus pela sua infinita misericórdia, me permitindo chegar até aqui.

Agradeço à minha Coorientadora Dra. Cristiane de Oliveira Cardoso, pessoa ímpar que tive a honra de conhecer, e que me auxiliou e orientou não apenas na dissertação, mas na vida. Meus eternos agradecimentos.

Às amigas Eufrásia, Érica Fabíola e Márcia Aurélia que acreditaram e me incentivaram a participar do processo seletivo.

Às Amigas que me alimentaram o corpo e a alma nos momentos mais difíceis dessa jornada: Hignês Sena, Fiama Cristina, Daisy Guerra e Giselle Morais, as palavras de vocês foram essenciais, assim como os cafés.

Às amigas do Mestrado Valgerlângela Sousa, Nathália Lima, Marcela Uchimura e Aristéia Sampaio que compartilharam dúvidas, conhecimentos e foram o suporte das horas infindas.

Ao meu amigo e professor Dr. Rodrigo Silveira, pelas horas dedicadas a me ensinar como realizar as análises. E por me ouvir nas horas de desânimo.

Ao professor Jader de Andrade Bezerra pelas primeiras orientações sobre o SPSS, sem as quais não conseguiria seguir adiante.

À Juliana Lofego e Amanda Amorim representando a equipe da Incubadora da Integralidade Sítio Norte, grupo de pesquisa ao qual estou vinculada.

À equipe de Gestores da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, que autorizaram a realização da pesquisa.

Ao Marcos Francisco Lima de Araújo do Departamento de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, pelas inúmeras vezes em que me atendeu fornecendo todas as informações necessárias para a realização desta pesquisa.

À Gerencia da Policlínica Tucumã, meu local de trabalho, na pessoa da Enfermeira Rossana Patrícia Santos Batista de Oliveira que compreendeu a importância desta fase na minha vida profissional, minhas ausências, sempre demonstrando respeito pelo meu trabalho.

A Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFAC, em especial o coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva e a Secretária Ana Caroline Vasconcellos de O. Salmento.

Aos colegas de profissão Enfermeiros e Enfermeiras que aceitaram participar como sujeitos desta pesquisa.

E a todas as mulheres que participaram da pesquisa, pela colaboração e pela certeza de que elas guardam no coração a esperança de que poderão receber atenção à saúde de qualidade.

“Nem sequer uma única mulher no mundo precisava morrer de câncer do útero, se todos os métodos para sua prevenção e diagnóstico precoce fossem empregados em tempo”.

Dr. John R. Heller, Diretor do Memorial Sloan Kettering Cancer Institute, New York, 1960.

Resumo

É consenso mundial que o câncer de colo do útero é uma doença de evolução lenta, progressiva e com etapas bem definidas. Programas de rastreio populacional sistemático e tratamento precoce das lesões precursoras podem reduzir significativamente as taxas de mortalidade por este tipo de câncer. O objetivo dessa pesquisa foi analisar as ações de prevenção contra o câncer de colo do útero realizadas pelas equipes de saúde da família, por meio de um estudo transversal exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa foi realizada em 60 equipes da Estratégia de Saúde da Família de Rio Branco, capital do estado do Acre. A amostra da pesquisa foi constituída por 36 profissionais das equipes e 252 mulheres usuárias do serviço de saúde. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e informações referentes ao conhecimento que as usuárias dos serviços de saúde possuíam sobre CCU e com os profissionais de saúde foram coletadas informações sobre as ações de prevenção desenvolvidas pelas equipes. Os dados foram consolidados em planilha do programa Excel, e posteriormente analisados com o software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. As análises estatísticas foram realizadas com nível de significância a 0,05 e intervalo de confiança de 95%. Para verificar a existência de associação entre as variáveis independentes e a dependente foi utilizado o teste χ^2 de Pearson. A idade das mulheres variou de 16 a 74 anos, 67,1% possuíam renda familiar mensal inferior a um salário mínimo, 82,9%, se autodeclarou negra/parda e 52,8% das mulheres possuíam mais de oito anos de estudo. Mulheres com idade inferior a 24 anos apresentaram frequência maior para a não realização do exame. 78,2% das entrevistadas não souberam identificar nenhum fator para câncer de colo uterino. A principal fonte de informação sobre o exame foi enfermeira. 66,7% dos profissionais entrevistados afirmaram realizar algum tipo de ação em sua unidade. 75% dos entrevistados informaram não realizar nenhuma ação para o público adolescente. Esta pesquisa identificou um perfil de vulnerabilidade social nas usuárias do serviço, baixa cobertura do exame e baixa cobertura vacinal, sugerindo a necessidade de uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde, em relação às medidas preventivas contra o câncer de colo do útero.

Palavras chave: Promoção da saúde, neoplasia do colo do útero, Papanicolaou, Papillomavirus Humano.

Abstract

It is a worldwide consensus that cervical cancer is a slow, progressive disease, presenting well-defined stages. Systematic population screening programs and early treatment of precursor lesions can significantly reduce mortality rates from this type of cancer. This research was conducted with the objective to analyze preventive actions against cervical cancer performed by the family health teams, through an exploratory and descriptive cross-sectional study, using a qualitative and quantitative approach. The research was conducted in 60 teams of the Family Health Strategy of Rio Branco, capital of the state of Acre. The research sample was consisted of 36 professionals of the teams and 252 female users of the health service. It was collected sociodemographic, epidemiological variables and related information about the knowledge that users of the health services knew about cervical cancer. Besides, with the professionals, it was collected information about preventive actions developed by the teams. Data were analyzed using the IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. Statistical analyzes were performed considering 0.05 significance level and 95% confidence interval. Pearson's χ^2 test was utilized to verify the association between independent and dependent variables. The age of women in this study ranged from 16 to 74 years, 67.1% had a monthly family income lower than a minimum wage, 82.9% self-declared black / brown and 52.8% of them had more than eight years of study. Women under the age of 24 showed a higher frequency for not performing the test. 78.2% of the interviewees did not know to identify any factor for cervical cancer. The main source of information about the examination was a nurse. 66.7% of the interviewed professionals affirmed to carry out some type of action in their unit. 75% of the interviewed reported not taking any action for the adolescent public. This research has identified a profile of social vulnerability in the users of the service, low coverage of the exam and low vaccination coverage, suggesting the need for a differentiated action of health professionals related to preventive measures against cervical cancer.

Keywords: Health promotion, cervical neoplasia, Papanicolaou, Human Papillomavirus.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIS	Adenocarcinoma <i>in situ</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOI	Células atípicas de origem indefinida
APS	Atenção Primária à Saúde
ASCUS	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
CEAFAM	Central de Abastecimento Farmacêutica
CEO	Centro de Especialidades Odontológica
CCU	Câncer de colo do útero
EUA	Estados Unidos da América
HCA	Hospital das Clínicas do Acre
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSIL	Lesão intraepitelial de alto grau
IARC	International Agency for Research on Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
JEC	Junção escamo colunar
LSIL	Lesão intraepitelial escamosas de baixo grau
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCC	Programa de Controle do Câncer
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNCC	Programa Nacional de Controle do Câncer
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URAP	Unidades de Referência da Atenção Primária

Sumário

1- INTRODUÇÃO	13
O útero	13
Câncer de colo do útero	14
Situação epidemiológica do câncer de colo do útero	17
Acesso ao serviço e à informação.....	18
Ações de prevenção no controle do câncer de colo do útero	19
Política pública e a prevenção do câncer de colo do útero no Brasil.....	23
2- JUSTIFICATIVA	26
3- OBJETIVOS	27
Geral.....	27
Específicos	27
4- METODOLOGIA	28
4.1- Delineamento da pesquisa.....	28
4.2- Cenário da pesquisa	28
4.3- Sujeitos da pesquisa.....	29
4.4 – Amostra da Pesquisa.....	29
4.4- Critérios de inclusão.....	30
4.5- Critérios de exclusão.....	30
4.6- Coleta de dados.....	30
4.7- Análise dos dados	31
4.8- Caráter ético da pesquisa	31
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6- Considerações Finais	46
7- Referências	48
8- APÊNDICE A Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais de saúde	58
9- APÊNDICE B Termo de consentimento livre e esclarecido para usuária do serviço de saúde	60
10-APÊNDICE C Termo de assentimento livre e esclarecido para participantes menor de idade	62
11-APÊNDICE D Questionário para entrevista com profissionais de saúde	64
12-APÊNDICE E Questionário para entrevista com usuárias do serviço de saúde	66
13-ANEXO A Termos de autorização para realização da pesquisa	67

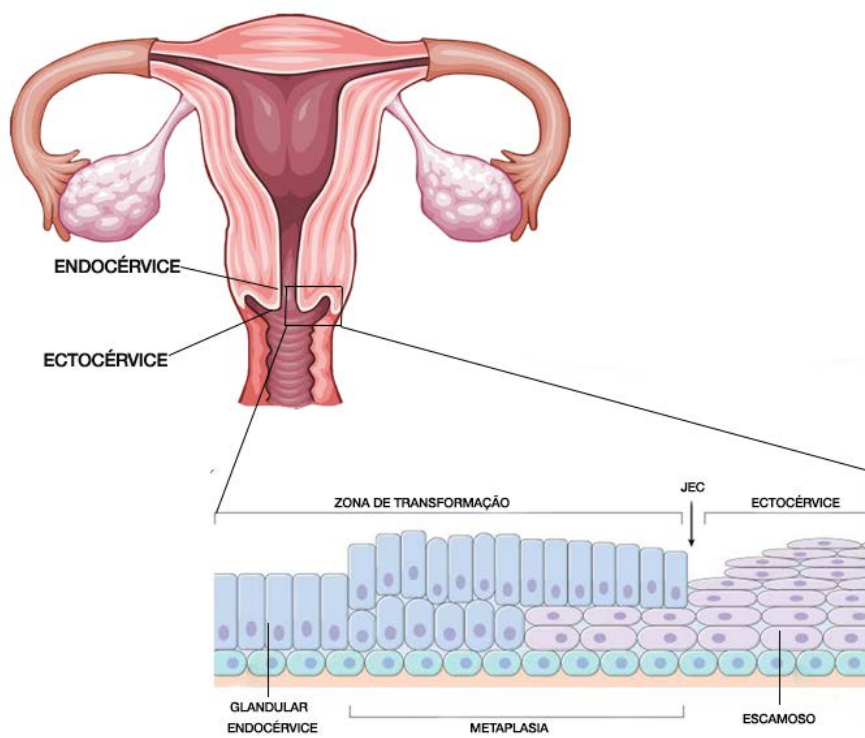


14-ANEXO B Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética
.....70

1- INTRODUÇÃO

O útero

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está situado no abdome inferior, sendo dividido em corpo e colo. Esta última parte é a porção inferior do útero e se localiza dentro do canal vaginal; possui uma parte interna chamada endocérvice, que é revestida por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco (epitélio colunar simples) e uma parte externa, que mantém contato com a vagina, denominada de ectocérvice, revestida por tecido de várias camadas de células planas (epitélio escamoso estratificado).^{1,2}



<http://aenfermagem.com.br/materia/tudo-sobre-o-exame-preventivo/>

Entre esses dois epitélios, encontra-se a junção escamo colunar (JEC), uma linha que pode tanto estar na ectocérvice como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher. Na fase reprodutiva a JEC situa-se no nível do orifício externo ou fora deste. Nessa situação, o epitélio colunar fica em contato com o ambiente vaginal ácido, hostil a essas células. Assim, células subcilíndricas, por meio de metaplasia, se transformam em células adaptadas, dando origem a um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. É nessa zona de

transformação que se localizam mais de 90% das lesões precursoras ou malignas do colo do útero.^{1,3}

Câncer de colo do útero

O câncer de colo do útero é uma doença caracterizada pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, causando alterações citológicas/histológicas que possuem diferentes graus evolutivos.⁴ Apresenta inicialmente lesões de caráter benigno, que podem sofrer transformações intraepiteliais progressivas, em média num período de 10 a 20 anos, evoluindo então para estágios de malignidade.⁵

Nas atipias celulares, o tecido escamoso é classificado como lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL), lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) e carcinoma epidermoide. As (HSIL), podem evoluir, agravar-se e originar um processo de malignidade; em 75 a 80% dos casos ocorre em células escamosas sendo denominado carcinoma epidermoide, e em 20 a 25% ocorre em células glandulares sendo identificado como adenocarcinoma.⁶

Em 2016, as Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero, foi revista e atualizada, objetivando uniformizar e melhorar a comparação de resultados nacionais com os encontrados em publicações estrangeiras. Desde então, a nomenclatura brasileira para as alterações celulares do colo do útero é a seguinte:⁷

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)
 - Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 - Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)
- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)
 - Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau.
- Células atípicas de origem indefinida (AOI)
 - Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau.
- Lesão de Baixo Grau (LSIL)
- Lesão de Alto Grau (HSIL)

- Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão.
- Carcinoma escamoso invasor
- Adenocarcinoma *in situ* (AIS) ou invasor

A história natural do câncer de colo do útero (CCU) revela que essa doença apresenta grande potencial de prevenção e cura devido a sua lenta evolução, passando dos estágios de lesões intraepiteliais, pré-cancerosas, até evoluir para a forma invasiva. Isso, somado à facilidade do diagnóstico, permite que a doença seja detectada ainda nos estágios iniciais^{8,9}.

O principal fator oncogênico ligado ao CCU, é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), a ele estão relacionados alguns fatores de risco, como as relações sexuais desprotegidas, multiplicidade de parceiros e iniciação sexual precoce.¹⁰

O patologista George Papanicolau foi quem historicamente primeiro associou o vírus HPV com o CCU em 1949, ao coletar células neoplásicas em pacientes portadoras deste tipo câncer. No entanto, foi a partir da década de 1970 que foram observadas associações entre a infecção por tipos específicos de HPV e o desenvolvimento de alguns tipos de lesões neoplásicas.²

A sintomatologia da infecção pelo HPV pode ser observada de diversas maneiras: Na forma latente, a mulher não apresenta lesões clínicas, e a única forma de diagnóstico é a molecular. Quando a infecção é subclínica, a paciente não apresenta lesões diagnosticáveis a olho nu, e o diagnóstico pode ser sugerido a partir da citopatologia, colposcopia ou histologia; já na forma clínica, existe uma lesão visível macroscopicamente, representada pelo condiloma acuminado.¹¹

A ação sinérgica entre HPV, oncogenes e cofatores, gera um processo que contribui para a evolução das fases mais precoces, ditas lesões precursoras, até a lesão invasiva ao longo de anos.² Como cofatores podemos identificar o tabagismo, uso de contraceptivos hormonais e baixa condição socioeconômica.^{10,12,13}

Em estudo realizado no ano de 2008, o consumo de tabaco foi associado com um significativo aumento do risco de infecção pelo HPV, sendo este risco

diretamente proporcional ao aumento do número de cigarros fumados por dia. Alterações verificadas no sistema imune periférico de pacientes fumantes incluem a elevação do número de células sanguíneas, o aumento do número de linfócitos T citotóxicos/supressores e a diminuição do número de linfócitos T indutores/auxiliares, ocasionando diminuição da resposta imune do colo uterino.^{2,14,15}

Um outro fator de risco para o CCU é o uso de contraceptivos hormonais, mulheres que fazem uso do mesmo, tendem a dispensar os métodos de barreiras e conseqüentemente ficam mais expostas as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).¹⁶ Esta conclusão foi obtida com os resultados de Appleby e colaboradores, que analisaram 24 estudos em todo o mundo, incluindo 16.573 mulheres com câncer de colo do útero e 35.509 sem câncer, obtendo-se um risco relativo de câncer de colo do útero maior em usuárias de contraceptivos hormonais¹⁷.

