



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde

ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS

**CONHECIMENTOS, PRÁTICAS, PERCEPÇÃO E DEMANDAS DAS MULHERES
ACERCA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

BRASÍLIA

2024

ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS

**CONHECIMENTOS, PRÁTICAS, PERCEÇÃO E DEMANDAS DAS MULHERES
ACERCA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE - vinculada a Escola Superior de Ciências da Saúde como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional

Orientador: Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

Coorientadora: Profa. Dra. Wania Maria do Espírito Santo Carvalho

BRASÍLIA

2024

Ficha Catalográfica

Universidade do Distrito Federal
Escola Superior de Ciências da Saúde
Biblioteca Central da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Monteiro Ramos, Alessandra.

Conhecimentos, práticas, percepção e demandas das mulheres acerca das ações de prevenção do câncer de colo do útero na Atenção Primária à Saúde / Alessandra Monteiro Ramos; orientador Fábio Ferreira Amorim; coorientadora Wania Maria do Espírito Santo Carvalho -- Brasília, 2024.

165 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado – Mestrado Profissional em Saúde da Família) -- Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde/Universidade do Distrito Federal, 2024.

1. câncer de colo do útero. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Exame Papanicolau. 5. Mulheres. 6. Educação em saúde. I. Ferreira Amorim, Fábio, orient. II. Carvalho, Wania Maria do Espírito Santo. III Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS

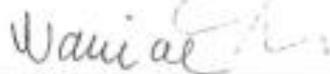
Conhecimentos, práticas, percepção e demandas das mulheres acerca das ações de prevenção do câncer de colo do útero na atenção primária à saúde

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde da Família (ProfSaúde)**, pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)

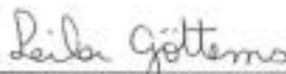
Aprovada em: 13/09/2024.



Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim
Mestrado Profissional em Saúde da Família
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)
Orientador



Profª Drª Wania Maria do Espírito Santo Carvalho
Mestrado Profissional em Saúde da Família
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)
Coorientadora



Profª Drª Leila Bernarda Donato Göttems
Mestrado Profissional em Saúde da Família
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)
Examinadora Interna



Profª Drª Cláudia Vicari Bolognani
Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)
Examinadora Externa



Profª Drª Ana Maria Costa
Mestrado Profissional em Saúde da Família
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)
Suplente

REGISTRO DE DEFESA

Conhecimentos, práticas, percepção e demandas das mulheres acerca das ações de prevenção do câncer de colo do útero na atenção primária à saúde

Mestrando: Alessandra Monteiro Ramos

Matricula: 22303001

Data: 13/09/2024

Horas: 14h00 — alteração: _____ horas

Por videoconferência

Resultado:

Aprovado(a)

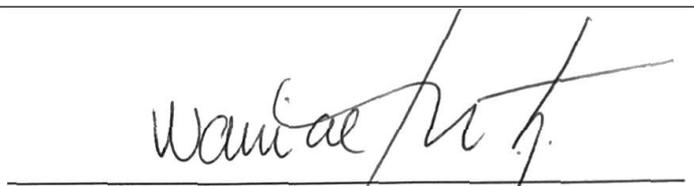
Aprovado(a) com exigências de modificação

Não aprovado(a)

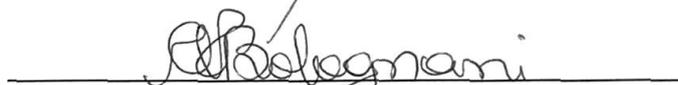
Modificações (continuar no verso, se necessário).

Assinaturas dos membros da banca:


Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim
Orientador/presidente da banca


Profª Drª Wania Maria do Espírito Santo Carvalho
Coorientadora


Profª Drª Leila Bernarda Donato Göttems
Examinadora Interna


Profª Drª Cláudia Vicari Bolognani
Examinadora Externa

Profª Drª Ana Maria Costa
Suplente

Documento assinado digitalmente
gov.br ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS
Data: 02/11/2024 16:43:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ciente do(a) estudante: _____

Dedico este trabalho a todas as mulheres, com a expectativa que possam ampliar seus conhecimentos sobre a prevenção do câncer do colo do útero. Que este conhecimento possa sensibilizá-las e motivá-las a adotar práticas de saúde que reduzam o número de casos desse tipo de câncer no Brasil e no mundo.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me proporcionar a realização de um sonho, guiando meus passos e fortalecendo minha fé nesta jornada.

À minha mãe, Janeluzi Monteiro Correia, pelo amor incondicional, por ter me acompanhado de perto, apoiando e incentivando em todos os momentos de dificuldade.

Ao meu orientador, Professor Doutor Fábio Ferreira Amorim, e à minha coorientadora Professora Doutora Wania Maria do Espírito Santo Carvalho pelo apoio e pelas orientações fundamentais para o enriquecimento e construção desse trabalho.

Aos colegas de trabalho, pela parceria; em especial às agentes comunitárias de saúde pela aplicação dos questionários, fundamental para a construção deste estudo.

Às mulheres que aceitaram participar deste estudo, compartilhando suas experiências.

RESUMO

Referência: Conhecimentos, práticas, percepção e demandas das mulheres acerca das ações de prevenção do câncer de colo do útero na atenção primária à saúde

Introdução: O câncer de colo do útero (CCU) caracteriza-se pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente, podendo invadir estruturas e órgãos vizinhos ou distantes. Essa doença apresenta um longo período de evolução, com lesões precursoras que podem ser identificadas com facilidade pela realização do exame preventivo (Papanicolau) regularmente. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar os conhecimentos, práticas, percepção e demandas das mulheres acompanhadas em uma unidade de atenção primária à saúde de Santo Antônio do Descoberto, Goiás, acerca das ações de prevenção do CCU. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com coleta prospectiva de dados com aplicação de métodos mistos quantitativos e qualitativos conduzido em duas fases a mulheres acima de 18 anos, cadastradas e acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família 14. Na primeira fase, foi utilizado um questionário aplicado para 302 mulheres de forma aleatória em seus domicílios. Após essa etapa, foi conduzido um grupo focal com as mulheres participantes da primeira fase que se dispuserem a participar da segunda fase. **Resultados:** Das 302 mulheres que participaram da 1ª fase do estudo, a idade média foi de 37,1 ± 14,3 anos, sendo 125 (41,1%) casadas ou com união estável, 66,2% tinham parceiro sexual regular, a mediana da renda familiar era de 1,38 salários mínimos. Das 302 mulheres, em relação ao conhecimento 96,4% já tinham ouvido falar sobre o exame de prevenção do CCU, 79,5% nunca haviam participado de atividades educativas relacionada a prevenção do CCU, 74,8% afirmaram saber o que era o exame Papanicolau, 69,9% já realizaram o Papanicolau e 19,9% responderam que realizavam anualmente. Respostas afirmativas com 56,6% quando questionadas se já ouviram falar do HPV, destas 18,5% associaram que o HPV pode causar o CCU, 72,2% sabe que vacina contra o HPV é gratuita, 72,7% pretendem vacinar seus filhos. Através do grupo focal, foram reveladas facilidades percebidas em relação à prevenção do CCU como o agendamento do Papanicolau e a existência de educação

em saúde e esclarecimentos através dos profissionais. As dificuldades percebidas foram a demora ou a não entrega dos resultados do exame Papanicolau, dificuldade na marcação de consulta médica, falta de comunicação, informações, visitas domiciliares, acesso limitado a medicamentos, barreiras no domicílio, falta de conhecimento da importância do exame preventivo e medo do diagnóstico. Quanto às percepções vivenciadas durante o exame preventivo, prevaleceram sentimentos de vergonha, medo, ansiedade, impacto de percepção de gênero. As sugestões em relação a melhorias estão a continuidade da educação em saúde e atuação da equipe da ESF, melhorar o acolhimento e a acessibilidade, acelerar o processo de diagnóstico e retorno dos resultados do Papanicolau e melhorar a comunicação. Produto Técnico: O estudo tem como produto técnico um produto de comunicação em formato post carrossel voltado para mídia social e um relatório técnico conclusivo. Conclusão: Essas descobertas proporcionam subsídios valiosos para que os profissionais de saúde implementem ações preventivas eficazes apoiadas na educação em saúde corroborando com o aumento do conhecimento, contribuindo para a equidade e a qualidade do atendimento na atenção primária à saúde. Este trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Palavras-chave: Câncer de Colo do Útero; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; exame Papanicolau; mulheres; educação em saúde.