Também associada à baixa adesão ao exame preventivo, está a precária inserção social. O CCU acomete desproporcionalmente mulheres vulneráveis e em desvantagem social, e os contextos socioeconômico e cultural têm se mostrado importantes fatores explicativos para as disparidades no rastreamento.¹⁸

O baixo nível de escolaridade, sugere que essas mulheres podem não reconhecer a importância do exame, ou não ter o conhecimento suficiente para buscar tratamento. Estudos demonstram que a proporção de mulheres submetidas ao exame de forma espontânea é menor entre aquelas com baixo nível socioeconômico.^{19,10,20}

A condição socioeconômica interfere no acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno, limitando ou impossibilitando que mulheres pobres sejam diagnosticadas e conseqüentemente tratadas adequadamente.²¹

Situação epidemiológica do câncer de colo do útero

É consenso mundial que o CCU é uma doença de evolução lenta, progressiva e com etapas bem definidas. Programas de rastreamento populacional sistemático e tratamento precoce das lesões precursoras podem reduzir significativamente as taxas de mortalidade por este tipo de câncer.^{22,23, 24}

De acordo com a International Agency for Research on Cancer (IARC), o Canadá, Estados Unidos da América (EUA), países europeus, Ásia Ocidental, Austrália, Nova Zelândia e o Norte da África, são as regiões que apresentam menores taxas de incidência de câncer de colo do útero. Já os países com maior incidência são os da América do Sul e América Central, África e alguns países da Ásia.²⁵

A ocorrência de CCU foi estimada em 67.200 casos novos no mundo em 2012. Cerca de 70% dos casos diagnosticados ocorrem em regiões menos desenvolvidas e, quase um quinto ocorre na Índia, sendo, portanto, considerado um importante problema de saúde pública. Para o Brasil no biênio 2018-2019 estima-se a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer, destes, aproximadamente 8,1% seriam de CCU, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres²⁶.

A distribuição geográfica dos casos de CCU no Brasil é distinta entre as regiões, destacando-se como o mais incidente na região Norte do país, com 25,62 casos por 100.000 mulheres. Nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil), ocupa a segunda posição mais frequente; enquanto, nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil), ocupa a quarta posição. Quanto à mortalidade, é também na região Norte que se evidenciam as maiores taxas do país, sendo a única com nítida tendência temporal de crescimento.^{26,27,28}

Para 2018, a estimativa de taxas brutas de incidência de CCU para os estados do Norte é: Amazonas em 1º lugar com 40,97/100mil, Tocantins em 2º lugar com 29,28/100 mil, em 3º lugar o Amapá com 28,02/100 mil, em 4º lugar o estado do Acre com 22,07/100 mil, o estado do Pará ocupa o 5º lugar com

20,55/100 mil, Rondônia em 6º lugar com 15,00/100 mil e em 7º lugar está o estado de Roraima com uma taxa de 14,08/100 mil mulheres.²⁹

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma cobertura em torno de 80% de exame colposcópico, e uma rede organizada para diagnóstico e tratamento, possibilitariam reduzir, em média, de 60 a 90% dos casos do câncer invasivo na população alvo. Contudo, estudo recente revelou que a oferta do exame no Brasil ainda se encontra aquém da necessidade das mulheres, bem como a qualidade dos exames e o estadiamento no momento do diagnóstico, são outros fatores que podem influenciar esse cenário.^{30,31}

Acesso ao serviço e à informação

No papel estratégico para as ações de prevenção e detecção precoce do CCU a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel importante na linha de cuidados para o câncer no país. Conforme a portaria nº 2.439/GM de 08 de Dezembro de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a APS envolve ações de caráter individual e coletivo, com objetivo de promoção da saúde e prevenção do câncer, diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, cuidados paliativos e ações clínicas para o seguimento de doentes tratados.^{32,7}

A APS é considerada porta de entrada preferencial da rede de serviços de saúde, cabendo às equipes de saúde da família a responsabilidade pela coordenação de cuidado e acompanhamento longitudinal das mulheres que residem na área de abrangência da unidade de saúde.^{29,33}

As equipes de saúde devem realizar ações voltadas para a prevenção das ISTs, assim como para a detecção precoce do CCU. Mais do que oferecer o exame de forma isolada, faz-se necessário reconhecer que as mulheres precisam de esclarecimentos quanto à importância do exame preventivo, etiologia da doença e fatores de riscos associados à mesma. É essencial envolvê-las como protagonistas no processo educativo, promovendo melhor qualidade de vida.^{13,34}

O processo de educação em saúde serve para subsidiar a adesão satisfatória das usuárias aos serviços, facilitando o entendimento e sensibilizando-as à realização do exame preventivo. As informações devem ser ofertadas de forma clara, permitindo que as mulheres exerçam o autocuidado.^{13,35,36}

A importância da informação no processo de busca pelo cuidado, demonstra-se a partir da constatação de que a maioria das mulheres que não se submete ao exame de rastreamento, não o faz por desconhecimento da necessidade do mesmo e dos aspectos ligados à doença.³⁷

Para impactar os fatores determinantes que influenciam as ações de controle do CCU, é primordial que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A organização da rede de saúde, deve garantir o acesso aos serviços e o cuidado de forma integral, articulando os diversos pontos de atendimento, nos diferentes níveis de atenção.³⁴

A implantação de estratégias efetivas, para o controle dessa doença, que contemplem ações de promoção à saúde, prevenção, detecção precoce, tratamento e seguimento adequado, justifica-se em decorrência das altas taxas de incidência, pois este é o tipo de câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura, se diagnosticado precocemente.^{19,38}

Dessa forma, os desafios encontrados pelos gestores concentram-se nos seguintes fatores essenciais: ampla cobertura do rastreamento para mulheres na faixa etária em risco, oferecer um exame confiável, e assegurar tratamento adequado.¹⁸

Ações de prevenção no controle do câncer de colo do útero

É papel da atenção primária desenvolver atividades para prevenção e controle do câncer do colo do útero por meio de ações de educação em saúde, vacinação de grupos prioritários e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio do rastreamento.

Para a prevenção primária, são necessárias intervenções que alcancem determinados grupos sociais, principalmente os mais vulneráveis modificando a percepção sobre o exame preventivo e sensibilizando o público alvo para sua realização.^{39,23}

A informação e o conhecimento sobre o câncer de colo do útero e seus fatores de risco, não só aumentaria a cobertura do exame preventivo, como traria confiança e superação dos medos das mulheres com relação ao exame em questão. As mulheres precisam receber orientações sobre o exame colpocitológico enfatizando a importância, finalidade e a periodicidade do mesmo.^{40,41}

O objetivo principal dessas ações é incentivar o rastreamento do câncer de colo do útero, e podem ser realizadas por equipe multiprofissional, em diversos lugares em que haja grande concentração de mulheres, bem como em campanhas divulgadas nos meios de comunicação.^{23,42,43,44}

O rastreamento do CCU é um desafio a ser vencido, pois a grande maioria das mulheres procura o serviço quando apresentam sintomatologia ginecológica, sendo assim, mesmo nos dias atuais o rastreamento ainda apresenta caráter oportunístico, dificultando uma cobertura satisfatória.^{45,46}

O teste de Papanicolaou, ou exame preventivo, é uma técnica de rastreamento que deve ser aplicada à população alvo, mulheres saudáveis, tendo ampla cobertura e oferta. No Brasil, o exame preventivo foi introduzido na década de 50, com as mesmas dificuldades culturais e sociais que em outros países.^{47,33}

A realização da coleta do exame preventivo é uma atribuição do enfermeiro, que pela sua formação está habilitado a realizá-lo durante a consulta de enfermagem, sendo respaldado pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86. Neste sentido, o enfermeiro, pelo fato de atuar no primeiro nível de atenção à saúde pode desenvolver um papel importante na mobilização e adesão das usuárias à prevenção do CCU.³⁵

A coleta para o exame é realizada durante consulta de rotina. As mulheres devem ser previamente orientadas a não terem relações sexuais ou fazerem uso

de duchas, medicamentos ou exames intravaginais, durante as 48 horas que precedem o exame a fim de garantir uma amostra satisfatória de células no momento da coleta.^{7,11}

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) define que o exame preventivo deve ser realizado em mulheres de 25 a 64 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.⁷

Situações especiais como mulheres gestantes, na pós menopausa e hysterectomizadas devem obedecer às seguintes recomendações: Para as gestantes o rastreamento deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária assim como para as demais mulheres, pois apresentam os mesmos riscos para o desenvolvimento de CCU. Mulheres na pós-menopausa, se necessário, proceder à estrogenização previa à realização da coleta. Mulheres submetidas à hysterectomia total por lesões benignas, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de hysterectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.⁷

É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é, e qual a importância do exame preventivo, pois sua realização periódica permite reduzir as taxas de mortalidade por câncer de colo do útero na população de risco.¹¹

O conhecimento adequado sobre o exame e a importância da consulta de retorno, devem ser alvo das intervenções de prevenção, permitindo assim que as mulheres possam optar por comportamentos saudáveis melhorando sua qualidade de vida.¹²

Outra medida utilizada no combate ao CCU são as vacinas profiláticas, que trouxeram a possibilidade de ampliação das ações preventivas, sendo utilizadas para reduzir a fração da população susceptível à infecção e assim interferir na incidência do carcinoma.^{21,48}

No ano de 2014 o Ministério da Saúde implementou no Sistema Único de Saúde (SUS), após a aprovação e registro pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a vacinação gratuita contra o HPV em meninas de 11 a 13 anos de idade, com a vacina quadrivalente contra as linhagens do HPV 6, 11, 16

e 18. O critério para definir esta faixa etária, decorre de a mesma apresentar maior benefício pela grande produção de anticorpos e por ter sido menos exposta ao vírus por meio de relações sexuais.^{7,48}

Em 2015 a faixa etária ampliou-se para meninas de 09 a 13 anos, e a vacina também foi ofertada para mulheres de 14 a 26 anos vivendo com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Esta população foi incluída como prioritária, considerando que as complicações das infecções pelo HPV são mais frequentes em mulheres portadoras de HIV ou com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).^{49,50}

Em 2017 o calendário vacinal sofreu novas alterações, a partir desta data meninas com 14 anos poderiam iniciar o esquema vacinal desde que o complete antes dos 15 anos. Iniciou-se também a imunização dos meninos na faixa etária de 12 a 13 anos, com o propósito de ampliação gradativa de idade até o ano de 2020. Para meninos e homens vivendo com HIV a imunização deve ser realizada na faixa etária de 09 a 26 anos de idade.⁵¹

A vacina na população masculina já faz parte do calendário vacinal de seis países (Estados Unidos, Austrália, Áustria, Israel, Porto Rico e Panamá) e o Brasil é o primeiro país da América Latina a introduzi-la no programa de imunização.⁵²

O esquema vacinal contra HPV preconizado pelo Ministério da Saúde é: duas doses de vacina com intervalo de seis meses entre elas para a população alvo (0 e 6 meses). Para pessoas vivendo com HIV/ AIDS são de 03 doses (0, 2 e 6 meses).⁵¹

A vacina tem maior evidência de proteção e indicação para pessoas que nunca tiveram contato com o vírus, e é destinada exclusivamente à utilização preventiva não tendo demonstrado efeito em infecções genitais preexistentes ou na presença de tumores malignos.⁴⁸

É fundamental que profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, estejam bem informados com relação à vacina contra o HPV, pois ainda existem muitas dúvidas com relação à mesma e a população em geral precisa se sentir segura para aderir de forma abrangente ao seu uso.⁵³

Uma abordagem mais ampla, não restrita à administração vacinal, converge para um pensar na promoção da saúde dos usuários, conforme o princípio da integralidade da atenção. Acompanhando as campanhas de vacinação, ações educativas precisam reforçar outras formas de prevenção como o uso consistente do preservativo e a realização da coleta colposcitológica, afinal a vacina não possui completa proteção contra todos os subtipos oncogênicos do HPV.³⁴

Apesar da incorporação de estratégias políticas para o controle da doença, ainda é um desafio garantir que as ações de rastreamento realizadas pelas equipes de saúde da família, alcancem a população mais vulnerável, possibilitando acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento precocemente.⁵⁴

Política pública e a prevenção do câncer de colo do útero no Brasil

O câncer de colo do útero foi, por muito tempo uma doença pouco conhecida. Entre a metade do século XIX e início do XX surgiram os primeiros trabalhos científicos que falavam sobre seu diagnóstico e tratamento. Nesse período, no Brasil, o atendimento médico à população era feito por um pequeno número de instituições filantrópicas, e as mulheres eram vítimas desta doença, sem nem mesmo saber de que morriam, ou a forma adequada de se tratar.⁵⁵

Os primeiros estudos brasileiros direcionados à prevenção do câncer de colo começaram a se desenvolver em instituições universitárias de pesquisa, no final da década de 1930. O Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro foi protagonista na difusão do modelo de prevenção baseado na utilização da colposcopia como primeiro exame e a citologia como exame complementar.⁵⁵

Nos anos 1950, a detecção do câncer de colo do útero era atividade realizada em gabinetes ginecológicos de universidades, em instituições locais de atendimento público e em consultórios ginecológicos privados ou conveniados com serviços de saúde dos então existentes institutos de pensão.⁵⁵

No início dos anos 1960, começam a surgir algumas campanhas de detecção de câncer de colo do útero, baseadas na utilização do exame

Papanicolaou. Serviços de prevenção em hospitais públicos, universidades, secretarias de saúde, ambulatórios preventivos começaram a fazer parte do cenário do controle da doença.⁵⁶

Surge em 1972 o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), que visava ampliar de forma planejada as ações contra o câncer. Com o PNCC, o câncer de colo entrava na agenda das políticas do Ministério da Saúde; em 1975, ingressaria no âmbito do Ministério da Previdência Social, com a criação do Programa de Controle do Câncer (PCC), que vigorou entre 1976 e 1980.⁵⁵

Em 1984, com a instituição do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) houve a intensificação das ações educativas e iniciativas de ampliação da oferta de exames Papanicolaou, porém sem grande êxito.²⁷ Apesar dessas iniciativas, somente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da constituição de 1988, é que as políticas direcionadas ao controle do câncer de colo tomariam novo rumo.⁵⁷

Na década de 1990, a questão da saúde da mulher estava em evidência. E em 1996, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), implementou o Programa “Viva Mulher”, envolvendo cinco capitais brasileiras, tendo como população-alvo, mulheres pertencentes à faixa etária de 35 a 49 anos. Em 1998, as ações do “Viva Mulher” foram estendidas a todos os municípios brasileiros por meio de uma campanha nacional.²⁰

A campanha tinha como metas: realizar a coleta de material para exame citológico em 70% das mulheres com idade entre 35 e 49 anos e que nunca tivessem feito o exame; garantir que todos os resultados desses exames fossem entregues, e acompanhar todas as mulheres com citologia positiva.⁵⁵

No ano seguinte, em 1999, foi criado o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, um sistema oficial do Ministério da Saúde utilizado para o fornecimento dos dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame de Papanicolaou.⁵²

Em 2002 houve mais uma grande campanha do “Viva Mulher”, e em 2005 é instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica, que visava promover as

ações de atenção à saúde sob os aspectos da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.⁷

A importância da detecção precoce do CCU é reafirmada no Pacto pela saúde em 2006, definindo-se indicadores específicos sobre a cobertura de exames e metas entre estados e municípios. Em 2013 foi criado o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), que surgiu para integrar, no âmbito do SUS, o SISCOLO e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA).⁷

No ano de 2014, foram definidos os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero e por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), deu-se início a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o HPV. A partir de 2017 a vacina foi estendida também aos meninos.⁵²

Apesar do Brasil ter sido um dos primeiros países a realizar ações para a detecção precoce do câncer ou suas lesões precursoras, as taxas de incidência e de mortalidade deste agravo apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, e quando comparadas às taxas de países desenvolvidos, estas podem ser consideradas elevadas.¹¹

O fortalecimento das ações e serviços voltados para a atenção à saúde da mulher, com foco nas ações de prevenção do câncer de colo uterino devem ser prioridades para as regiões menos desenvolvidas. O monitoramento, dos fatores condicionantes para o CCU, na rotina dos serviços de saúde é um instrumento para o estabelecimento de ações de prevenção e controle deste agravo, considerando principalmente o perfil das mulheres de cada comunidade.

2- JUSTIFICATIVA

Este estudo contribuirá com uma análise sobre as ações de prevenção contra o câncer de colo do útero, fornecendo subsídios para o desenvolvimento e implementação de intervenções que em médio e longo prazo poderão reduzir a morbimortalidade causada por esta neoplasia no município de Rio Branco.



3- OBJETIVOS

Geral

Analisar as ações realizadas pelas equipes de saúde da família, na prevenção do câncer de colo de útero no município de Rio Branco.

Específicos

- Identificar o perfil das mulheres assistidas pelas equipes de saúde da família do município de Rio Branco.
- Identificar a taxa de cobertura do exame preventivo de câncer de colo de útero, no município de Rio Branco
- Verificar a incidência de casos de câncer de colo de útero no ano de 2016 para o município de Rio Branco.
- Verificar a cobertura vacinal contra HPV no município de Rio Branco.
- Identificar e descrever as ações realizadas pelas equipes de saúde da família para o rastreamento de CCU.
- Descrever quais orientações são oferecidas para indivíduos do sexo feminino na faixa etária de 13 a 19 anos.

4- METODOLOGIA

4.1- Delineamento da pesquisa

É um estudo transversal exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa.

4.2- Cenário da pesquisa

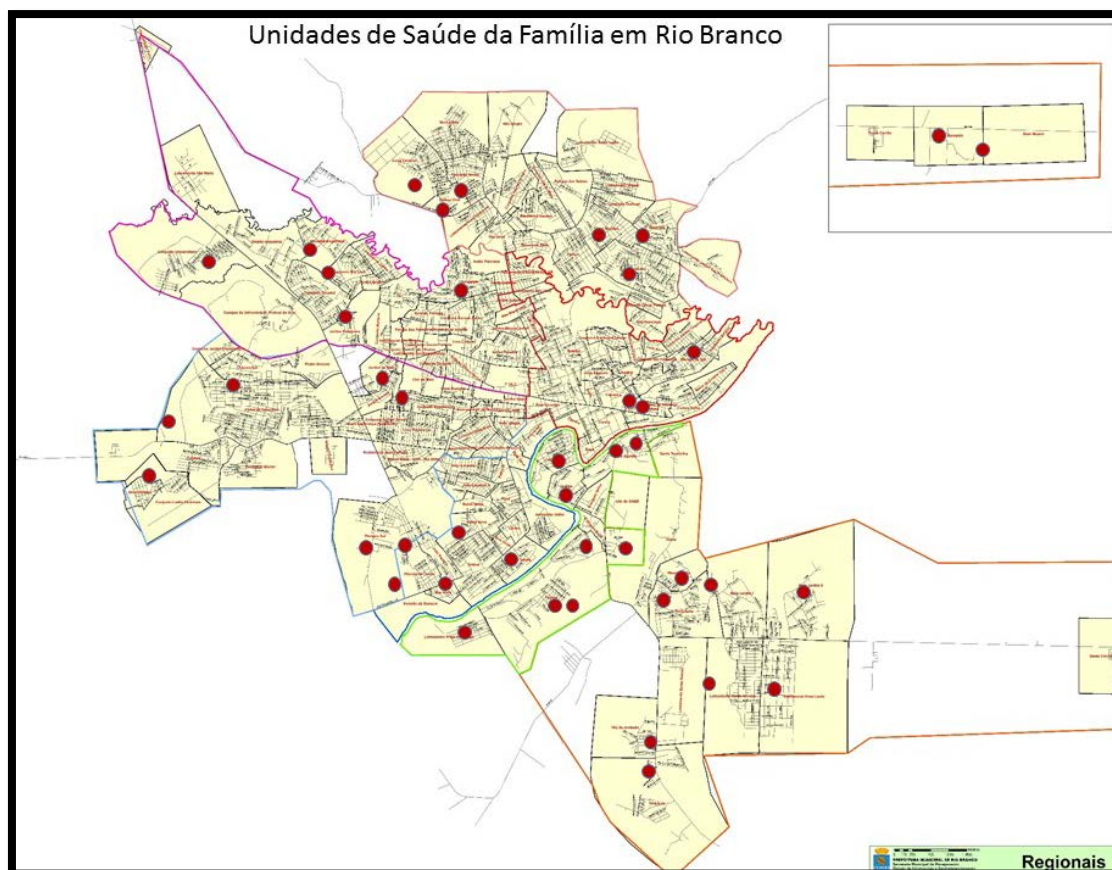
A pesquisa ocorreu em Rio Branco, capital do estado do Acre, região Norte do país e principal centro financeiro, corporativo e mercantil do estado. Localiza-se às margens do Rio Acre, no vale do Acre. Sua população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 370.550 habitantes, fazendo de Rio Brando a sexta cidade mais populosa da região Norte do Brasil. Sua área territorial é de 9.222,58 km², sendo o quinto município do estado em tamanho territorial. De toda essa área, 44,959 km² estão em perímetro urbano, o que classifica Rio Branco como sendo a 62^a maior do país.

O Sistema Único de Saúde em Rio Branco disponibiliza atendimento em três níveis de complexidade: Atenção Primária, secundária e terciária. A Rede de Atenção Primária está dividida em 13 Seguimentos de Saúde, com a distribuição de 04 Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP, 08 Centros de Saúde e 01 Centro de Formação sob a gestão do estado. Nas Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP são ofertados os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia/obstetrícia, enfermagem, odontologia, imunização e farmácia dentre outros, com atendimento por demanda espontânea e por encaminhamento das Equipes de Saúde da Família de sua área de abrangência.

Além das 13 Unidades Básicas de Saúde, a Atenção Primária conta ainda com 63 Equipes de Saúde da Família, 07 equipes do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), 02 Unidades Móveis de Saúde na Comunidade para atendimento à população rural e ribeirinha; 02 Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF, 01 central de abastecimento Farmacêutica – CEAFAM, 02 Centros de Apoio Diagnóstico, 01 Centro de Especialidades Odontológica – CEO, 01 dispositivo Consultório na RUA, e 01 Unidade de Acolhimento Adulto

para atendimento das pessoas em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas. Na figura1 apresenta-se um mapa com a localização espacial das Unidades Básicas de Saúde, algumas de Porte II, comportando de duas a três equipes de saúde da família por unidade.

Figura1: Mapa da localização das Unidades Básicas de Saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

4.3- Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais das equipes da estratégia de Saúde da Família que realizam as atividades de prevenção e rastreamento do câncer de colo do útero, e indivíduos do sexo feminino com faixa etária de 13 a 75 anos, que procuraram as unidades de saúde em busca de atendimento assistencial.

4.4 – Amostra da Pesquisa

Para a determinação do tamanho da amostra das usuárias do serviço de saúde considerou-se uma prevalência estimada para a realização do exame em 50% pelas mulheres assistidas na estratégia de saúde da família, com erro

amostral de 0,07 e nível de confiança 1,96%. Sendo necessária para esse estudo uma mostra de 196 mulheres. Para proteger os efeitos de não respostas, considerou-se 20% de perda amostral, sendo necessário 236 participantes.

Para compor a amostra dos profissionais, foram convidados a participar da pesquisa todos os coordenadores assistenciais das equipes de saúde da família. Rio Branco possui 63 equipes cadastradas. 04 unidades estavam sem coordenador assistencial no período da pesquisa, 02 profissionais se encontravam de férias e 03 de licença especial. 18 profissionais se recusaram a participar e a amostra final resultou em 36 participantes.

4.4- Critérios de inclusão

- Profissional de nível superior que ocupe o cargo de coordenador assistencial nas equipes de saúde da família no município de Rio Branco.
- Usuária do serviço de saúde, na faixa etária de 13 a 75 anos, que procure a unidade para qualquer tipo de atendimento assistencial.

4.5- Critérios de exclusão

- Menor de idade sem autorização do responsável para a participação na pesquisa.
- Indivíduos com déficit cognitivo que dificultasse o entendimento e compreensão no momento da entrevista.

4.6- Coleta de dados

O convite para as usuárias participarem da pesquisa ocorreu no momento da visita à unidade de saúde. Era realizada uma explicação oral sobre a pesquisa, dentre as pacientes que estavam presentes nas salas de espera da unidade, aquelas que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram conduzidas para entrevista, que ocorreu em sala privativa e de forma individual.

Com os profissionais de saúde a metodologia foi similar, a pesquisa foi apresentada ao profissional e realizado o convite para participação. Aqueles que aceitaram assinaram o TCLE e foram entrevistados de forma individual.

Foram utilizados dois instrumentos semiestruturados elaborados para este fim (apêndice *D* e *E*), contendo perguntas abertas e fechadas, específicos

para cada sujeito da pesquisa (usuárias e profissionais). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente para análise das informações subjetivas.

Foram coletadas variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e informações referentes ao conhecimento que as usuárias dos serviços de saúde possuíam sobre CCU, conforme Apêndice E. Com os profissionais de saúde foram coletadas informações sobre as ações de prevenção desenvolvidas pelas equipes de saúde da família conforme Apêndice D em anexo.

4.7- Análise dos dados

Os dados foram consolidados em planilha do programa Excel, e posteriormente analisados com o software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0, aplicativo também utilizado para a análise estatística. As análises estatísticas foram realizadas com nível de significância a 0,05 e intervalo de confiança de 95%. Para verificar a existência de associação entre as variáveis independentes e a dependente foi utilizado o teste χ^2 de Pearson.

Para a avaliação do perfil sócio demográfico das mulheres foram calculadas as frequências percentuais das variáveis categóricas e construídas as respectivas distribuições de frequência. Nas variáveis contínuas, foram calculadas as estatísticas: mínimo, máximo, média e desvio padrão.

4.8- Caráter ético da pesquisa

A pesquisa foi realizada observando os preceitos e normas que envolvem a ética nas pesquisas com seres humanos de acordo com a resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada no Comitê de Ética do Hospital das Clínicas do Acre – HCA/FUNDHACRE, sob o parecer de nº 1.760.736.



5- RESULTADOS E DISCUSSÃO




Rio Branco possui uma estimativa de 57,64% de cobertura populacional pela estratégia de saúde da família, com 63 equipes cadastradas. Foram visitadas 60 equipes, no período de janeiro a julho de 2017, não sendo possível coletar informações em duas unidades por se localizam na zona rural, em local de difícil acesso. Para fins desta pesquisa foram entrevistadas 252 usuárias que aceitaram participar e 36 enfermeiros.

A idade das mulheres entrevistadas variou de 16 a 74 anos, com média de 35,8 anos (desvio padrão 13,23). 67,1% (169) possuíam renda familiar mensal inferior a um salário mínimo, que no período da pesquisa equivalia a R\$ 937,00. O grupo étnico de maior prevalência se autodeclarou negra/parda com 82,9%, e 52,8% (133) das mulheres possuíam mais de oito anos de estudo conforme tabela 1.



Esta pesquisa identificou que 61 (100%) das entrevistadas com idade superior a 45 anos referiu ter sido submetida à realização do exame preventivo, diferente de dados encontrados por estudo realizado no estado de São Paulo, onde mulheres de 40 a 59 anos apresentaram maior prevalência de não realização do exame.⁵⁸

As maiores taxas de cobertura do exame preventivo em mulheres de idade avançada encontrada nesta amostra, podem estar relacionadas a maiores chances de exposição às ações de saúde, resultado da relação estabelecida entre essa usuária e o serviço, como levantado em pesquisa realizada em Ribeirão Preto, onde mulheres vinculadas à equipes de saúde da família apresentavam maior adesão ao exame.⁵⁹

Observa-se que as mulheres com idade inferior a 24 anos apresentaram frequência maior para a não realização do exame, 91,3% (21) das 23 entrevistadas que não realizaram o exame estavam nesse grupo etário. Em estudo de base populacional em Rio Branco, Borges  e colaboradores identificaram que a população com menos de 25 anos apresentou uma razão de prevalência de 3,19 para a não realização do exame, comparativamente com a

faixa etária definida pelo Ministério da Saúde como público alvo (25 a 64 anos).^{60,61}

Tabela 1: Características sócio demográficas e econômica x fatores associados à realização de exame preventivo das mulheres assistidas pela ESF em Rio Branco- AC/ 2017

Variáveis	N= 252	%	Realização do exame preventivo				p
			Não N=23		Sim N=229		
			N	%	N	%	
Idade*							0,000
15 a 24 anos	57	22,6	21	36,8	36	63,2	
25 a 34 anos	78	31	1	1,3	77	98,7	
35 a 44 anos	56	22,2	1	1,8	55	98,2	
45 a 54 anos	29	11,5	0	0	29	100	
55 a 64 anos	24	9,5	0	0	24	100	
65 anos >	8	3,2	0	0	8	100	
Raça/etnia							0,048
Branca	30	11,9	5	16,7	25	83,3	
Negra/Parda	209	82,9	15	7,2	194	92,8	
Amarela/indígena	13	5,2	3	23,1	10	76,9	
Escolaridade							0,076
Até 8 anos de estudo	119	47,2	15	12,6	104	87,4	
Mais que 8 anos de estudo	133	52,3	8	6	125	94	
Trabalha fora							0,347
Não	141	56	15	65,2	126	55	
Sim	111	44	8	34,8	103	45	
Renda Familiar							0,096
Até um salário	169	67,1	19	11,2	150	88,8	
Mais que um salário	83	32,9	4	4,8	79	95,2	
Recebeu informação sobre o exame							0,000
Não	110	43,7	19	17,3	91	82,7	
Sim	142	56,3	4	2,8	138	97,2	
Identificou fator de risco							0,007
Não	197	78,2	23	11,7	174	88,3	
Sim	55	21,8	0	0	55	100	

X²: associação significativa para Valor de p<0,05

Este índice pode estar relacionado ao fato de as mulheres jovens considerarem o CCU como uma doença distante de si, relacionando este tipo de câncer com idades mais avançadas. Normalmente este grupo etário procura o serviço de saúde com menos regularidade, favorecendo a não realização de medidas preventivas.^{62,63}

A etnia com maior frequência para a realização do exame preventivo foi a que se auto declarou negra/parda, com 92,8%. Diferente de outros estudos no país, onde se identifica que as mulheres de cor branca são as que apresentam melhores índices de realização do exame.^{64,65,66}

Neste estudo, a escolaridade das mulheres não apresentou diferença estatística significativa na atitude de se submeter à realização do exame preventivo. No entanto quando avaliada isoladamente a proporção entre as 23 mulheres que não realizaram o exame, identificamos que 65,2% delas (15) possuíam menos de oito anos de estudo, condizente com os achados da literatura. O conhecimento inadequado da relação entre o vírus HPV e o CCU está presente com maior frequência entre indivíduos com menor escolaridade.^{67,68,69}


A escolaridade acima de oito anos de estudo pode ser identificada como um fator colaborador para que o conhecimento da maioria das mulheres a respeito do exame preventivo seja considerado positivo.⁷⁰

Pesquisa realizada no estado de Minas Gerais, aponta que as mulheres que não realizam o exame preventivo, em sua maioria, apresentam nível de escolaridade menor⁷¹. Em inquérito domiciliar realizado no Estado do Rio Grande do Norte, os melhores índices de adequação da prática do exame foram observados entre as mulheres com maior escolaridade.⁷²



Os dados encontrados neste estudo apontam ainda que a renda familiar assim como a escolaridade, não apresentou significância estatística para a realização do exame, diferente do que se encontra em outros estudos do país, onde o baixo poder sócio econômico está vinculado à não adesão ao exame preventivo.⁷³

Possuir baixa renda, pouca escolaridade e ser de cor/raça não branca são fatores que estão associados diretamente à não adesão ao exame preventivo. Porém, na amostra desta pesquisa, essas variáveis apresentam um comportamento diferente quando comparados aos achados pela literatura.