ABSTRACT

Reference: Knowledge, practices, perception and demands of women regarding cervical cancer prevention actions in primary health care

Introduction: Cervical cancer (CC) is characterized by the disordered replication of the epithelial lining of the organ, affecting the underlying tissue and potentially invading nearby or distant structures and organs. This disease has a long progression period, with precursor lesions that can be easily identified through regular preventive screenings (Pap smears). Objective: This study aimed to analyze the knowledge, practices, perceptions, and demands of women followed up at a primary health care unit in Santo Antônio do Descoberto, Goiás, regarding cervical cancer prevention actions. Materials and Methods: This is a cross-sectional study with prospective data collection, using mixed quantitative and qualitative methods, conducted in two phases with women over 18 years old, registered and monitored by Family Health Strategy Unit 14. In the first phase, a questionnaire was applied to 302 randomly selected women in their homes. After this stage, a focus group was conducted with women who participated in the first phase and were willing to engage in the second phase. Results: Among the 302 women who participated in the first phase, the average age was 37.1 ± 14.3 years, with 125 (41.1%) married or in stable unions, 66.2% had a regular sexual partner, and the median family income was 1.38 minimum wages. Of the 302 women, regarding knowledge, 96.4% had heard about the CC prevention exam, 79.5% had never participated in educational activities related to CC prevention, 74.8% claimed to know what a Pap smear is, 69.9% had undergone a Pap smear, and 19.9% reported having it done annually. Affirmative responses were given by 56.6% when asked if they had heard of HPV, with 18.5% associating HPV with CC, 72.2% knew that the HPV vaccine is free, and 72.7% intended to vaccinate their children. Through the focus group, perceived facilitators for CC prevention were revealed, such as the ease of scheduling Pap smears and the existence of health education and clarifications provided by professionals. Perceived barriers included the delay or non-delivery of Pap smear results, difficulty in scheduling medical appointments, lack of communication, information, home visits, limited access to medications, household barriers, lack of awareness of the importance of the preventive exam, and fear of diagnosis. Regarding

the perceptions experienced during the preventive exam, feelings of shame, fear, anxiety, and the impact of gender perception prevailed. Suggestions for improvements included continuing health education and the role of the Family Health Strategy (FHS) team, improving welcoming and accessibility, speeding up the diagnostic process and Pap smear result delivery, and enhancing communication. Technical Product : The study's technical product includes a communication tool in the form of a carousel post for social media and a conclusive technical report. Conclusion : These findings provide valuable insights for health professionals to implement effective preventive actions supported by health education, contributing to increased knowledge, equity, and quality of care in primary health care. This Master's Thesis is the result of the stricto sensu postgraduate program, Professional Master's in Family Health (PROFSAÚDE).

Keywords: Cervical Cancer; Primary Health Care; Family Health Strategy; Pap smear; women; health education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Localização de Santo Antônio do Descoberto, Goiás	50
Figura 2	Fontes de informação utilizadas (n = 302)	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características das mulheres que responderam ao questionário (n = 302)	55
Tabela 2	Acesso a internet e fontes de informação em todas as mulheres, mulheres com até 22 anos e com 23 anos ou mais (n = 302)	57
Tabela 3	Atitude/percepção quanto ao serviço de saúde prestado na atenção primária a saúde/estratégia saúde da família (APS/ESF) em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e 23 anos ou mais (n = 302)	58
Tabela 4	Conhecimento e percepção a respeito do papilomavírus humano (HPV) e do câncer de colo de útero (CCU) em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e acima de 22 anos (n = 302)	60
Tabela 5	Conhecimento e percepção a respeito da vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e acima de 22 anos (n = 302)	61
Tabela 6	Análise univariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e o câncer de colo de útero (CCU) (n = 302)	61
Tabela 7	Análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e o câncer de colo de útero (CCU) (n = 302)	62

Tabela 8	Análise univariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação da infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e relações sexuais desprotegidas (n = 302)	63
Tabela 9	Análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação da infecção pelo HPV e relações sexuais desprotegidas (n = 302)	64
Tabela 10	Análise univariada dos fatores associados a intenção das mulheres em certamente vacinar seus filhos contra o papilomavírus humano (HPV) (n = 302)	65
Tabela 11	Análise multivariada dos fatores associados a intenção das mulheres em certamente vacinar seus filhos contra o papilomavírus humano (HPV) (n = 302)	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Facilidades percebidas em relação à prevenção do câncer de colo de útero (CCU) na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF)	67
Quadro 2	Dificuldades percebidas em relação à prevenção do câncer de colo de útero (CCU) na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF)	69
Quadro 3	Sentimentos vivenciados pelas mulheres durante o exame de prevenção do câncer do colo do útero (Papanicolau)	70
Quadro 4	Percepções das mulheres sobre o acesso à informação sobre a prevenção do câncer de colo de útero na família, comunidade, escola e mídias	72
Quadro 5	Conhecimento sobre o HPV e sua relação com o câncer do colo do útero	73
Quadro 6	Demandas em relação à melhoria da assistência à saúde das mulheres quanto à prevenção do câncer do colo do útero (CCU) na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF)	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário(a) de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCU	Câncer do colo do útero
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	Doença pelo coronavírus 2019
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DP	Desvio padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GLOBOCAN	Global Cancer Observatory
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus humano
IARC	International Agency for Research on Cancer
IC 95%	Intervalo de confiança 95%
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IQ25-75%	Intervalo interquartil 25-75%
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
JEC	Junção escamocolunar
LIE	Lesões intra-epiteliais
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OR	Razão de chances
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSE	Programa de Saúde na Escola
PNCCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero
PSF	Programa Saúde da Família

SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
SIScolo	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades básicas de saúde
UICC	União Internacional Contra o Câncer

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	19
1.2	RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	24
1.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA E O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	28
1.4	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	30
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO	32
2.1	CÂNCER	32
2.2	CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	34
2.3	EXAME DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO ...	37
2.4	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	40
2.5	VACINA CONTRA O HPV	42
3	JUSTIFICATIVA	45
3.1	PERGUNTA DE PESQUISA	47
4	OBJETIVOS	48
4.1	OBJETIVO GERAL	48
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
5	MATERIAIS E MÉTODOS	49
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	49
5.2	LOCAL DO ESTUDO	49
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	50
5.3.1	Critérios de inclusão	50
5.3.2	Critérios de exclusão	51
5.4	COLETA DOS DADOS	51
5.5	ANÁLISE DOS DADOS	52
5.6	ASPECTOS ÉTICOS	54
6	RESULTADOS	55
6.1	PRIMEIRA FASE	55
6.2	SEGUNDA FASE	66