As mulheres que buscam pelos serviços das equipes de saúde da família, no município de Rio Branco, apesar de serem em sua maioria moradoras de áreas vulneráveis, apresentam uma atitude que pode ser considerada positiva no que se refere à adesão ao rastreamento do câncer de colo do útero, uma vez que das 252 entrevistadas, 90,9% (229) realizaram o exame preventivo ao menos uma vez na vida, e 159 (63,1%) o fizeram no último ano (tabela 2).

Entretanto, quando questionadas sobre fatores de risco para o câncer de colo de útero 78,2% das entrevistadas não souberam identificar nenhum fator, ressaltando uma fragilidade no processo de cuidar, considerando que a falta de conhecimento impede ou limita a mulher à realização de práticas adequadas de saúde. Das mulheres que puderem identificar um ou mais fatores de risco, foram citados a multiplicidade de parceiros, hereditariedade, infecção pelo HPV e uso de cigarros.

Apesar de um grande número de mulheres se submeter ao exame, muitas delas não compreendem sua real importância e nem os fatores de riscos associados ao CCU, esse fato pode estar ligado à baixa escolaridade dificultando a compreensão das informações no momento das ações educativas.^{74,75}

Receber informações, e identificar fatores de risco para o CCU, apresentou associação estatisticamente significativas com a realização do exame ($p=0,000$ e $0,007$ respectivamente) na amostra deste estudo. As 55 (100%) mulheres que identificaram ao menos um fator de risco para o câncer cérvico uterino, assim como 97,2% (138) das que receberam informações, se submeteram ao exame.

Estudo realizado em Salvador, identificou que menos de 10% das entrevistadas reconhecia a relação entre CCU e infecção pelo HPV, e não sabiam da especificidade do teste de Papanicolau, sugerindo que, se as mulheres recebessem mais informações sobre o exame, isso poderia melhorar os índices de adesão ao rastreamento.⁷⁶

O rastreamento do câncer do colo do útero deve seguir um conjunto de ações programadas e uma periodicidade, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde. Entretanto, no Brasil, há uma procura ocasional pelos serviços de saúde e a realização de exames não condizentes com os critérios definidos, motivados por razões diversas que não a prevenção do câncer de colo do útero.⁷⁷

A literatura identifica que baixa escolaridade, pouco acesso a informação ou compreensão sobre a doença ou tratamento, dificulta o acesso e adesão a

medidas terapêuticas para diversas patologias dentre elas a tuberculose e diabetes por exemplo.^{78,79}

Esta pesquisa aponta que 174 mulheres realizaram o exame, mesmo sem possuir informações sobre fatores de risco, ou terem recebido orientação sobre o mesmo. Estudo realizado por Lofego em 2014 no município Rio Branco, identificou a realização do exame preventivo do câncer de colo de útero como um condicionante para o recebimento do Bolsa Família, uma regra naturalizada pelos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, que existe de fato, mas não de direito, e que tem garantido a ida periódica de mulheres de baixa renda às unidades de saúde.⁸⁰

O Programa Bolsa Família foi criado em 2003, a partir da unificação de programas existentes e incorporando condicionalidades exigidas anteriormente. Funciona como uma transferência de renda condicionada à obrigatoriedade de crianças e adolescentes estarem inseridos em escolas e de famílias aderirem a determinados programas de saúde. O descumprimento de algumas condicionalidades é motivo de desligamento de famílias previsto em legislação específica⁸¹.

Na presente pesquisa não havia no instrumento de coleta de dados, nenhuma informação relacionada ao recebimento de benefícios por transferência de renda, especificamente o Bolsa Família, porém considerando a baixa escolaridade, percentual de usuárias com renda inferior a um salário mínimo e que não trabalha fora, pode-se sugerir uma possível relação entre a realização de exames preventivos e as condicionalidades para o recebimento do benefício.

Na tabela 2 são apresentados os dados ginecológicos e a periodicidade de realização do exame preventivo. 84,5% (212) das usuárias entrevistadas tiveram menarca entre 10 e 14 anos, estudos apontam uma relação de proximidade entre a menarca e a iniciação sexual. No presente estudo 26,2% (66) das mulheres iniciou atividade sexual entre 12 e 14 anos. 43,3% mantinha um parceiro sexual estável e tiveram até 2 parceiros sexuais ao longo da vida.

Tabela 2. Informações ginecológicas e periodicidade de realização do exame preventivo

Variável	N = 252	%
Menarca		
10 a 14 anos	213	84,5
15+	39	15,5
Sexarca		
12 a 14 anos	66	26,2
15 a 19 anos	167	66,3
20 anos +	19	7,5
Número de parceiros		
1 a 2	109	43,3
3 ou +	143	56,7
Já realizou o exame alguma vez		
Sim	229	90,9
Não	23	9,1
Periodicidade do exame		
Nunca realizou	23	9,1
3 anos +	34	13,5
2 anos	36	14,3
1 ano ou -	159	63,1



Mulheres que se tornaram sexualmente ativas entre 10 e 14 anos, apresentam 2 a 4 vezes mais chances de ter um comportamento de risco como a multiplicidade de parceiros e não utilização de métodos de barreira (preservativo), do que mulheres que tiveram sua primeira relação sexual aos 17anos ou mais. Ficando assim mais expostas às infecções pelo HPV.⁸²

Estudo realizado em 2001 no estado do Acre, apontou uma frequência de 6,9% para lesões precursoras do câncer de colo do útero entre mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos, evidenciando uma exposição precoce aos fatores de risco.¹⁰ Em Santa Catarina observou-se a presença de alterações em células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) mais prevalente em mulheres com menos de 20 anos.⁸³

Neste estudo foi observada uma frequência de 56,7% (143) de mulheres que referiram três parceiros ou mais ao longo da vida. Mulheres com relato de três ou mais parceiros apresentam maior prevalência de infecção pelo HPV conforme estudo realizado em Belém.⁶³ Este índice pode estar relacionado a pouca informação sobre as formas de contágio do HPV, a relação desta infecção com o câncer de colo uterino, e com a baixa adesão a métodos de barreiras como o uso de preservativo.^{84,85}

A amostra deste estudo apresentou uma frequência de 63,1% (159) para realização anual do exame, esses dados coincidem com achados da literatura que identificam que apesar das recomendações, a prática comum é o exame ser realizado anualmente, ocasionando um rastreamento desnecessário em algumas mulheres, enquanto outras não buscam o serviço em nenhum momento.^{12,37,86}

Para as mulheres que o fazem fora da periodicidade estabelecida, ou seja, com intervalos maiores que três anos, ou inferiores a seis meses, orienta-se a intervenção educativa afim de que essa usuária compreenda a real necessidade do exame.

A principal fonte de informação sobre o exame foi por intermédio da enfermeira da unidade de saúde, mencionada por 46,4% (117) das entrevistadas, porém 43,7% (110) referiu não ter recebido informação de nenhum membro da equipe (Tabela 3).

O profissional de enfermagem possui papel importante no contexto da prevenção do CCU, seja com atividades de esclarecimento de dúvidas, prevenção de fatores de risco ou coleta do exame colpocitológico, proporcionando assim um atendimento de melhor qualidade, concentrando esforços para diminuir os preconceitos, mitos e tabus sobre a temática.^{87,88}

A maior frequência de informações disponibilizadas pela enfermeira, pode estar relacionada ao fato de ser essa profissional responsável pela realização do exame na atenção primária. Estudos concluem que comportamentos de prevenção estão baseados na cultura de cada população, cabendo ao profissional de saúde atuar de maneira diferenciada, de acordo com a necessidade de cada grupo, respeitando a intimidade e dignidade dos indivíduos.^{89,90,91}

Enfermeiras podem ser agentes que contribuem para o compartilhamento de experiências e informações, exercitando a persuasão e possibilitando que as mulheres desenvolvam atitudes de autocuidado.

Tabela 3: Conhecimento que as mulheres possuem sobre fatores de risco para Câncer de Colo de Útero.

Variável	N= 252	%
Recebeu informação sobre o Exame preventivo		
Sim	142	56,3
Não	110	43,7
Quem ofereceu a informação		
Não recebeu informação	110	43,7
Enfermeira	117	46,4
Médico	18	7,1
Agente comunitário de saúde	7	2,8
Identificou fatores de risco para CCU		
Não	197	78,2
Identificou um ou mais fatores de risco	55	21,8

Observa-se nesta amostra (Tabela 3) que apenas 2,8% (7) das entrevistadas informou ter sido orientada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), um percentual baixo considerando que uma das principais estratégias de prevenção é a realização de busca ativa de mulheres na faixa etária estabelecida como prioritária para o exame, e sendo essa, uma atividade desenvolvida pelo ACS.

Estudos no Brasil concluem que o ACS é o profissional que facilita o acesso à unidade de saúde, identifica situações de risco, promove ações de vigilância e educação em saúde. Por estar vinculado à comunidade, ser morador e compartilhar da mesma realidade cotidiana, possui habilidades de mobilização social, exercendo influência nas tomadas de decisões das famílias que acompanha.^{92,93,94}

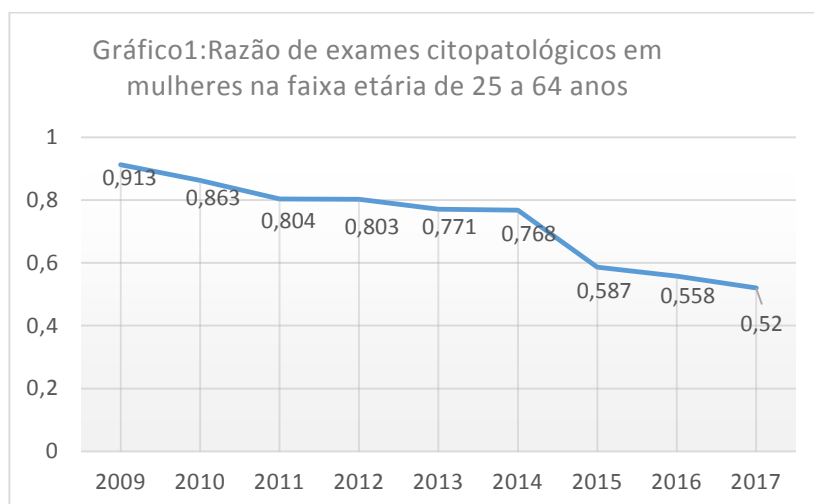
Os agentes comunitários seguem orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para os programas que devem ser acompanhados, havendo a necessidade de esclarecimentos e ações de educação permanente para que esse profissional possa contribuir de forma mais efetiva no cuidado à comunidade.

Para que um ACS possa realizar com êxito suas atividades, o mesmo deve estar capacitado e preparado para elucidar possíveis questionamentos sobre os assuntos abordados nas visitas domiciliares. Apesar do ACS ser considerado o elo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida, faz-se

necessário um planejamento organizado, coletivo e responsável por parte de todos os profissionais da equipe, uma vez que as ações de prevenção devem ser de responsabilização de todos aqueles que estão inseridos na atenção básica.^{77,95}

Para um planejamento adequado das ações de prevenção contra o câncer de colo do útero, faz-se necessário o conhecimento sobre a morbidade deste agravo e metas estabelecidas para o seu monitoramento no município de Rio Branco.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, a razão de exames citopatológicos no município apresentou um declínio quando observamos a série histórica dos anos de 2009 a 2017 conforme gráfico1.



Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

A razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos é a relação entre o total de exames realizados nessas mulheres dividido por um terço das mulheres deste mesmo grupo etário, residentes no mesmo local e período. Esse indicador contribui na avaliação da oferta de exames preventivos para o câncer de colo do útero, possibilitando análise de variações temporais no acesso a este exame. Expressa a realização de um exame a cada três anos, conforme preconizam as Diretrizes Nacionais.⁹⁶

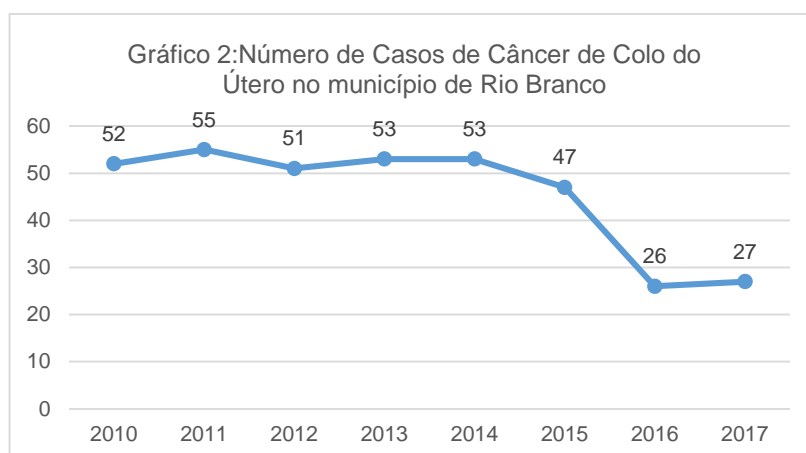
No gráfico1 identifica-se um declínio dos exames realizados pelas mulheres de Rio Branco na faixa etária estabelecida como público alvo,

indicando uma diminuição na oferta deste serviço. Porém esse indicador é utilizado para toda a atenção básica, incluindo além das equipes de saúde da família, as Unidades de Referência na Atenção Primária, policlínica, centros e postos de saúde. Sendo assim não podemos afirmar que a falha esteja na estratégia de saúde da família, podendo ocorrer em outro ponto da rede assistencial.