6.2.1	Classe 1 - Facilidades percebidas em relação à prevenção do CCU na APS/ESF	67
6.2.2	Classe 2 - Dificuldades percebidas em relação à prevenção do CCU na APS/ESF	68
6.2.3	Classe 3 – Percepções durante o exame de prevenção do câncer do colo do útero (Papanicolau)	70
6.2.4	Classe 4 - Percepções sobre o acesso à informação sobre a prevenção do câncer de colo de útero na família, comunidade, escola e mídias	71
6.2.5	Classe 5 - Conhecimento sobre o HPV e sua relação com o câncer do colo do útero	73
6.2.6	Classe 6 – Demandas para a melhoria da assistência à saúde quanto à prevenção do câncer do colo do útero	74
7	DISCUSSÃO	76
8	PRODUTOS TÉCNICOS	94
8.1	PRODUTO TÉCNICO DE COMUNICAÇÃO	94
8.1.1	Apresentação do produto técnico de comunicação	94
8.1.2	Avanços tecnológicos/grau de novidade produto técnico de comunicação	94
8.1.3	Contextualização produto técnico de comunicação	95
8.1.4	Arquivo digital interativo — Instrumento de educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero	95
8.2	PRODUTO TÉCNICO: RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO	105
8.2.1	Descrição da finalidade do relatório técnico conclusivo	105
8.2.2	Avanços tecnológicos/grau de novidade produto técnico relatório técnico conclusivo	105
8.2.3	Relatório técnico conclusivo — Prevenção do câncer de colo do útero na atenção primária à saúde: desafios e oportunidades para a melhoria do acesso e qualidade do cuidado	106
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130

REFERÊNCIAS	133
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM RELAÇÃO ÀS MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	150
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA A DISCUSSÃO NO GUPO FOCAL	156
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE	157

1 INTRODUÇÃO

1.1 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A palavra câncer é originária do grego karkínos, que significa caranguejo, e foi utilizada pela primeira vez pelo pai da medicina, Hipócrates, que viveu entre 460 e 377 antes de Cristo. Dessa maneira, o câncer é uma doença antiga. A doença foi detectada em múmias egípcias comprovando que o câncer já comprometia o homem há mais de 3.000 anos antes de Cristo. Na atualidade, o câncer é uma nomenclatura dada a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células que tendem a invadir tecidos e órgãos próximos (INCA, 2020).

A proliferação das células pode ser controlada ou não, sendo assim, na proliferação controlada, há um aumento localizado e autolimitado da quantidade de células de tecidos normais que formam o organismo, provocado por estímulos fisiológicos ou patológicos. Nesse processo, as células são normais ou com pequenas alterações na sua função e forma, podendo ser iguais ou diferentes do tecido em que se instalam. Após o término dos estímulos o efeito de crescimento celular é reversível a exemplo da Hiperplasia, Displasia e a Metaplasia (INCA, 2020).

Quando há o crescimento não controlado tem-se uma massa anormal de tecido, com desenvolvimento praticamente autônomo. Esse crescimento persiste de maneira excessiva mesmo após o término dos estímulos que o provocaram. As neoplasias (câncer in situ e câncer invasivo) na prática são chamadas de tumores e correspondem à forma não controlada do crescimento celular (INCA, 2020).

Câncer é a definição dada ao crescimento autônomo maligno e descontrolado de células e tecidos. Tumores são formados com esse crescimento e podem invadir os tecidos vizinhos e produzir novos tumores iguais ao câncer original em partes distantes do corpo, chamado de metástase. À medida que cresce, o câncer destrói os tecidos normais e compete por oxigênio e nutrientes (OPAS, 2016).

No mundo, o câncer é um importante problema de saúde pública, sendo causador de mortes, e, como consequência, é uma condição que impede o aumento da expectativa de vida das pessoas. Corresponde à primeira ou à segunda causa de morte prematura, antes dos 70 anos, na maioria dos países. A repercussão da incidência e da mortalidade por câncer está aumentando com rapidez no cenário mundial (Sung *et al.*, 2021).

Esse aumento é favorecido pelas transições demográficas e epidemiológicas que o mundo está passando. Do ponto de vista demográfico, é observada uma redução nas taxas de mortalidade infantil e nas taxas de fertilidade, conseqüentemente ocorre um aumento na proporção de idosos na população mundial. Do ponto de vista da transição epidemiológica, vem ocorrendo uma substituição gradual da mortalidade por doenças infecciosas pelas mortes associadas às doenças crônicas. As mudanças de comportamento, de ambiente e as estruturais, como também o envelhecimento, têm impacto na mobilidade, na dieta, na recreação e na exposição a poluentes ambientais, o que favorece os índices elevados de incidência e de mortalidade pelo câncer (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

Estimativa mundial retrata que o câncer do colo do útero (CCU) foi o quarto tipo de câncer mais comum em mulheres em todo o mundo. A estimativa aponta 604 mil novos casos, retratando 6,5% de todos os tipos de câncer em mulheres. Esse percentual equivale a um risco estimado de 13,30 casos por 100 mil mulheres, e as taxas de incidência mais elevadas foram estimadas para os países da África (Ferlay *et al.*, 2021).

A estimativa para o triênio de 2023 a 2025 indica que ocorrerão 704 mil novos casos de câncer no Brasil, sendo 483 mil se não contabilizados os casos de câncer de pele não melanoma. Este é considerado o mais incidente, com 220 mil casos novos (31,3%), em seguida se encontram o câncer de mama, com 74 mil casos novos (10,5%), o câncer de próstata, com 72 mil (10,2%), o câncer de cólon e reto, com 46 mil (6,5%), o câncer de pulmão, com 32 mil (4,6%), e o câncer de estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos (INCA, 2022).

A estimativa é que os tipos de cânceres mais comuns nos homens são o de pele não melanoma, com 102 mil (29,9%) casos novos, o de próstata, com 72 mil (21,0%), o de cólon e reto, com 22 mil (6,4%), o de pulmão, com 18 mil (5,3%), o de estômago, com 13 mil (3,9%), e o de cavidade oral, com 11 mil (3,2%). Já nas mulheres, os cânceres mais frequentes serão os cânceres de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%), o de mama, com 74 mil (20,3%), o de cólon e reto, com 24 mil (6,5%), o de colo do útero, com 17 mil (4,7%), o de pulmão, com 15 mil (4,0%), e o de tireoide, com 14 mil (3,9%) casos novos (INCA, 2022).

Quanto à incidência do CCU no Brasil, excluindo os tumores de pele não melanoma, é o terceiro tipo de câncer que mais atinge as mulheres. Foram estimados 17.010 novos casos, para o ano de 2023, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 13,25 casos a cada 100 mil mulheres. Analisando as regiões do país, o CCU

é o segundo mais incidente nas regiões Norte (20,48/100 mil) e Nordeste (17,59/100 mil) e o terceiro na região Centro-Oeste (16,66/100 mil). Na região Sul, (14,55/100 mil) ocupa a quarta posição e, na região Sudeste, a quinta posição (12,93/100 mil) (INCA, 2022).

Em 2020, quanto à taxa de mortalidade por CCU, ajustada pela população mundial, foi de 4,60 óbitos/100 mil mulheres. É possível observar na série histórica das taxas de mortalidade do Brasil e regiões que é na região Norte que são evidenciadas as maiores taxas do país, com nítida tendência de crescimento entre 2000 e 2017 (INCA, 2020).

A taxa padronizada de mortalidade, em 2020, pela população mundial na região Norte foi de 9,52 mortes por 100 mil mulheres, representou a primeira causa de óbito por câncer feminino nessa região. A taxa de mortalidade nas regiões nordeste foi de 5,58/100 mil e, no Centro-Oeste, foi de 5,25/100 mil, o CCU foi a terceira causa. As regiões Sudeste e Sul tiveram as menores taxas (3,38/100 mil e 4,37/100 mil), ficando respectivamente na sexta e na quinta posições (INCA, 2022).

Um órgão do aparelho reprodutor feminino, o útero, está localizado no abdome inferior, atrás da bexiga e na frente do reto e é dividido em corpo e colo. Essa última divisão é a porção inferior do útero e está situado dentro do canal vaginal (Brasil, 2013a).

O colo do útero possui uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice. Essa região é revestida por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco, o epitélio colunar simples. A parte que mantém contato com a vagina, mais externa, é denominada ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas, o epitélio escamoso e estratificado. A junção escamocolunar (JEC), encontra-se entre esses dois epitélios, ela é uma linha que pode estar tanto na ectocérvice como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher. Durante a infância e no período pós-menopausa, geralmente, a JEC localiza-se dentro do canal cervical. No período da menacme, considerada fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC se localiza ao nível do orifício externo ou para fora desse caracterizando a ectopia ou eversão (Brasil, 2013a).

O epitélio colunar, nessa situação, fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil a essas células. Dessa forma, células subcilíndricas, de reserva, bipotenciais, por meio de metaplasia, se transformam em células mais adaptadas (escamosas), originando um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. Mais de 90% das lesões precursoras ou malignas do colo do útero localizam-se na zona de transformação (Brasil, 2013a).

Wild, Weiderpass e Stewart (2020) reafirmam que cerca de 90% desse tipo de câncer acontece numa região chamada zona de transformação, que é a região do colo uterino onde o epitélio colunar foi e/ou está sendo trocado pelo novo epitélio escamoso metaplásico. Nessa região, acontece uma adaptação do epitélio colunar que, geralmente localizado dentro do canal endocervical, ao ser exposto a determinadas condições fisiológicas da mulher, sofre um processo de transformação.

O CCU caracteriza-se pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos vizinhos ou distantes. Existem duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido. O tipo mais incidente é o carcinoma epidermóide, que acomete o epitélio escamoso representando cerca de 80% dos casos. Considerado mais raro, o adenocarcinoma, é o tipo mais raro e acomete o epitélio glandular (Brasil, 2013a).

O CCU, conhecido também como câncer cervical, é proveniente da infecção persistente de alguns tipos do papilomavírus humano (HPV), denominados de tipos oncogênicos (INCA, 2021).

Brasil (2022a) descreve o HPV como um vírus de cadeia ácido desoxirribonucleico (DNA) dupla hélice, não encapsulado, membro da família Papillomaviridae. Ele costuma infectar epitélios escamosos e pode influenciar no surgimento de uma grande variedade de lesões cutaneomucosas. Nos dias atuais, são identificados mais de 200 tipos de HPV, destes, em torno de 40 tipos atingem o trato anogenital. O HPV pode ser transmitido por qualquer tipo de atividade sexual e, excepcionalmente, durante o parto, com a formação de lesões cutaneomucosas em recém-nascidos ou papilomatose recorrente de laringe. A transmissão por fômites é considerada rara.

Uma estimativa do risco geral quanto à exposição a essa infecção é de 15% a 25% a cada parceiro sexual novo e praticamente a totalidade das pessoas sexualmente ativas, em algum momento de suas vidas, adquirirá a infecção. Essas infecções são geralmente assintomáticas, em torno de 1% a 2% dos indivíduos apresentam verrugas anogenitais e 2% a 5% dos indivíduos do sexo feminino mostram alterações no exame preventivo de CCU provocadas por infecção pelo HPV. Em mulheres abaixo dos 30 anos a prevalência é maior. Em mulheres (sobretudo quando adolescentes) a maioria das infecções por HPV tem resolução espontânea, em um período aproximado de até 24 meses (Brasil, 2022a).

De acordo com seu potencial oncogênico e lesões às quais costumam estarem associados, os tipos de HPV que acometem o trato genital estão divididos em dois grupos,

o grupo de baixo risco oncogênico são os tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 e 81. O grupo de alto risco oncogênico incluem os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82. Os tipos 34, 57 e 83 são de risco indeterminado, enquanto 26, 53 e 66 provavelmente são de alto risco oncogênico (Brasil, 2022a).

Os diferentes tipos de HPV estão associados à origem de lesões benignas como papilomas laríngeos e verrugas (HPV não oncogênico ou de baixo risco); a lesões precursoras; e a vários tipos de câncer (HPV oncogênico ou de alto risco), como do colo uterino, e menos frequentemente de pênis, ânus e vagina. Os tipos mais comuns de HPV oncogênicos relacionados com o CCU incluem HPV16 (53%), HPV18 (15%), HPV45 (9%), HPV31 (6%) e HPV33 (3%) (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

Para o desenvolvimento do CCU a infecção por HPV é uma causa necessária. As infecções estão ligadas a 12 tipos considerados oncogênicos, entre eles os HPV 16 e 18, esses possuem risco aumentado de progressão para lesões precursoras que, se não identificadas, confirmadas e tratadas, podem progredir ao longo de vários anos para o câncer. Para fomentar a progressão da doença existem cofatores que podem estar associados, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras condições imunossupressoras, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais e multiparidade (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

A infecção do HPV pode ser múltipla, ou seja, um determinado tipo viral não impede a infecção por outros tipos de HPV. Os tipos virais que provocam verrugas genitais são quase sempre distintos dos que provocam câncer. Aproximadamente 20 anos, é o tempo médio entre a infecção pelo HPV de alto risco e o desenvolvimento do câncer cervical, de acordo com o tipo do vírus, sua capacidade de persistência, sua carga viral e o estado imunológico do hospedeiro (Brasil, 2022a).

Existem fatores predisponentes como deficiências imunológicas, incluindo aquelas causadas pela infecção pelo HIV, tabagismo, cânceres, desnutrição e drogas imunossupressoras. A infecção pelo HPV não produz qualquer manifestação na maioria dos indivíduos. O tempo de latência varia de meses a anos e, quando presentes, as manifestações podem ser assintomáticas (Brasil, 2022a).

O CCU é um dos pouquíssimos tipos de câncer cujo estágio precursor (lesão de alto grau) prolonga por vários anos antes de converter em câncer invasivo. Esse fato oferta uma grande oportunidade para a detecção e o tratamento dessas mulheres. Embora a prevenção seja acessível, muitas mulheres ainda morrem de CCU em muitos países. São vários os motivos que justificam essa ocorrência como a falta de acesso à serviços de

prevenção e tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno, devido a diversos fatores, como entraves que limitam o acesso aos serviços (por exemplo distância, falta de transporte, horário de atendimento), além de barreiras de gênero e culturais. Na maioria dos casos a principal causa de mortes de mulheres por esse tipo de câncer é a pobreza (OPAS, 2016).

No início, a doença costuma ser assintomática podendo evoluir para episódios discretos de sangramento em mulheres em idade fértil ou pós-menopausa, sinusorragia que é caracterizado pelo sangramento após a relação sexual, como também o aumento do corrimento vaginal associado ou não com odor fétido. Com a progressão da doença há a piora dos sintomas citados que podem estar associados ao desconforto vaginal, lombalgia, perda de peso, dor na região pélvica, fadiga, inapetência, algia e edema em um membro inferior ou em ambos. Ao longo do avanço da doença podem surgir outros sintomas mais graves a depender de quais órgãos a doença afeta (OPAS, 2021).