Esse indicador possui ainda outra limitação, pois avalia somente a oferta de exame com base no número de exames realizados e não no número de mulheres examinadas, podendo não retratar a real cobertura na população alvo, pois o sistema é incapaz de identificar a diferença entre as mulheres que realizaram apenas uma coleta nos três anos e as que realizaram o exame anualmente.

Independentemente de onde esteja ocorrendo a falha, estratégias devem ser trabalhadas para atingir a cobertura de mulheres na faixa etária mais propícia a desenvolver as lesões precursoras para o câncer de colo do útero. Sejam referentes aos serviços, estrutura e suporte técnico, ou quanto à garantia de acesso ao serviço, pois uma oferta diminuída reflete uma menor capacidade de captação de mulheres que nunca realizaram o exame.⁹⁷

De acordo com dados do Departamento de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, Rio Branco apresentou uma frequência de internações por câncer de colo do útero que variou de 52 a 27 casos/ano no período de 2010 a 2017, conforme o gráfico 2.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Departamento de Controle e Avaliação

De acordo com o INCA, para os anos de 2016 e 2017 eram estimados 50 casos novos de câncer de colo do útero para Rio Branco²⁹, essa estimativa aumentou para 60 casos em 2018.²⁶ O gráfico 2 indica uma curva decrescente de internações para tratamento por essa neoplasia, porém estudo realizado por Amorim em 2016 indica um elevado percentual de mulheres diagnosticada em estágio avançado da doença, especialmente na faixa etária definida como alvo, sugerindo falhas no rastreamento das lesões precursoras, diagnóstico e tratamento das mulheres de Rio Branco.⁹⁸

Se considerarmos as características epidemiológicas para este agravo, a oferta diminuída de exames, o perfil das mulheres condizentes com o que a literatura considera vulnerável para o adocimento do câncer como baixa renda e baixa escolaridade, e ainda assim, o número de casos de câncer de colo do útero ter apresentado uma tendência de queda, há que se investigar uma possível subnotificação de casos.

Desde o ano de 2014 foi introduzida no Sistema Único de Saúde a vacinação contra o HPV, com a vacina quadrivalente contra as linhagens do HPV 6, 11, 16 e 18, como mais uma estratégia de prevenção, interferindo na incidência de CCU.

A região brasileira que apresentou a maior proporção de primeira dose (D1) e segunda dose (D2) foi a Sudeste, com 105,11% (D1) e 63,94% (D2). A Região Norte apresentou o menor percentual 82,86% e 34,74%, sendo também a com maior redução da cobertura vacinal de D1 para D2, um decréscimo de 58,08%.⁴⁸

Rio Branco apresentou no ano de 2014 uma cobertura vacinal contra o HPV de 92,70% na primeira dose (D1), e 42,74% para a segunda dose (D2). Em 2015 não conseguiu atingir a cobertura estabelecida pelo Ministério da Saúde que seria de 80% para a faixa etária definida (meninas de 9 a 12 anos), vacinando apenas 72,50% da população esperada. Os dados referentes à cobertura vacinal contra o HPV em Rio Branco, não estão disponíveis em sua totalidade o que dificulta a análise, principalmente nos anos mais recentes.⁹⁹

O sucesso de um programa de vacinação, não depende apenas da eficácia da vacina. Fatores locais, tais como gênero, tradições culturais ou religiosas e crenças, podem restringir de forma significativa a aceitação da vacina.⁵²

Alguns fatores podem ser elencados como justificativa para a não aceitação da população em relação à vacina contra o HPV, dentre eles, o fato de não ser considerada uma vacina de rotina, presente desde as primeiras consultas da criança, e ser uma vacina que protege contra um vírus sexualmente transmissível, sendo associada a um estímulo para a sexualidade por alguns pais. Abordar questões de sexualidade, prevenção das IST, é esbarrar em tabus, principalmente quando vinculadas a questões religiosas que se opõem à administração da vacina.¹⁰⁰

Nesta pesquisa 38,9% (14) dos entrevistados referiu realizar atividades de imunização contra o HPV nas escolas de sua área de abrangência, e 27,8% (10) realizam visita domiciliar e convite aos pais para comparecerem à unidade de saúde (tabela 4).

Uma baixa cobertura vacinal sugere a importância da adoção de medidas educativas, como campanhas e divulgação nos próprios serviços de saúde, visando ampliar a cobertura da vacina, uma vez que a longo prazo, essa medida reduzirá a infecção pelo papilomavírus humano.

Quando questionados a respeito de realização de ações educativas sobre o exame preventivo, 66,7% (24) dos profissionais entrevistados afirmaram realizar algum tipo de ação em sua unidade. Dentre as atividades de orientação foram citadas as rodas de conversa (22,2%), palestras (27,8%) e atendimento individual no momento da consulta (16,7%). Porém 33,3% dos profissionais referiram não realizar nenhuma ação educativa sobre o exame preventivo.

As ações de educação em saúde devem possuir características em que o conhecimento científico se torne acessível para as pessoas. Receber orientações sobre câncer de colo do útero, seus fatores de risco e medidas preventivas, possibilitariam comportamentos proativos para o autocuidado.

O autocuidado supõe a responsabilização do indivíduo em relação à sua saúde e se refere ao conjunto de atitudes realizadas de forma consciente, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, influenciada a partir de conhecimentos, habilidades, valores, motivações e de fatores culturais.¹⁰¹

Na tabela 4 podemos identificar quais ações de prevenção são realizadas pelas equipes de saúde da família no município de Rio Branco, e de que forma essas ações podem contribuir efetivamente, na prevenção do câncer de colo uterino.

Tabela 4: Ações de prevenção realizadas pelas equipes de saúde da família no município de Rio Branco.

Variável	N 36	%
Realiza Ação Educativa sobre exame preventivo		
Sim	24	66,7
Não	12	33,3
Que tipo de ação é realizada		
Não realiza	12	33,3
Atendimento individual	6	16,7
Palestra	10	27,8
Roda de Conversa	8	22,2
Realiza Busca ativa das mulheres para a coleta do exame		
Sim	21	58,3
Não	15	41,7
Realiza ação educativa para adolescentes		
Sim	9	25
Não	27	75
Estratégia para atingir cobertura vacinal contra HPV		
Não realiza	12	33,3
Visita domiciliar e convite	10	27,8
Vacinação nas escolas	14	38,9
Realiza coleta do exame quantas vezes na semana		
1 vez	14	38,9
2 vezes +	22	61,1
Realiza coleta do exame pela manhã e tarde		
Sim	30	83,3
Não	6	16,7
Realiza coleta em mulheres fora de área		
Sim	33	91,7
Não	3	8,3

A busca ativa de mulheres na faixa etária definida como público alvo é realizada por 58,3% dos entrevistados. Estudos indicam que é possível aumentar a cobertura dos exames quando são realizadas ações que possibilitem a captação de mulheres através de vínculos, garantia de acesso e atendimento integral. O recrutamento domiciliar realizado pelo ACS possibilita aumento da adesão ao exame.^{102,103}

Quando o foco das ações educativas são os adolescentes, 75% (27) dos entrevistados informaram não realizar nenhuma ação para esse público. Estudo envolvendo 223 adolescentes, revelou que entre as que já haviam iniciado a vida sexual, 45,8% não possuíam conhecimento adequado sobre o exame preventivo, e 52,5% possuíam conhecimento inadequado sobre o HPV.¹⁰⁴

No que diz respeito à coleta do exame, 61,1% (22) dos profissionais realiza coleta do exame preventivo mais de uma vez na semana, e 83,3% (30) em horários diferenciados. 91,7% (33) dos profissionais não restringe a coleta a mulheres de sua área de abrangência, o que demonstra uma tentativa de garantir o acesso dessas mulheres ao procedimento.

Por acesso entende-se as características ou recursos dos serviços de saúde, que proporcionam ou dificultam a sua utilização pela população.¹⁰⁵ Está relacionado à primeira etapa do percurso realizado pela usuária quando busca satisfação de uma necessidade de saúde.¹⁰⁶

No entanto ofertar o exame não garante que essas mulheres estejam prevenidas desta doença. É necessária mobilização através de ações educativas, pois a falta de conhecimento tem como consequência uma falha na conscientização sobre a importância do exame, seu real significado, e um acesso restrito ao diagnóstico e tratamento em tempo hábil.

O câncer de colo do útero é o que apresenta maior chance de cura, se descoberto precocemente, no entanto, ainda há mulheres desenvolvendo esse tipo de câncer e morrendo pelo fato de desconhecerem a finalidade do exame.^{107,108}

6- Considerações Finais

Com os achados desta pesquisa, alguns aspectos sobre as ações de prevenção contra câncer de colo do útero, realizadas pelas equipes de saúde da família no município de Rio Branco, puderam ser observados, identificando algumas potencialidades e fragilidades.

As usuárias deste tipo de serviço, em sua maioria apresentam características de vulnerabilidade social como baixa renda e baixa escolaridade, fatores esses que influenciam de forma significativa na compreensão a respeito do câncer de colo do útero.

A gestão reconhecendo essa vulnerabilidade adotou medidas que incentivam e favorecem a adesão das usuárias ao exame preventivo, como por exemplo a vinculação ao Bolsa Família, como um dos critérios de acompanhamento, possibilitando a captação de um número maior de mulheres para o exame.

Porém apesar dessa mulher realizar o exame, o que se observou é que existe uma lacuna de conhecimento, elas se submetem ao exame, mas não conseguem identificar fatores de risco associados à doença, periodicidade adequada e quais medidas preventivas podem ser utilizadas.

Esta pesquisa identificou ainda que o início da atividade sexual na maioria das vezes ocorre antes dos 17 anos, acarretando a necessidade de orientação para a prevenção desta neoplasia, específica para o público jovem, como o uso de preservativo, atitude que poderia ser incentivada junto à população pelos profissionais das equipes de saúde.

Ações que promovam a saúde das adolescentes devem ser consideradas primordiais nos ambientes em que elas estão inseridas. Sugerimos que sejam trabalhadas estratégias educativas que ultrapassem os espaços restritos às unidades de saúde, como as escolas, igrejas e espaços coletivos de interação social. Orientar o público adolescente quanto à comportamentos e atitudes responsáveis diante da sexualidade, reduziriam os riscos de IST.

Para potencializar a captação de mulheres, um trabalho junto aos Agentes Comunitários de Saúde pode ser implementado, com a identificação das mulheres na faixa etária prioritária e incentivo à realização de busca ativa durante as visitas domiciliares.

Baixa cobertura vacinal contra o HPV, baixa cobertura de exames citopatológicos são índices que poderão ser melhorados, com a implementação de busca ativa de usuárias faltosas e a realização de ações educativas, estratégias que podem ser trabalhadas por todos os membros da equipe de saúde da família.

Esta pesquisa concluiu que é necessária uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde, em relação às medidas preventivas contra o câncer de colo do útero como ações educativas, realização da coleta do exame e imunização dos adolescentes. Uma atuação com envolvimento e respeito ao direito da usuária de conhecer e poder conversar sobre a doença possibilitando atitudes de autocuidado.

O processo educativo tem o objetivo de melhorar o conhecimento das pessoas sobre as doenças e seus fatores condicionantes, na perspectiva da promoção da saúde.

Como esse estudo se restringiu apenas as atividades das equipes de Saúde da família, não podemos inferir que todos os serviços da atenção básica de Rio Branco apresentem as mesmas dificuldades, para tal se faz necessária a realização de pesquisas nesse contexto.

7- Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controles dos cânceres do colo do útero e da mama. *Cad Atenção Básica* n 13. 2013:124. doi:10.18471/rbe.v30i2.14848.
2. Alves RMS. Câncer de colo uterino: Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres tratadas por câncer de colo uterino em um estado da Amazônia Legal. 2016.
3. Fialho FA, Esteves DC. Câncer de colo do útero: O mérito da Prevenção. *Rev Conex eletrônica*. 2017;14(1):142-153.
4. Ferrini Filho AR, Ferrini C de MC, Nogueira JR, et al. *Estudo Sobre a Incidência de Casos de Adenocarcinoma de Colo Uterino No Distrito Federal.*; 2017. doi:10.14684/SHEWC.17.2017.
5. Silva DSM da, Silva AMN, Brito LMO, Gomes SRL, Nascimento M do DSB, Chein MB da C. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2014;19(4):1163-1170. doi:10.1590/1413-81232014194.00372013.
6. Oliveira JC de. Unidade móvel de prevenção na busca ativa do câncer do colo do útero nas zonas urbana e rural de Barretos Unidade móvel de prevenção na busca ativa do câncer do colo do útero nas zonas urbana e rural de Barretos. 2010.
7. INCA IN de CJAG da S. *Diretrizes Brasileiras Para O Rastreamento Do Câncer de Colo Do Útero*. Vol 3.; 2016. file:///C:/Users/PaulinaPitanga/Downloads/diretrizes_cancerdocolodoutero2016_final (1).pdf.
8. 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):503-509. doi:10.1590/S0104-11692006000400006.
9. Carvalho RS, Nunes RMV, Oliveira JD de, Davim RMB, Rodrigues ESRC, Menezes PCM. PERFIL PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM TRABALHADORAS DA ENFERMAGEM. *Rev Enferm UFPE Line*. 2017;11(6):2257-2263. doi:10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201701.
10. Leal EAS, Leal Júnior ODS, Guimarães MH, Vitoriano MN, Nascimento TL Do, Costa OLN. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco - Acre. *Rev Bras Ginecol e Obs*. 2003;25(2):81-86. doi:10.1590/S0100-72032003000200002.
11. Casarin MR, Escobar C. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo / RS . *Ciência*

- e saúde coletiva. 2011;16(9):3925-3932. doi:10.1590/S1413-81232011001000029.
12. Vasconcelos CTM, Cunha D de FF, Coelho CF, Pinheiro AKB, Sawada NO. Factors related to failure to attend the consultation to receive the results of the Pap smear test. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(3):401-407. doi:10.1590/0104-1169.3132.2430.
 13. Rafael RDMR, Moura ATMS De. Exposição aos fatores de risco do câncer do colo do útero na Estratégia de Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(4):499-505. doi:10.1590/S1414-462X2012000400014.
 14. Vaccarella S, Herrero R, Snijders PJF, et al. Smoking and human papillomavirus infection: pooled analysis of the International Agency for Research on Cancer HPV Prevalence Surveys. *Int J Epidemiol*. 2008;37(3):536-546. doi:10.1093/ije/dyn033.
 15. Prado PR do, Koifman RJ, Santana ALM, Silva IF da. Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado Citológico ASCUS / AGC , LSIL e HSIL segundo Fatores Sociodemográficos , Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco - AC , Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(3):471-479.
 16. Neri É de AR, de Moura MSS, da Penha JC, dos Reis TGO, Aquino P de S, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame Papanicolaou de prostitutas. *Texto e Context Enferm*. 2013;22(2):460-467. doi:10.1590/S0104-07072013000300020.
 17. Appleby P, Beral V, González, Amy Berrington de Colin D, et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet*. 2007;370(9599):1609-1621. doi:10.1016/S0140-6736(07)61684-5.
 18. Corrêa D, Villela W, de Almeida A. Desafios À Organização De Programa De Rastreamento Do Câncer Do Colo Do Útero Em Manaus-Am. *Texto Context Enferm*. 2012;21(2):395-400.
 19. Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(1):126-134. doi:10.1590/S1414-81452010000100019.
 20. Martins LFL, Thuler, Luiz Claudio Santos Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2005;27(8)(21):485-492. doi:10.1590/S0100-72032005000800009.
 21. Barbosa IR, Souza DLB de, Bernal MM, Costa I do CC. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. *Cien Saude Colet*. 2016;21(1):253-262. doi:10.1590/1413-81232015211.03662015.

22. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ.* 2001;79(10):954-962. doi:10.1590/S0042-96862001001000009.
23. Silva V de SC, Mochel EG, Lima SF, da Silva Meneses LF. Cervical Cancer: Knowledge and Practices of Women Users of Basic Health Care. *J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE.* 2014;8(6):1628-1635 8p. doi:10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201423.
24. Riquelme H G, Concha P X, Urrutia MT. Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(2):111-115. doi:10.4067/S0717-75262012000200006.
25. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends--An Update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2016;25(1):16-27. doi:10.1158/1055-9965.EPI-15-0578.
26. INCA. *Estimativa | 2018 Incidência de Câncer No Brasil.*; 2018.
27. Sarzi DM, Mello A de L, Quadros MN, Kirchner RM, Leite MT, Silva LAA. Cenário de mobimortalidade por câncer de colo uterino. *Rev Enferm UFPE Line.* 2017;11(suplemento 02):898-905. doi:10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102sup201704.
28. Figueredo MC, Moreira De Melo Júnior J, Segati KD. Prevalência de lesões precursoras para o câncer de colo do útero nas regiões do Brasil e sua relação com a cobertura do programa de rastreamento. *Femina.* 2014;42(6):295-302. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n6/a4831.pdf>.
29. Instituto Nacional de Cancer José Alencar Gomes da Silva. *INCA - Instituto Nacional de Câncer - Estimativa 2016.*; 2016. doi:978-85-7318-283-5.
30. Santos R de FA, Cordeiro CA, Braga LS, Moraes, Marina Nascimento de Araújo VS, Dias MD. Conhecimento de idosas sobre o exame citopatológico. *Rev Enferm UFPE Line.* 2015;9(2):517-525 9p. doi:10.5205/reuol.7028-60723-1-SM.0902201505.
31. Guy Jr. G, Tangka FKL, Hall IJ, Miller JW, Royalty J. The Reach and Health Impacts of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. 2015;26(5):649-650. doi:10.1146/annurev-immunol-032713-120240.Microglia.
32. Pereira GT. Dimensões influenciadoras da não realização do exame preventivo do câncer de colo do útero. 2014.
33. Farias ACB de, Barbieri AR. Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. *Esc Anna Nery - Rev Enferm.* 2016;20(4):1-9. doi:10.5935/1414-8145.20160096.
34. Silveira NSP, Vasconcelos CTM, Nicolau AIO, Oriá MOB, Pinheiro PN da C, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame

- colpocitológico e sua relação com a idade feminina. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(0). doi:10.1590/1518-8345.0700.2699.
35. Correio KD de L, Ramos AIG, Santos RLG, Bushatsky M, Correio MBSC. Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2015;7(2). doi:10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2425-2439.
 36. Oliveira MM de, Silva ENF da, Pinto IC. Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção. *Rev Gaúcha Enferm*. 2004;25(2):176-183. <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/4504>.
 37. Gomes CHR, Silva JA Da, Ribeiro JA, Penna RMM. Câncer Cervicouterino: Correlação entre Diagnóstico e Realização Prévia de Exame Preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(1):41-45.
 38. Silva BL da, Santos RNLC dos, Ribeiro FF, Umbelino U, Anjos D, Ribeiro KSQS. Prevenção Do Câncer De Colo Uterino E a Ampliação Da Faixa. *Rev enferm line, Recife*. 2014;8(6):1482-1490. doi:10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201405.
 39. Souza AF De, Costa LHR. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. *Cancerologia*. 2015;61(4):343-350.
 40. Pinheiro DN, Pinheiro M da CN, Xavier MB, Amaro CSO, Parente A do N. Aspectos educativos do programa de prevenção do câncer do colo do útero, Belém, Pará, Brasil. *Rev Eletrônica Gestão Saúde*. 2013;4(4):1469-1482.
 41. Feliciano C, Christen K, Velho MB. Câncer de Colo Uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. *Rev enferm UERJ, Rio Janeiro*. 2010;18(1):75-79.
 42. Rangel G, Lima LD de, Vargas EP. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. *Saúde em Debate*. 2015;39(107):1065-1078. doi:10.1590/0103-110420161070261.
 43. de Paula PF, de Jesus Silva Bezerra dos Anjos S, Lucena SV, Catunda HLO, de Souza Aquino P, Pinheiro AKB. Educational interventions in the prevention of cervical cancer: an integrative review. *J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE*. 2013;7(12):7133-7140 8p. doi:10.5205/reuol.4767-42136-1-ED.0712esp201322.
 44. Magri CA. A educação em direitos humanos : uma abordagem a partir de Paulo Freire. *REP - Rev Espaço Pedagógico*. 2012;19(1):44-63.
 45. Falcão GB, Ibiapina FLP, Feitosa HN, et al. Fatores associados à realização de citologia para prevenção de câncer do colo uterino em uma comunidade urbana de baixa renda. *Cad Saúde Coletiva*. 2014;22(2):165-172. doi:10.1590/1414-462X201400020009.

46. Navarro C, da Fonseca AJ, Sibajev A, et al. Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. *Rev Saude Publica*. 2015;49(1). doi:10.1590/S0034-8910.2015049005554.
47. Carvalho MC de MP, Queiroz ABA. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(3):617-624. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300026&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
48. Silveira BJ, Silveira MB, Prince KA De. Adesão à imunização contra o papilomavírus humano na saúde pública do Brasil. *Rev Saúde Pública do Paraná*. 2017;18(1):157-164. doi:10.5433/15177130-2017v18n1p157.
49. Informe técnico da vacina papilomavírus humano 6,11,16 e 18 (recombinante). *Ministério da Saúde, Coord geral do programa Nac Imunizações*. 2015:38.
50. Massad LS, Xie X, Darragh T, et al. Genital Warts and Vulvar Intraepithelial Neoplasia: Natural History and Effects of Treatment and Human Immunodeficiency Virus Infection. *uscript Obs Gynecol*. 2012;118(4):831-839. doi:10.1097/AOG.0b013e31821a0f4d.Genital.
51. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Informativa nº 311, de 2016: Referente às mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2017. *Ministério da Saúde*. 2016:1-5.
52. Conde CR. A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de colo do útero. 2017;(Fev.).
53. Gonçalves TFP, Gimenes G da SR, Preto VA, Cervelatti EP. Reflexões sobre o papel do enfermeiro e ações de saúde pública para prevenção contra o câncer do colo do útero. *Rev Enferm UFPE Line*. 2016;10(6):2214-2222. doi:10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201637.
54. Laganá MTC, Silva MMP da, Lima LF, França TLB de. Alterações citopatológicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Periodicidade dos Exames de Rastreamento em Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(4):523-530.
55. Teixeira LA. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2015;22(1):221-239. doi:10.1590/S0104-59702015000100013.
56. Temperini RS de L. Fundação das Pioneiras Sociais: Contribuição Inovadora para o Controle do Câncer do Colo do Útero no Brasil, 1956-1970. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(3):339-349.
57. Albuquerque D, Villela WV. O controle do câncer do colo do útero : desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas , Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008;8(4):491-497. doi:10.1590/S1519-38292008000400015.

58. Amorim VMSL, Barros MBDA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(11):2329-2338. doi:10.1590/S0102-311X2006001100007.
59. Ramos A da S, Palha PF, Costa Júnior ML da, Sant'Anna SC, Lenza N de FB. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(2):170-174. doi:10.1590/S0104-11692006000200004.
60. Borges MFDSO, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MDA, Muniz PT. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1156-1166. doi:10.1590/S0102-311X2012000600014.
61. Ceolin AR, Roma AR, Ceolin T, Noguez PT. Exame citopatológico de colo uterino: Subsídios Para Intervenção Na Atenção Primária. *Rev Context Saude*. 2016;16(30):14-20.
62. DI F. Representações sociais de adolescentes sobre o câncer de colo de útero. 2011.
63. Pinto D da S, Fuzii HT, Quaresma JAS. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. *Cad Saude Publica*. 2011;27(4):769-778. doi:10.1590/S0102-311X2011000400016.
64. Gasperin SI, Boing AF, Kupek E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2011;27(7):1312-1322. doi:10.1590/S0102-311X2011000700007.
65. Barcelos MRB, Lima R de CD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev Saude Publica*. 2017;51(0):67. doi:10.1590/s1518-8787.2017051006802.
66. Leal M do C, da Gama SGN, Frias P, Szwarcwald CL. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. *Cad Saude Púbblica*. 2005;21(suplemento):S78--S88. doi:10.1590/S0102-311X2005000700009.
67. Pinho A de A, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2003;19(suppl 2):S303-S313. doi:10.1590/S0102-311X2003000800012.
68. Hackenhaar A a., Cesar J a., 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):103-111. doi:10.1590/S1415-790X2006000100013.
69. Osis MJD, Duarte GA, de Sousa MH. SUS users' knowledge of and attitude to HPV virus and vaccines available in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2014;48(1):123-133. doi:10.1590/S0034-8910.2014048005026.
70. Cristina L, Santos D, Sundare J, Silva M, Ferreira R, Rios D. Conhecimento de Mulheres a Respeito do Exame Papanicolaou. *Uniciências.* 2017;21(2):105-109.
71. Ribeiro L, Bastos RR. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade : não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(6):1-13. doi:10.1590/0102-311X00001415.
72. Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS, et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres , Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2009;43(5):851-858.
73. Oliveira AEC, Deininger L de SC, Lucena KD. O olhar das mulheres sobre a realização do exame citológico cérvico-uterino. *Rev Enferm UFPE line.* 2014;8(1):90-97. doi:10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201413.
74. Lopes NG, Leite KNS, Silva S da CR, Barreto CCM, Antas EMV. Evaluation of the Effectiveness of the Screening of Hpv Lesions in Women. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(4):1292-1298. doi:10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201617.
75. Cavalcante Silva de Morais K, Barros Ferreira J, Cruz Miranda V, Leite Oliveira A. Papiloma Vírus Humano: Conhecimento Feminino Sobre a Prevenção. *Rev Pesqui em Fisioter.* 2017;7(2). doi:10.17267/2238-2704rpf.v7i2.1301.
76. Moreira EDJ, Oliveira BG, Ferraz FM, Costa S, Costa Filho JO, Karic G. Knowledge and attitudes about human papillomavirus, Pap smears, and cervical cancer among young women in Brazil: implications for health education and prevention. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16(2):599-603. doi:10.1111/j.1525-1438.2006.00377.x.
77. Silva AB, Rodrigues MP, Oliveira AP, Melo RHV. Prevenção do câncer cervicouterino: uma ação realizada pelos enfermeiros da estratégia saúde da família? *Rev Ciência Plur.* 2017;3(2):99-114.
78. Soares JPG, Dell'Aglio DD. Adesão ao tratamento em adolescentes com diabetes mellitus. *Psicol saúde doenças.* 2017;18(2):1-13.
79. Rodrigues DC de S, Oliveira AAV, Andrade SLE, Araújo EMNF, Lopes AMC, Sá LD. O discurso de pessoas acometidas por tuberculose. *Cienc Y Enferm XXIII.* 2017;(1):67-76.
80. Lofego J. Diálogo, direito e vínculo na garantia da integralidade em saúde: visibilidade para as práticas de comunicação nos itinerários terapêuticos de mulheres na Amazônia Ocidental. 2013;53(9). doi:10.1017/CBO9781107415324.004.



81. Monnerat GL, Senna, Mônica de Castro MaiaSchottz V, Magalhães R, Burlandy L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família Unconditional to conditional rights: counterparts in Brazil's Family Allowance Program. *Cien Saude Colet.* 2007;12(6):1453-1462. doi:10.1590/S1413-81232007000600008.
82. Rosa MI, Fachel JMG, Rosa DD, Medeiros LR, Igansi CN, Bozzetti MC. Persistence and clearance of human papillomavirus infection: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(6). doi:10.1016/j.ajog.2008.06.033.
83. Trindade GB, Manenti SA, Simões PW, Madeira K. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero e sua periodicidade em um município de Santa Catarina. *Med.* 2017;50(1):1-10. doi:10.11606/issn.2176-7262.v50i1p1-10.
84. Nogueira KRC, Moraes MM. Prevenção do câncer cervical: o conhecimento das usuárias em uma equipe de saúde da família. *Rev Enferm UFPE Line.* 2017;11(5):1892-1901. doi:10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201719.
85. Paiva AReO, Nunes PBS, Vale GMVF, et al. O enfermeiro da atenção básica na prevenção do câncer de colo do útero: Revisão integrativa. *Rev Uningá.* 2017;52(1):162-165.
86. Malta EFGD, Gubert FDA, Vasconcelos CTM, Chaves ES, Silva JMFDL, Beserra EP. Prática inadequada de mulheres acerca do papanicolaou. *Texto e Context Enferm.* 2017;26(1):1-9. doi:10.1590/0104-07072017005050015.
87. Costa FKM, Weigert SP, Burci L, Nascimento KF. Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero. *Rev Gestão Saúde.* 2017;17(Supl 1):55-62.
88. Ramos AL, Silva DP da, Machado GMO, Oliveira EN, Lima D dos S. A Atuação do Enfermeiro da Estratégia Saúde da família na prevenção do cancer de colo de útero. *Sanare.* 2014;13:84-91. doi:10.5216/ree.v14i2.11245.
89. da Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saude e Soc.* 2008;17(2):120-131. doi:10.1590/S0104-12902008000200012.
90. Pelloso SM, De Barros Carvalho MD, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Acta Sci - Heal Sci.* 2004;26(2):319-324.
91. Kessler TA. Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. *Semin Oncol Nurs.* 2017;33(2):172-183. doi:10.1016/j.soncn.2017.02.005.
92. Pinheiro RL, Guanaes-Lorenzi C. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. *Estud Psicol.* 2014;19(1):48-57.

doi:10.1590/S1413-294X2014000100007.