1.2 RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O CCU, nos dias atuais, é considerado suscetível à erradicação, através do rastreamento, tratamento das lesões precursoras e da vacinação contra os tipos de HPV oncogênicos mais prevalentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como proposta uma estratégia global para acelerar a eliminação do CCU como problema de saúde pública. Sendo assim ela propõe as seguintes metas, que devem ser alcançadas até 2030: 90% das meninas com esquema vacinal completo contra HPV aos 15 anos; 70% das mulheres encaminhadas a um teste de rastreamento de alto desempenho aos 35 e aos 45 anos; e 90% das mulheres constatada com lesões precursoras e câncer recebendo tratamento (WHO, 2020).

A OMS afirma que as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de mulheres com sinais e/ou sintomas da patologia) e o rastreamento (aplicação de um exame ou teste numa população sem sintomas, considerada saudável, com o propósito de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento). O teste para rastreamento deve ser relativamente barato e de fácil aceitação pela população, seguro, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, bem como relação custo-efetividade favorável (WHO, 2007).

O rastreamento do CCU baseia-se na história natural da doença, ao reconhecer que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras que podem ser identificadas e

tratadas de maneira adequada, impedindo a progressão da doença. O método mais comum e amplamente realizado mundialmente para rastreamento do CCU é o teste de Papanicolaou, também conhecido como exame citopatológico do colo do útero (WHO, 2007).

A preocupação em relação ao controle do CCU, no Brasil, teve seu ponto de início em meados de 1940 através da iniciativa de alguns profissionais que trouxeram para o país possibilidades de rastreamento desse tipo de tumor, como a citologia e a colposcopia. O então presidente Juscelino Kubitschek, a partir de 1956, incentivou a construção de um centro de pesquisa, hoje integrado ao Instituto Nacional do Câncer, para atender casos de câncer de mama e de colo uterino (INCA, 2016).

Ao implantar programas de rastreamento há a possibilidade de detectar e tratar as lesões precursoras prevenindo a ocorrência do câncer. O rastreamento pode ser caracterizado de duas maneiras, o oportunístico e o organizado, associado assim à aplicação sistemática de um exame específico. O oportunístico está associado aos atendimentos realizados conforme solicitação da própria mulher ou ofertados às mulheres que estão presentes na unidade de saúde, buscando ou utilizando outros serviços, sem controle das diversas etapas do processo e monitoramento. Já o organizado possui uma população-alvo definida em que é implementado um conjunto de estratégias para garantir efetividade e qualidade do rastreio. Ao serem convocadas e acompanhadas sistematicamente, são garantidas às estas mulheres a investigação diagnóstica e tratamento oportuno e adequado dos casos confirmados. Estudos indicam que o rastreamento organizado tem um impacto relevante no controle do CCU, reduz as barreiras de acesso, além de ser mais custo-efetivo, devido redução de exames desnecessários e do excesso de tratamento (WHO, 2004).

No ano de 2017, uma revisão realizada mostra que nos países de baixa e média renda, verificou-se uma média de 68,7% de cobertura de exame citopatológico. Essa proporção fica próxima a 80% no Brasil. Como destaque para menores coberturas mulheres menos escolarizadas, da cor de pele negra, com idade mais avançada e das regiões Norte e Nordeste do Brasil (Vieira *et al.*, 2020).

Vieira *et al.* (2020) descreve que apesar desses dados é sabido que no ano de 2020 a pandemia de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) atingiu a oferta de serviços de saúde, com diminuição dos recursos financeiros, interrompendo programas de saúde, bem como o acesso dos usuários aos serviços, com redução de horários e profissionais. Além desses fatores, as medidas de distanciamento social restringiram o

acesso a cuidados preventivos. Sendo assim, devido à pandemia do COVID-19 as desigualdades de acesso aos serviços de saúde que já existentes passaram por uma exacerbação aguda principalmente em países de baixa e média renda como exemplo do Brasil. O contexto da pandemia afetou, em curto prazo, a cobertura de exames preventivos de CCU, havendo, no Brasil no ano de 2020, uma redução de 44,6% na realização de exames citopatológicos.

Essa interrupção da detecção de CCU devido à pandemia da COVID-19 pode fomentar consequências no futuro, como já revelam alguns estudos, estes preveem aumentos de casos de câncer cervical para o ano de 2027. Os prejuízos desse atraso em países de baixa e média renda podem ser mais severos, pois a prevalência de rastreamento já é menor e a incidência de casos de câncer em estágio avançado é maior. A partir desses dados, verificar a tendência da cobertura do rastreamento de CCU e suas iniquidades é de fundamental importância para apoiar os serviços de saúde na reestruturação dos programas de triagem, com novas estratégias para diminuir a repercussão gerada pela pandemia da COVID-19 (Vieira *et al.*, 2020).

O diagnóstico precoce potencializa e oportuniza a prevenção e cura do CCU. O exame de Papanicolau (exame citopatológico) consiste em um método mais utilizado no Brasil e efetivo para rastreamento da doença e de suas lesões precursoras. O exame tem o objetivo de detectar e classificar alterações sugestivas de CCU. Dessa forma, pode direcionar as demais ações para elucidação diagnóstica e encaminhamento para possível intervenção imediata (INCA, 2012).

O método de rastreamento do CCU e das lesões que o antecedem é o exame citopatológico. Os dois primeiros exames devem ser realizados anualmente, se ambos os resultados forem negativos, os próximos exames devem ser realizados a cada três anos. A realização da primeira coleta deve aos 25 anos de idade, para as mulheres que têm ou que já tiveram relação sexual. Antes dos 25 anos, o rastreamento deve ser evitado. O exame deve ter sua periodicidade até os 64 anos para as mulheres sem prévio histórico de doença neoplásica pré-invasiva, podendo ser interrompido quando essas mulheres tiverem realizado pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (INCA, 2016).

Mulheres com mais 64 anos que nunca realizaram o exame citopatológico, devem realizar dois exames com intervalo de um a três anos entre eles, caso ambos os resultados forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (INCA, 2016).

Quanto ao público alvo do rastreamento, a faixa etária preconizada de 25 a 64 anos de idade é justificada devido casos raros de diagnóstico de carcinoma in situ em mulheres com idade inferior a 25 anos e superior a 64 anos. Quanto à periodicidade da realização do exame de colpocitologia oncótica, desde 1988, o Ministério da Saúde preconizou a recomendação da Organização Mundial de Saúde. Essa orientação foi baseada na avaliação de vários programas de rastreamento, realizada por especialistas da União Internacional Contra o Câncer (UICC), os quais chegaram à conclusão que programas de rastreamento anual não apresentam vantagens significativas em relação a programas que realizam rastreamento com intervalo trianual (INCA, 2016).

Para o alcance dos benefícios desse exame quanto à prevenção do CCU é fundamental que todos os passos dos procedimentos a ele relacionados sejam cumpridos. As etapas dos processos que envolvem a prevenção desse tipo de câncer são fundamentais desde a coleta até os resultados e encaminhamentos. A gestão da qualidade e eficiência desse método deve obedecer a um controle rígido do laboratório, treinamento contínuo dos profissionais e sistema de comunicação do resultado visando o impacto positivo esperado (Melo *et al.*, 2012).

A coleta do exame citopatológico é um procedimento simples consistindo na raspagem do colo do útero para uma amostra do material celular que será analisado ao microscópio posteriormente em laboratório. No início do exame, com a mulher em posição ginecológica, é inserido um instrumento denominado espéculo no introito vaginal, o profissional de saúde capacitado faz a inspeção do interior da vagina e do colo do útero. Em seguida, o profissional coleta a amostra da ectocérvice com um giro no orifício do colo do útero com a espátula de Ayres e com um giro com a escova endocervical coleta amostras da endocérvice, superfície interna. As células colhidas são fixadas numa lâmina para estudo ao microscópio em laboratório (Santana, 2016).

Falcão (2022) reforça que estudos apontam a associação entre o CCU e o baixo nível socioeconômico em todas as regiões do mundo. Os grupos mais vulneráveis a essa doença estão onde existem barreiras de acesso às redes de serviços de saúde, para diagnóstico e tratamento da doença e de suas lesões precursoras, provenientes das dificuldades geográficas e econômicas, insuficiência de serviços e por questões culturais, como medo, preconceito, desconsideração de sintomas importantes.

Somadas às questões descritas anteriormente também está o desconhecimento sobre a prevenção do CCU, em que os profissionais de saúde têm papel essencial na prevenção desse câncer, tanto na prevenção primária, através do planejamento,

imunização contra o HPV, supervisão dos programas, como na prevenção secundária com a realização do exame Papanicolau contribuindo com o diagnóstico precoce. Faz-se necessário facilitar o acesso das mulheres às informações, ao exame preventivo, bem como o entendimento de seus benefícios e o enfrentamento dos resultados. Dessa forma é possível impedir que o medo e a ansiedade inviabilizem o cuidado com o próprio corpo e mostrar que a prevenção é a melhor arma para a redução da morbimortalidade por câncer cervical (Falcão, 2022).

1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O CÂNCER DE COLO UTERINO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo considerado o primeiro nível de atenção na Rede de Atenção à Saúde, cada vez mais é enfatizada devido sua atribuição de reunir um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões individual e coletiva, através de ações de trabalho em equipe, gerenciais e sanitárias participativas e democráticas, responsabilização sanitária e base territorial (INCA 2016).

As três essenciais funções da APS são a resolução da maioria dos problemas de saúde da população, organização dos fluxos e contrafluxos dos indivíduos pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde, e responsabilização pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam. Dessa forma, a função da APS é desenvolver ações para a prevenção do CCU por meio de ações de educação em saúde, detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento e vacinação de grupos indicados (INCA, 2016).

Algumas iniciativas governamentais têm sido desenvolvidas para a prevenção do câncer desde a década de 80. Em 1984 foi iniciado o desenvolvimento de políticas de controle do CCU no Brasil. Neste ano, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa incluiria várias ações relacionadas ao controle e tratamento do câncer de mama, coleta de material para exame citopatológico como rotina na consulta ginecológica, além de várias outras ações relacionadas à saúde da mulher. O PAISM tinha como um de seus focos a integração entre os diferentes níveis de complexidade da assistência, e que os serviços de saúde, alcançasse o atendimento da mulher de forma integral. Essas ações desses serviços estariam voltadas não só para a sexualidade e anticoncepção, mas também para o auxílio

quanto à gestação, queixas ginecológicas e para as atividades preventivas do CCU (Brasil, 2004).

Implementado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), buscou a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, disseminando a atenção primária como porta de entrada promovendo a saúde principalmente com a prevenção do câncer. Em 2006, esse programa foi denominado Estratégia Saúde da Família, por ser permanente e contínuo, com o objetivo de expandir e consolidar as ações da atenção básica (Tiensoli, 2021).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui fundamental importância no papel da ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, pois realiza busca ativa dessas mulheres impactando positivamente na diminuição da morbimortalidade pelo CCU. A Atenção Básica tem como atribuição, a prestação do cuidado integral e conduz ações de promoção à saúde, rastreamento e detecção precoce, como também acompanham o seguimento terapêutico das mulheres nos outros níveis de atenção, quando se deparam com resultado de citopatológico de colo do útero alterado (Brasil, 2016).

O exame de Papanicolau é disponibilizado na rede de atenção primária. A APS tem como um de seus programas prioritários o de controle do CCU. Portanto é atribuição tanto do enfermeiro quanto do médico que atua na equipe de APS, realizar consulta ginecológica e coleta do exame citopatológico do colo do útero, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária, levando em consideração o que é preconizado pelo MS (Brasil, 2013b).

Na atenção básica ocorrem as ações de promoção à saúde, pois está mais próxima do cotidiano das usuárias acompanhando as mesmas ao longo de sua vida. A educação em saúde deve estar presente no processo de trabalho das equipes, nos momentos coletivos, como grupos, atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE) ou em quaisquer outras abordagens grupais da equipe ou em momentos individuais de consulta. A disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer, são fundamentais (Brasil, 2013b).

O rastreamento é considerado uma tecnologia do nível da atenção primária, e os profissionais que atuam nesse nível de atenção devem conhecer o método, sua periodicidade, idade recomendada, devendo saber orientar e encaminhar as mulheres para tratamento de acordo com os resultados dos exames e garantir sua continuidade (INCA 2016).

Albuquerque *et al.* (2016) citam alguns fatores que inibem as mulheres a realizar o exame de prevenção do CCU como a falta de conhecimento acerca do exame, a má compreensão dos benefícios do mesmo para prevenir o câncer cervical, dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde, falta de tempo, a ausência de sinais e sintomas, sentimentos de constrangimento, vergonha o medo da dor e a incapacidade para agendar o exame.

A vacinação contra o HPV é um dos grandes aliados para o controle desse tipo de câncer, atuando na prevenção primária, ou seja, evita a infecção pelo vírus HPV. Apesar disso, mesmo as mulheres vacinadas, quando atingirem a faixa etária recomendada para o rastreamento, devem realizar o exame Papanicolau, pois a vacina oferece proteção contra os principais tipos de vírus oncogênicos, mas não contra todos. A vacina está disponível no SUS para pré-adolescentes de ambos os sexos (INCA, 2021).

1.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) traz várias atribuições do enfermeiro entre elas a realização da atenção à saúde às pessoas e famílias vinculadas às equipes. Faz a consulta de Enfermagem, procedimentos, solicita exames complementares seguindo diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão (PNAB, 2017).

O enfermeiro realiza e/ou supervisiona o acolhimento ofertando uma escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos. Promove atividades em grupo e encaminha, quando necessário, os usuários para outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local (PNAB, 2017).

Os enfermeiros realizam atividades técnicas específicas de sua competência, elas sendo educativas e administrativas e por meio do vínculo com as usuárias esse profissional concentra esforços para reduzir os mitos, os tabus e preconceitos. Realiza uma contínua busca para convencer a clientela feminina sobre os benefícios da prevenção. Para o planejamento de estratégias e execução das atividades são consideradas e respeitadas as peculiaridades regionais, podendo envolver as lideranças comunitárias, profissionais da saúde, meios de comunicação e movimentos de mulheres (Melo *et al.*, 2012).

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 381/2011, no âmbito da equipe de Enfermagem, a coleta de material pelo método de Papanicolau é privativa do Enfermeiro observadas às disposições legais da profissão por se tratar de um procedimento complexo, que demanda competência científica e técnica em sua execução. O profissional Enfermeiro deverá possuir conhecimentos, habilidades e competências que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Deve também estar atento quanto à capacitação contínua necessária para a realização do exame (COFEN, 2011).