93. Gomes K de O, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2010;20(4):1143-1164. doi:10.1590/S0103-73312010000400005.
94. Samudio JLP, Brant LC, Martins AC de FDC, Vieira MA, Sampaio CA. Agentes Comunitários De Saúde Na Atenção Primária No Brasil: Multiplicidade De Atividades E Fragilização Da Formação. *Trab Educ e Saúde*. 2017;15(3):745-769. doi:10.1590/1981-7746-sol00075.
95. Leite NF. *Prevenção Do Câncer de Colo Do Útero: Uma Proposta de Intervenção Para a Estratégia Saúde Da Família*. Montes Claros; 2014.
96. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de RedeBrasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Ale. *Ficha Técnica de Indicadores Relativos Às Ações de Controle Do Câncer Do Colo Do Útero*; 2014.
97. Corrêa CSL, Lima A de S, Leite ICG, et al. Rastreamento do câncer do colo do útero em Minas Gerais: avaliação a partir de dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). *Cad Saúde Coletiva*. 2017;25(13):315-323. doi:10.5123/S1679-49742017000100008.
98. Amorim C da SV. Sobrevida hospitalar das mulheres com câncer de colo uterino, de 2007 a 2012, atendidas em Rio Branco, Acre. 2016. https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24326/1/GiordanoBrunoSouzaDosSantos_DISSERT.pdf.
99. Departamento de Vigilância SIPNI. *Cobertura Vacinal HPV*; 2017.
100. Guedes M de CR, São Bento PA de S, Telles AC, Queiroz ABA, Xavier RB. A vacina do papilomavírus humano e o câncer do colo do útero: uma reflexão. *J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE*. 2017;11(1):224-231. doi:10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201727.
101. Kuhn CHC. *Psicoeducação para a prevenção do câncer de colo de útero: uma proposta de intervenção*. 2014.
102. Duque K de C dias. *Prevenção do câncer de colo do útero em uma área coberta pela estratégia de saúde da família*. 2013.
103. Tavares MB, Amorim SAA, Ramos JLS, et al. Promoção da saúde da mulher e câncer de colo de útero : o fazer do enfermeiro. *Rev Eletrônica Gestão Saúde*. 2017;1(3).
104. ARRUDA F da S, OLIVEIRA FM de, LIMA RE de, PERES AL. Conhecimento E Prática Na Realização Do Exame De Papanicolaou E Infecção Por Hpv Em Adolescentes De Escola Pública. *Rev paraese Med*. 2013;27(4):59-66.

105. Gomes SC, Esperidião MA. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(5). doi:10.1590/0102-311x00132215.
106. Furlan MCR, Marcon SS. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob a perspectiva de usuários. *Cad Saúde Coletiva*. 2017;25(0):339-347. doi:10.1590/1414-462x201700030139.
107. Ferreira M de L da SM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery*. 2009;13(2):378-384. doi:10.1590/S1414-81452009000200020.
108. Kasamatsu E, Páez MI. Cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay. Perspectivas para la prevención primaria. *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2006;4(2):58-63. doi:http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v26i4.312.

8- APÊNDICE A Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais de saúde

Você está sendo convidada (o) como voluntária (o) a participar da pesquisa: **Prevenção do Câncer de Colo do útero: Ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família no município de Rio Branco.** Essa pesquisa pretende analisar as ações realizadas pelas equipes de saúde da família, na prevenção do câncer de colo do útero. Será realizada pela pesquisadora Valéria Teixeira da Costa Matos, aluna do Mestrado de Vigilância em Saúde, sob a orientação da professora Dra. Cristiane de Oliveira Cardoso. Sua participação na pesquisa consiste em responder ao questionário, de forma voluntária, não havendo custos ou remuneração financeira para isso. Você tem a garantia de plena liberdade de participação, podendo recusar-se ou retirar seu consentimento em qualquer momento da realização da pesquisa, sem ter que justificar sua desistência e sem sofrer quaisquer tipos de coação ou penalidades. Os riscos da pesquisa são mínimos, podendo ocorrer desconforto ao responder perguntas pessoais e sobre o seu processo de trabalho. Para minimizar esse risco serão adotadas as seguintes medidas: seu nome não será divulgado em qualquer momento da pesquisa, você só responderá as perguntas se aceitar participar do estudo, a entrevista para responder ao questionário será realizada em ambiente restrito (sala) para garantir a privacidade. Os pesquisadores garantem manter o mais amplo, absoluto e irrestrito sigilo profissional sobre a sua identidade, durante e após o término da pesquisa. Os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados apenas para fins acadêmicos (publicação de trabalho em revistas ou congressos), e possível implementação no serviço de saúde como contribuição para melhorar a qualidade dos serviços.

Você poderá entrar em contato com as pesquisadoras: Valéria Matos pelos telefones institucionais (68) 32295982- 3229 9944, celular (68) 999114834, email: v.costamatos@gmail.com; e com a orientadora Dra Cristiane de Oliveira Cardoso pelo telefone (68) 981242737 e email: crisdeocardoso@gmail.com.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas do Acre - FUNDHACRE para solicitar todos e quaisquer esclarecimentos éticos que lhe convir sobre a pesquisa, no endereço: BR 364, KM 02 Estrada Dias Martins S/Nº, Distrito Industrial, CEP 69914-220, em Rio Branco, Ac. Telefone/FAX: (68) 3226-4809 / E-mail: cep.hc@ac.gov.br

Por fim, nós, Valéria Teixeira da Costa Matos, aluna do Mestrado de Vigilância em Saúde e Dra. Cristiane de Oliveira Cardoso, orientadora, declaramos cumprir todas as exigências éticas contidas nos itens IV. 3, "a-h" e IV.5, "a" e "d", da Resolução CNS Nº 466/2012, durante e após a realização da pesquisa.

Este termo de consentimento será disponibilizado em duas vias, uma será entregue a você e outra permanecerá de posse da pesquisadora. O resultado da pesquisa ficará à sua disposição quando a mesma for finalizada.

Eu _____, portadora (o)do RG _____, fui informada (o) dos objetivos da pesquisa: **Prevenção do Câncer do Colo de útero: Ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família no município de Rio Branco**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura participante

Assinatura pesquisador responsável

Assinatura do Orientador

9- APÊNDICE B Termo de consentimento livre e esclarecido para usuária do serviço de saúde

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: **Prevenção do Câncer de Colo do útero: Ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família no município de Rio Branco.** Essa pesquisa pretende analisar as ações realizadas pelas equipes de saúde da família, na prevenção do câncer de colo do útero. Será realizada pela pesquisadora Valéria Teixeira da Costa Matos, aluna do Mestrado de Vigilância em Saúde, sob a orientação da professora Dra. Cristiane de Oliveira Cardoso. Sua participação na pesquisa consiste em responder ao questionário, de forma voluntária, não havendo custos ou remuneração financeira para isso. Você tem a garantia de plena liberdade de participação, podendo recusar-se ou retirar seu consentimento em qualquer momento da realização da pesquisa, sem ter que justificar sua desistência e sem sofrer quaisquer tipos de coação ou penalidades. Os riscos da pesquisa são mínimos, podendo ocorrer desconforto ao responder perguntas íntimas e pessoais. Para minimizar esse risco serão adotadas as seguintes medidas: seu nome não será divulgado em qualquer momento da pesquisa, você só responderá as perguntas se aceitar participar do estudo, a entrevista para responder ao questionário será realizada em ambiente restrito (sala) para garantir a privacidade. Os pesquisadores garantem manter o mais amplo, absoluto e irrestrito sigilo profissional sobre a sua identidade, durante e após o término da pesquisa. Os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados apenas para fins acadêmicos (publicação de trabalho em revistas ou congressos), e possível implementação no serviço de saúde como contribuição para melhorar a qualidade dos serviços.

Você poderá entrar em contato com as pesquisadoras: Valéria Matos pelos telefones institucionais (68) 32295982- 3229 9944, celular (68) 999114834, email: v.costamatos@gmail.com; e com a orientadora Dra Cristiane de Oliveira Cardoso pelo telefone (68) 981242737 e email: crisdeocardoso@gmail.com.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas do Acre - FUNDHACRE para solicitar todos e quaisquer esclarecimentos éticos que lhe convir sobre a pesquisa, no endereço: BR 364, KM 02 Estrada Dias Martins S/Nº, Distrito Industrial, CEP 69914-220, em Rio Branco, Ac. Telefone/FAX: (68) 3226-4809 / E-mail: cep.hc@ac.gov.br

Por fim, nós, Valéria Teixeira da Costa Matos, aluna do Mestrado de Vigilância em Saúde e Dra. Cristiane de Oliveira Cardoso, orientadora, declaramos cumprir todas as exigências éticas contidas nos itens IV. 3, "a-h" e IV.5, "a" e "d", da Resolução CNS Nº 466/2012, durante e após a realização da pesquisa.

Este termo de consentimento será disponibilizado em duas vias, uma será entregue a você e outra permanecerá de posse da pesquisadora. O resultado da pesquisa ficará à sua disposição quando a mesma for finalizada.

Eu _____, portadora (o)do RG _____, fui informada dos objetivos da pesquisa: **Prevenção do Câncer do Colo de útero: Ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família no município de Rio Branco**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura participante

Assinatura pesquisador responsável

Assinatura do Orientador

Testemunhas:

1- _____
N^o do RG Assinatura Legível (não rubricar)

2- _____
N^o do RG Assinatura Legível (não rubricar)

Rio Branco, _____ de _____ de 201__

10-APÊNDICE C Termo de assentimento livre e esclarecido para participantes menor de idade

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: **Prevenção do Câncer de Colo do útero: Ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família no município de Rio Branco.** Essa pesquisa pretende analisar as ações realizadas pelas equipes de saúde da família, na prevenção do câncer de colo do útero. Será realizada pela pesquisadora Valéria Teixeira da Costa Matos, aluna do Mestrado de Vigilância em Saúde, sob a orientação da professora Dra. Cristiane de Oliveira Cardoso. Sua participação na pesquisa consiste em responder ao questionário, de forma voluntária, não havendo custos ou remuneração financeira para isso. Você tem a garantia de plena liberdade de participação, podendo recusar-se ou retirar seu consentimento em qualquer momento da realização da pesquisa, sem ter que justificar sua desistência e sem sofrer quaisquer tipos de coação ou penalidades. Os riscos da pesquisa são mínimos, podendo ocorrer desconforto ao responder perguntas íntimas e pessoais. Para minimizar esse risco serão adotadas as seguintes medidas: seu nome não será divulgado em qualquer momento da pesquisa, você só responderá as perguntas se aceitar participar do estudo, a entrevista para responder ao questionário será realizada em ambiente restrito (sala) para garantir a privacidade. Os pesquisadores garantem manter o mais amplo, absoluto e irrestrito sigilo profissional sobre a sua identidade, durante e após o término da pesquisa. Os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados apenas para fins acadêmicos (publicação de trabalho em revistas ou congressos), e possível implementação no serviço de saúde como contribuição para melhorar a qualidade dos serviços.

Você poderá entrar em contato com as pesquisadoras: Valéria Matos pelos telefones institucionais (68) 32295982- 3229 9944, celular (68) 999114834, email: v.costamatos@gmail.com; e com a orientadora Dra Cristiane de Oliveira Cardoso pelo telefone (68) 981242737 e email: crisdeocardoso@gmail.com.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas do Acre - FUNDHACRE para solicitar todos e quaisquer esclarecimentos éticos que lhe convir sobre a pesquisa, no endereço: BR 364, KM 02 Estrada Dias Martins S/Nº, Distrito Industrial, CEP 69914-220, em Rio Branco, Ac. Telefone/FAX: (68) 3226-4809 / E-mail: cep.hc@ac.gov.br

Por fim, nós, Valéria Teixeira da Costa Matos, aluna do Mestrado de Vigilância em Saúde e Dra. Cristiane de Oliveira Cardoso, orientadora, declaramos cumprir todas as exigências éticas contidas nos itens IV. 3, "a-h" e IV.5, "a" e "d", da Resolução CNS Nº 466/2012, durante e após a realização da pesquisa.

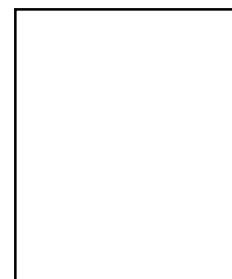
Este termo de consentimento será disponibilizado em duas vias, uma será entregue a você e outra permanecerá de posse da pesquisadora. O resultado da pesquisa ficará à sua disposição quando a mesma for finalizada.

Eu _____, portadora (o)do RG _____, fui informada dos objetivos da pesquisa: **Prevenção do Câncer do Colo de útero: Ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família no município de Rio Branco**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura participante

Assinatura pesquisador



Testemunhas:

1- _____
N ° do RG Assinatura Legível (não rubricar)

2- _____
N ° do RG Assinatura Legível (não rubricar)

Rio Branco, _____ de _____ de 201__

11-APÊNDICE D Questionário para entrevista com profissionais de saúde

ID:	
Nome:	
Idade:	Profissão:
Unidade de saúde:	
1) Possui pós graduação ? () Sim () Não Se sim em que área _____	
2)Tempo de atuação na unidade:	
3) Você participou de algum processo de atualização / qualificação para coleta de exame colpocitológicos nos últimos dois anos? () Sim () Não	
4) Existe protocolo de prevenção de câncer de colo do útero em sua UBS? () Sim () Não Se sim quem elaborou este protocolo? _____ _____	
5) A Equipe realiza coleta do exame colpocitológico (PCCU) em horários diferenciados? (manhã e tarde) () Sim () Não	
6) A equipe realiza coleta do exame colpocitológico (PCCU) quantos dias na semana? () 1dia () 2 dias () 3+	
7) Existe agendamento para a coleta do exame na unidade onde trabalha? Se sim como é realizado esse agendamento? () Sim () Não _____ _____	
8) A equipe realiza busca ativa das mulheres para a realização da coleta do exame de PCCU? () Sim () Não	
9) Que instrumento a equipe utiliza para registrar e acompanhar os atendimentos das mulheres que realizam a coleta do exame colpocitológico? _____ _____ _____	
10) Como é realizada a entrega do resultado do exame? _____ _____ _____ _____ _____	
11) Quando ocorrem resultados alterados quais os encaminhamentos da equipe? _____ _____ _____ _____	

<p>12) A equipe realiza ação educativa na própria unidade ? () Sim () Não Se sim quais:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>13) A equipe realiza atividade educativa sobre prevenção de câncer de colo do útero, específico para as adolescentes? () Sim () Não Se sim quais:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>14) Que estratégia a equipe utilizou para alcançar a cobertura vacinal contra HPV?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>15) A equipe realiza coleta de PCCU em mulheres fora da área de abrangência ? () Sim () Não</p>
<p>16) A estrutura física é adequada para o atendimento às mulheres? Caso não seja o que falta? () Sim () Não</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>17) A quantidade de material para a realização do exame 65colpocitológico é adequada? () Adequada (sempre tem) () Adequada parcialmente (as vezes falta) () Não é adequada (sempre falta)</p>
<p>18) Na sua opinião o que precisa melhorar ?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

12-APÊNDICE E Questionário para entrevista com usuárias do serviço de saúde

ID:	
Nome:	
Idade:	Data de Nasc: ____/____/____
Endereço:	
Unidade de Saúde de Referência:	
Nº Prontuário	Nº Cartão do SUS
Raça/cor autorreferida: () Branca () Negra () Parda	
() Amarela () Indígena () Não informada	
2) Trabalha fora de casa? () Sim () Não	
3) Sua renda mensal é de: _____	
4) Escolaridade:	
() Analfabeta () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo	
() Ensino Médio Incompleto () Ensino médio Completo	
() Superior Incompleto () Superior Completo () pós graduação	
5) você é fumante ?	
() Sim () Não	
6) você usa pílula anticoncepcional?	
() Sim () Não	
7) Já realizou o exame preventivo antes?	
() Sim () Não Qual ano _____	
8) Você recebeu alguma informação sobre o exame preventivo?	
() Sim () Não se sim qual? _____	
9) Quem ofereceu essas explicações?	
() Amigos/familiares () Enfermeira (o)	
() Médica(o) () Agente Comunitário de Saúde	
10) Você conseguiu realizar o exame no dia em que procurou?	
() Sim () Não Se Não qual foi o motivo? _____	
11) Idade da menarca (1ª menstruação):	
12) Idade da sexarca (1ª relação sexual):	
13) Número de parceiros sexuais: () 1 () 2 () 3	
() 4 () 5 () 6>	
14) você recebeu explicação sobre a vacina contra HPV?	
() Sim () Não	
15) Você sabe quais são os fatores de risco para desenvolver o câncer de colo do útero?	
() Sim () Não Se sim diga dois fatores:	

16) O que você acha que melhoraria o serviço? _____	

13-ANEXO A Termos de autorização para realização da pesquisa



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Rio Branco – AC, 26 de agosto de 2016.