Albuquerque *et al.* (2016) refere que a prática do enfermeiro na prevenção do CCU é de extrema relevância, pois este profissional tem a prática em desenvolver atividades voltadas para a orientação, educação, rastreio, na identificação de populações de alto risco e detecção precoce. Na educação em saúde, esse profissional de saúde possui a habilidade de captar quais as estratégias de aprendizagem devem ser utilizadas baseadas no perfil de determinada comunidade objetivando a busca do serviço de saúde pelas usuárias principalmente das assintomáticas.

Todos os membros da ESF devem elaborar e praticar atividades educativas devido à manutenção do contato que as usuárias têm com a equipe multiprofissional dentro da atenção primária. Os integrantes dessa equipe devem conhecer de maneira ampla a realidade do território, o perfil social e reprodutivo das mulheres, sendo favorável a elaboração de planos para atingir diretamente a real situação delas. Quando essas ações de prevenção à saúde são realizadas por toda a equipe evita a sobrecarga para os profissionais. Para que ocorra êxito nas ações do enfermeiro é necessário um número suficiente de profissionais capacitados para realizar os exames, como também um diagnóstico correto e um tratamento conforme indicação das diretrizes, somados a isso a existência de um sistema de referência e contrarreferência efetivo nos diferentes níveis de atenção à saúde (Melo *et al.*, 2012).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CÂNCER

O câncer é uma proliferação anormal das células, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e dirigem-se à autonomia e à perpetuação, com resultados agressivos na saúde humana. As neoplasias podem ser consideradas benignas ou malignas, as benignas ou os tumores benignos mostram seu crescimento de maneira organizada, na maioria das vezes crescimento lento e expansivo, apresentando limites bem nítidos. Não invadem os tecidos vizinhos, mas podem comprimir os tecidos adjacentes e os órgãos. Como exemplos desses tumores benignos estão o lipoma (que tem origem no tecido gorduroso), o adenoma (tumor benigno das glândulas) e o mioma (que tem origem no tecido muscular liso). As neoplasias malignas, também denominadas de tumores malignos apresentam um maior grau de autonomia e tem a capacidade de invadir tecidos vizinhos provocando metástases, além disso, pode ser resistente ao tratamento e causar o óbito do hospedeiro (INCA, 2020).

Uma célula normal pode passar por uma mutação genética onde a mesma sofre mudanças no DNA dos genes. As células em que o material genético foi modificado passam a receber instruções erradas para executar suas atividades. Independente de exposições à agentes carcinógenos ou cancerígenos, as células passam por processos de mutação de forma espontânea, que não alteram seu desenvolvimento normal. Podem ocorrer alterações em genes especiais, chamados de proto-oncogenes, que, a princípio, são inativos em células normais. Quando esses proto-oncogenes são ativados transformam-se em oncogenes, causador da malignização ou cancerização das células normais. Dessa maneira essas células diferentes são chamadas de cancerosas (INCA, 2020).

Carcinogênese ou oncogênese é o processo de formação do câncer, este ocorre acontece lentamente e pode levar alguns anos para que uma célula cancerosa prolifere e origine um tumor visível (INCA, 2020). Os efeitos cumulativos de distintos agentes carcinógenos ou cancerígenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor. A carcinogênese é determinada pela exposição a esses diferentes agentes, em dado período de tempo, em uma dada frequência e pela interação entre eles. Com isso, devem ser consideradas as características individuais, que dificultam ou facilitam a instalação do dano celular. Esse processo é contemplado por três estágios, o

estágio de iniciação, em que os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos, estágio de promoção em que os agentes oncopromotores interferem na célula já alterada e por fim o estágio de progressão, em que ocorre a multiplicação irreversível e descontrolada da célula (INCA, 2020).

Observa-se que nos países com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o impacto nos índices de incidência e mortalidade por câncer através das ações para combate dessa doença pela via de intervenções eficazes para prevenção, detecção precoce e tratamento. Já nos países em transição, esses índices seguem crescendo, ou, no máximo, permanecendo estáveis. Nos países de baixo e médio desenvolvimento o desafio é utilizar melhor os recursos e os esforços para aumentar a efetividade do controle do câncer (INCA, 2022).

No ano de 2020, o impacto do câncer no mundo baseado nas estimativas do Global Cancer Observatory (GLOBOCAN), elaboradas pela International Agency for Research on Cancer (IARC), indica que houve 19,3 milhões de novos casos de câncer no mundo (18,1 milhões, se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma). Estima-se que uma em cada cinco pessoas terá câncer durante sua vida (Ferlay *et al.*, 2021; Sung *et al.*, 2021).

Estima-se que 60% do total de casos novos de câncer estão associados aos dez principais tipos de câncer. O câncer de mama em mulheres é o mais incidente no mundo, com 2,3 milhões (11,7%) de casos novos, em seguida está o câncer de pulmão contabilizando 2,2 milhões (11,4%); seguido do câncer de cólon e reto, com 1,9 milhão (10,0%); câncer de próstata, com 1,4 milhão (7,3%); e câncer pele não melanoma, com 1,2 milhão (6,2%) de casos novos (INCA, 2022).

A distribuição dos casos de câncer no Brasil por regiões aponta da incidência por região que as regiões sudeste e sul concentram uma média de 70% da incidência, enfatizando que na região sudeste está a metade dos casos. Há grande alternância na magnitude e nos tipos de câncer entre as várias regiões brasileiras. As regiões centro-oeste, sudeste e sul têm os maiores IDH, enquanto as regiões norte e nordeste, os menores. Nos homens o câncer de próstata, predomina em todas as regiões do país, mas, para as regiões de maior IDH, os cânceres de reto e cólon ocupam a segunda ou a terceira posição. Já nas regiões de menor IDH, o câncer de estômago é o segundo ou o terceiro mais predominante. Nas mulheres, o câncer de mama é o mais frequente e, nas regiões com maior IDH, os cânceres de cólon e reto são o segundo ou terceiro mais incidente e nas regiões de menor IDH, o CCU encontra-se em segundo lugar (INCA, 2022).

Existem mais de 100 tipos diferentes de câncer, cada um possui características, biológicas e clínicas, diversas que devem ser entendidas e estudadas para que propicie um diagnóstico, tratamento e um seguimento adequados. Os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos sólidos sobre essa patologia para que possa cuidar, informar e encaminhar corretamente seus pacientes. Como problema de saúde pública que atinge toda a população e face à sua gravidade todos os profissionais de saúde, em maior ou menor grau, são responsáveis pelo sucesso das ações de controle do câncer no mundo (INCA, 2020).

2.2 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O CCU é proveniente de uma alteração celular que é iniciada no epitélio do colo do útero manifestando através de lesões precursoras de evolução progressiva e lenta. O risco de CCU tem sido associado a vários fatores em especial à infecção persistente pelos tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano, dentre os principais estão os tipos 16 e 18, comprovado por estudos como a causa principal da doença (IARC, 2005).

O Papilomavírus Humano é um vírus não envelopado que possui DNA dupla hélice e pertence a família *papillomaviridae*. O DNA viral pode ser dividido em três regiões dentre elas uma região regulatória (“*long control region*”), uma região precoce (*early*, E1 a E8) e uma região tardia (*late*, L1 e L2). Os genes L sintetizam proteínas do capsídeo viral e os genes E sintetizam proteínas que exercem o controle defunções reguladoras da atividade celular (Schoell *et al.*, 1999).

O DNA-vírus, Papilomavírus Humano pode se instalar em mucosas ou na pele de mulheres e homens e, a partir disso, pode induzir uma grande variedade de lesões proliferativas na região anogenital. A infecção por HPV, nos dias atuais, é a infecção sexualmente transmissível (IST) comum sendo a principal infecção viral disseminada por relações sexuais (Finnen *et al.*, 2003).