Eu, **EDNÉIA PENHA PARO**, Coordenadora do **Segmento de Saúde Dr. Mário Maia**, portadora do RG: 128837 SSP/AC e CPF: 18307868220 declaro para os devidos fins que:

1 – Autorizo a realização, nas dependências das Unidades de Saúde da Família: USF CIDADE NOVA I, USF CIDADE NOVA II, do projeto de pesquisa intitulado: **Prevenção do Câncer de Colo do útero: Ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família no município de Rio Branco**, a ser realizado sob orientação da Profª Drª **Cristiane de Oliveira Cardoso**, matrícula 184797, docente da Universidade Federal do Acre, e pela mestrand **Valéria Teixeira da Costa Matos** portadora do RG 294107 SSP/AC, CPF 623128712-20;

2 – Autorizo a realização de entrevista com profissionais de saúde e com usuárias do serviço que aceitarem participar da pesquisa;

3 – Autorizo a coleta de dados supramencionados, desde que preservadas as identidades dos participantes da pesquisa, a confidencialidade das informações, bem como o uso dessas informações exclusivamente para a execução do projeto em questão.

Ednéia Penha Paro
Coordenadora do C. S. Mário Maia


(Assinatura e Carimbo)



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Rio Branco – AC, 30 de agosto de 2016.

Eu, **JOCÉ ENEIDA DE ARAÚJO VIEIRA**, Coordenador (a) do segmento da **URAP Roney Meireles**, portador (a) do RG: 184663 SSP/AC e CPF: 322.396.292-15 declaro para os devidos fins que:

1 – Autorizo a realização, nas dependências das Unidades de Saúde da Família: USF PLATILDE OLIVEIRA DA SILVA I, USF PLATILDE OLIVEIRA DA SILVA II, USF PLATILDE OLIVEIRA DA SILVA III, USF ELPIDEO MOREIRA SOUZA, do projeto de pesquisa intitulado: **Prevenção do Câncer de Colo do útero: Ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família no município de Rio Branco**, a ser realizado sob orientação da Profª Drª **Cristiane de Oliveira Cardoso**, matrícula 184797, docente da Universidade Federal do Acre, e pela mestranda **Valéria Teixeira da Costa Matos** portadora do RG 294107 SSP/AC, CPF 823128712-20;

2 – Autorizo a realização de entrevista com profissionais de saúde e com usuárias do serviço que aceitarem participar da pesquisa;

3 – Autorizo a coleta de dados supramencionados, desde que preservadas as identidades dos participantes da pesquisa, a confidencialidade das informações, bem como o uso dessas informações exclusivamente para a execução do projeto em questão.

Jocé Eneida de Araújo Vieira
Coordenador(a) do segmento
Roney Meireles
Portaria nº 21/2016

(Assinatura e Carimbo)



Avenida Ceará, 3.335 – Abraão Nób
Rio Branco/AC – CEP 09 918 - 084
Tel. 155 (68) 3213-2575
das.semss@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Rio Branco – AC, 30 de agosto de 2016.

Eu, **PABLO LEITE DE CARVALHO**, Coordenador do **Segmento de Saúde São Francisco**, portador (a) do RG335890 SSP/AC e CPF: 512.172.872-72 declaro para os devidos fins que:

1 – Autorizo a realização, nas dependências das Unidades de Saúde da Família: USF VITÓRIA I, USF VITÓRIA II, USF JARDIM EL Dorado, USF ADALBERTO ARAGÃO, do projeto de pesquisa intitulado: **Prevenção do Câncer de Colo do útero: Ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família no município de Rio Branco**, a ser realizado sob orientação da Profª Drª **Cristiane de Oliveira Cardoso**, matrícula 184797, docente da Universidade Federal do Acre, e pela mestrand **Valéria Teixeira da Costa Matos** portadora do RG 294107 SSP/AC, CPF 623128712-20;

2 – Autorizo a realização de entrevista com profissionais de saúde e com usuárias do serviço que aceitarem participar da pesquisa;

3 – Autorizo a coleta de dados supramencionados, desde que preservadas as identidades dos participantes da pesquisa, a confidencialidade das informações, bem como o uso dessas informações exclusivamente para a execução do projeto em questão.

(Assinatura e Carimbo)

Unidade de Referência de Atenção Primária
URAP São Francisco
Rua Jocelyn Medeiros nº 28 Bairro São Francisco
CNPJ: 04.034.526/0001-43
Rio Branco - Acre



Avenida Ceará, 3.335 – Abraão Alab
Rio Branco/AC – CEP 69.918 - 084
Tel. +55 (68) 3213-2576
das.semsa@gmail.com

14-ANEXO B Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO
ACRE - HCA/FUNDHACRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO: AÇÕES REALIZADAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO

Pesquisador: Valéria Teixeira da Costa Matos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59817716.3.0000.5009

Instituição Proponente: Universidade Federal do Acre- UFAC

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Acre- UFAC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.760.736

Apresentação do Projeto:

O câncer de colo do útero (CCU) é um problema de saúde pública, sendo a 3ª causa de morte nas mulheres em países em desenvolvimento. Estudos apontam que em 97% dos casos de CCU existe a infecção primária pelo Papiloma Virus Humano (HPV). Outras situações são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de CCU: o uso de contraceptivos orais, as doenças sexualmente transmissíveis, a multiparidade, os múltiplos parceiros sexuais desprotegidos, a atividade sexual de início precoce e o tabagismo. Mesmo sendo considerado um câncer com bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade deste tipo de câncer continuam elevadas principalmente nos municípios do interior da região norte, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada tardiamente. A Estratégia de Saúde da Família pode exercer um papel fundamental na prevenção desta doença por ser um modelo de assistência constituído por equipes responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma área geográfica delimitada, favorecendo o acesso aos serviços de saúde. Este estudo será realizado no município de Rio Branco, tem como objetivo analisar as ações realizadas pelas equipes de saúde da família, na prevenção do câncer de colo de útero. Contribuirá para o desenvolvimento e implementação de intervenções que em médio e longo prazo poderão

Endereço: BR 364 - Km 02

Bairro: Distrito Industrial

CEP: 68 814-217

UF: AC

Município: RIO BRANCO

Telefone: (68)3226-4809

Fax: (68)3226-4809

Email: cep.hca@ac.gov.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE - HCA/FUNDHAGRE



Contribuição do Fornecedor: 1.793.736

reduzir a mortalidade causada por esta neoplasia.

Critério de Inclusão: •Profissional de nível superior que ocupe o cargo de coordenador assistencial nas equipes de saúde da família no município de Rio Branco. •Usuária do serviço de saúde, na faixa etária de 13 a 70 anos, que procure a unidade para a realização da coleta de exame colpositológico.

Para a análise dos dados coletados será utilizado o software SPSS. Serão calculadas as taxas de cobertura de exames colpositológicos e incidência dos casos de câncer de colo do útero para o município de Rio Branco. No que se refere à análise de incidência dos casos de CCU e cobertura de exames colpositológicos realizados, será utilizado como base de informação o Sistema de Informações do Câncer (SISCAN), e a cobertura vacinal contra o HPV será avaliada com base nos dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SISPNI). Será realizada ainda, análise documental referente à sistematização do rastreamento e fluxos definidos para estes serviços, tais como: protocolo que oriente quanto às atribuições e condutas para as atividades; plano de ação e metas, bem como avaliações destes serviços.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as ações realizadas pelas equipes de saúde da família, na prevenção do câncer de colo do útero no município de Rio Branco.

Objetivo Secundário:

Verificar a incidência de casos de câncer de colo do útero no ano de 2016 para o município de Rio Branco; Verificar a taxa de cobertura do exame preventivo de câncer de colo do útero, no município de Rio Branco. Verificar a cobertura vacinal contra HPV. Identificar e descrever as ações realizadas pelas equipes de saúde da família para o rastreamento de câncer de colo do útero. Verificar quais ações preventivas são realizadas nas salas de espera das unidades de saúde da família sobre o exame preventivo de câncer de colo do útero. Descrever quais orientações são oferecidas para indivíduos do sexo feminino na faixa etária de 13 a 19 anos. Descrever o manejo e fluxos estabelecidos pela rede de atenção para os casos com alteração colunar precursora para o câncer de colo do útero.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos podem ser classificados como mínimos, pois existe a possibilidade de perda dos dados,

Endereço: BR 364 - Km 02
Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.014-217
UF: AC Município: RIO BRANCO
Telefone: (66)3226-4809 Fax: (66)3226-4809 E-mail: cep.hc@ac.gov.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE - HCA/FUNDHACRE



Continuação do Protocolo: 1.760.736

e exposição dos indivíduos entrevistados. Para minimizar esses riscos, as entrevistas serão realizadas apenas pela própria pesquisadora e em local apropriado resguardando a privacidade dos participantes.

Benefícios:

Os benefícios do estudo estão relacionados à melhoria da qualidade da atenção realizada pelas Unidades de Saúde da Família, norteadas pela avaliação das ações. As sugestões quanto à implementação das ações, que serão enviadas à Secretaria Municipal de Saúde, serão tomadas em medidas efetivas de controle e prevenção, no rastreamento do câncer de colo do útero.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa é de relevância social, pois leva informação importante no processo de trabalho. Além de ser um estudo realizado em importantes unidades de atendimento do município de Rio Branco e por isso apresenta informações a sociedade. É de relevância acadêmica, pois demonstra aos futuros profissionais, além de prepara-los para as barreiras que podem vir a encontrar em sua trajetória profissional. O desenvolvimento de pesquisa científica é uma das ferramentas que possibilitam a produção de novos conhecimentos e estimula os acadêmicos ao conhecimento de alguns indicadores de saúde, bem como objetivo analisar as ações realizadas pelas equipes de saúde da família, na prevenção do câncer de colo de útero. Contribuirá para o desenvolvimento e implementação de intervenções que em médio e longo prazo poderão reduzir a morbimortalidade causada por esta neoplasia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados foram: Folha de Rosto, Projeto Detalhado, Instrumento de Coleta de Dados, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de assentimento Livre e Esclarecido, Termo de Autorização Institucional dos respectivos participantes da pesquisa, Termo de Compromisso, Declaração de Iniciação da Pesquisa, Autorização Institucional. Os termos de apresentação obrigatória estão devidamente assinados, carimbados e elaborados conforme as normas da Resolução CNS 466/2012.

Recomendações:

Não há. A pesquisa encontra-se dentro dos padrões científicos e metodológicos com estrutura coerente aos objetivos apresentados, atendendo os critérios estabelecidos pela Resolução 466/2012 do CNS.

Endereço: BR 364 - Km 02
Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.914-217
UF: AC Município: RIO BRANCO
Telefone: (68)3226-4809 Fax: (68)3226-4809 E-mail: caq.hc@ac.gov.br

Página 05 de 08

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE - HCA/FUNDHAGRE



Continuação do Protocolo: 1.750.795

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela análise precedida por este Comitê de Ética em Pesquisa registrado sob à CONEP - Ofício Circular nº 022-2015/CONEP/CNS/MS, de 25 de fevereiro de 2015/Carta 019/2015. Considera-se o presente protocolo Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, cabe ao pesquisador responsável, ao término da pesquisa, elaborar e apresentar o relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP.

Relatório Final: É o documento apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_761227.pdf	01/09/2016 18:21:29		Aceito
Outros	termo_de_compromisso.pdf	01/09/2016 18:20:39	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_cop.pdf	01/09/2016 18:20:01	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEGVILAIVONETE.pdf	01/09/2016 18:18:45	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEGSOUZAARAUJO.pdf	01/09/2016 18:18:28	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEGSOFRANCISCO.pdf	01/09/2016 18:18:14	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEGRONEY.pdf	01/09/2016 18:17:59	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEGMARIOMAIÁ.pdf	01/09/2016 18:17:40	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEGLAUDIA.pdf	01/09/2016 18:17:14	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Declaração de	SEGHIDALGO.pdf	01/09/2016	Valéria Teixeira da	Aceito

Endereço: BR 364 - Km 02

Bairro: Distrito Industrial

CEP: 69.914-217

UF: AC

Município: RIO BRANCO

Telefone: (68)3226-4809

Fax: (68)3226-4809

E-mail: cep.hca@ac.gov.br

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO
ACRE - HCAFUNDHACRE**


Continuação do Parecer: 1.760.736

Instituição e Infraestrutura	SEGHIDAI.GO.pdf	18:16:34	Costa Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEGEDUARDOASMAR.pdf	01/09/2016 18:15:58	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEGBARRAL.pdf	01/09/2016 18:15:45	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEGARYRODRIGUES.pdf	01/09/2016 18:15:28	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_do_uso_de_dados_e_informacoes.pdf	01/09/2016 18:14:35	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_inicio_da_pesquisa.pdf	01/09/2016 18:14:18	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO.pdf	01/09/2016 18:13:58	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_II_PROFISSIONAIS.pdf	01/09/2016 18:13:35	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_I_USUARIAS.pdf	01/09/2016 18:12:57	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	17/08/2016 22:08:01	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Outros	Questionario_usuarias.pdf	17/08/2016 22:05:12	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Outros	Questionario_profissionais.pdf	17/08/2016 22:04:43	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	17/08/2016 22:01:39	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/08/2016 22:00:17	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/08/2016 21:19:06	Valéria Teixeira da Costa Matos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BR 364 - Km 02
 Balneio: Distrito Industrial CEP: 69.914-217
 UF: AC Município: RIO BRANCO
 Telefone: (68)3226-4809 Fax: (68)3226-4809 E-mail: osp.hc@ac.gov.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO
ACRE - HCA/FUNDHACRE



Continuação do Pannor: 1.780.756

RIO BRANCO, 04 de Outubro de 2018

Assinado por:
Rosely de Freitas
(Coordenador)

Endereço: RR 364 - Km 02
Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.914-217
UF: AC Município: RIO BRANCO
Telefone: (68)3226-4809 Fax: (68)3226-4809 E-mail: cep.hc@ac.gov.br

Página 06 de 06