Quando se trata de CCU, o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença está relacionado à infecção provocada pelo vírus Papilomavírus humano. Existem alguns subtipos desse vírus associados às doenças neoplásicas e seus precursores e são classificados em baixo risco os de números 6, 11, 42, 43 e 44. Esses estão relacionados às infecções benignas do trato genital, a exemplo o condiloma acuminado ou plano e lesões intra-epiteliais (LIE) de baixo grau. Estão presentes na grande parte das infecções clinicamente aparentes, verrugas visíveis na genitália que também podem aparecer no

colo uterino, na vulva, no pênis, na vagina, na uretra, no ânus e no escroto. Os que representam alto risco são os vírus de numeração 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59 e 68. Esses tipos têm uma alta correlação com as lesões intra-epiteliais de alto grau e carcinomas da vulva, do colo uterino, do ânus e raramente do pênis (INCA, 2008).

Pode-se dizer que nos homens e nas mulheres, a infecção pelo HPV é apresentada de três formas, a latente, a subclínica e a clínica. A apresentação latente é descrita quando os indivíduos infectados pelo vírus HPV não desenvolvem nenhuma lesão. Essa apresentação pode perdurar durante toda a vida, e alguns indivíduos podem, após alguns anos, vir a apresentar a patologia com o surgimento de alterações celulares do colo do útero ou condilomas. Essa situação não há manifestação citológica, histológica ou clínica, geralmente a infecção é diagnosticada por meio de exames de biologia molecular como a detecção do DNA viral (Brasil, 2015).

Na apresentação subclínica, a lesão subclínica ocorre quando as microlesões pelo HPV são diagnosticadas por meio de exame citológico e /ou colposcopia com ou sem biópsia. A lesão intraepitelial escamosa de baixo ou alto risco são as mais encontradas com frequência. Os tipos de HPV oncogênicos podem ocasionar lesões precursoras do carcinoma escamoso do colo uterino, divididas em: (I) lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (neoplasia intraepitelial cervical – NIC – grau I ou displasia leve) e (II) lesão intraepitelial escamosa de alto grau (NIC grau II, NIC grau III, displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ). Outros epitélios podem sofrer a ação oncogênica do vírus, resultando em neoplasia intraepitelial vaginal, perineal, vulvar, anal e peniana (Brasil, 2015).

A apresentação clínica denominada lesão macroscópica, tem como forma mais comum de apresentação o condiloma acuminado ou verruga genital. Sua manifestação se dá pela presença de lesões exofíticas, de superfície granulosa, únicas ou múltiplas, restritas ou disseminadas, eritematosas, da cor da pele, ou hiperpigmentadas e de tamanho variável. As lesões maiores são semelhantes à “couve-flor” e as de tamanho menor possui aparência de placa ou pápula, além disso também podem ter aspecto filiforme, essas geralmente são resultantes de infecção por HPV de tipos não oncogênicos. A depender da localização anatômica e do tamanho e podem ser friáveis, pruriginosas e/ou dolorosas. No sexo masculino, as lesões localizam-se no sulco bálano-prepucial, região perianal e na glândula. No sexo feminino, as lesões localizam-se no períneo, vulva, vagina, colo e região perianal. Com menos frequência, podem estar

localizados em áreas extragenitais, como mucosa nasal, oral, laríngea e conjuntivas (Brasil, 2015).

Existem alguns fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de infecção pelo Papilomavírus Humano tais como a multiplicidade de parceiros sexuais, início das atividades sexuais precocemente, tabagismo, repetidas infecções genitais (INCA, 2008).

Uma média de 630 milhões de homens e mulheres no mundo (1:10 pessoas) estão infectadas pelo HPV. No Brasil, é estimado que tenha aproximadamente de 9 a 10 milhões de infectados pelo vírus HPV, e que, a cada ano, surjam 700 mil casos novos da infecção. Em torno de 105 milhões de pessoas no mundo são positivas para o HPV de números 16 ou 18. Além disso, é considerada a mais frequente IST no homem e na mulher. A maioria dos indivíduos ao longo de sua vida serão, provavelmente, infectados por pelo menos um dos vários tipos do vírus HPV (Brasil, 2022b).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) no mundo, ocorrem 266.000 óbitos de mulheres, anualmente, por CCU. Na África oriental e central essa é a principal causa de óbito por câncer. Grande parte desses óbitos podem ser evitados pelo acesso universal a programas integrais de controle e prevenção do CCU, os quais podem alcançar as meninas com a vacinação contra o HPV e o público feminino em risco com o rastreamento e o tratamento das lesões precursoras. A causa do CCU em quase todos os casos está relacionada a uma infecção persistente e duradoura por um ou mais tipos de HPV oncogênicos. A evolução natural da infecção por HPV tem uma progressão muito lenta em mulheres sem comprometimento do sistema imunológico. Entre 10 a 20 anos é o intervalo entre as lesões precursoras e o câncer tempo suficiente para ofertar grande chance de rastrear, detectar e tratar as lesões de alto grau e evitar sua evolução até o câncer. Em mulheres imunocomprometidas o avanço entre as lesões precursoras e o câncer é mais rápido e frequente (OPAS, 2016).

Para que o controle do CCU seja concretizado, a OMS reforça a necessidade de reestruturar o sistema de saúde incluindo atividades que envolvem os diferentes níveis de atenção à saúde com abordagem integral e com intervenções programáticas envolvendo a prevenção primária, secundária, terciária e cuidados paliativos. A prevenção primária influencia na redução dos riscos da infecção por HPV através de ações de vacinação e educação em saúde. A prevenção secundária tem o objetivo de reduzir a incidência e a prevalência da doença, mediante a interrupção do avanço da lesão precursora, propiciada por meio do rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento das lesões precursoras. A prevenção terciária tem o objetivo de reduzir o índice de mortalidade do CCU através do

tratamento do câncer invasivo. A oferta dos cuidados paliativos, em parceria com a atenção primária, visa o controle dos sintomas da doença proporcionando uma prestação de serviço adequada mesmo quando o quadro da doença não tem reversão (OPAS, 2016).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que, no ano de 2023, ocorreram 660 casos de CCU no Estado do Goiás, uma taxa bruta de 17,74% de casos a cada 100.000 mulheres (INCA, 2022).

Quando há o diagnóstico positivo para esse faz-se necessário a avaliação e orientações por um profissional especializado. Os tratamentos mais comuns utilizados no tratamento da doença estão a radioterapia, quimioterapia e a cirurgia, estes podendo ser associados ou não. O tratamento é realizado levando em consideração o estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores individuais (INCA, 2016).

2.3 EXAME DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Desde 1941, ano em que o médico grego George Nicholas Papanicolaou apresentou o exame que leva o seu nome, o CCU é conhecido como uma patologia evitável. Apesar disso, nos dias atuais, permanece sendo um grande problema de saúde pública que atinge mais de um milhão de mulheres no mundo. A iniquidade social existente no contexto desse tipo câncer é alarmante, pois o mesmo acomete na maioria dos casos mulheres que vivem em países de baixa e média renda (Claro, 2021).

Apesar de o Brasil ter sido um dos primeiros países no mundo a iniciar a realização do exame Papanicolau para o diagnóstico do CCU, as ações voltadas à detecção precoce desse tipo de tumor foram caracterizadas por estratégias isoladas e programas pontuais até meados dos anos 1990. Não existia uma organização das ações por níveis de atenção à saúde, ou mesmo serviços de saúde ou uma rede de instituições que proporcionasse um planejamento integrado para o rastreamento desse tipo de câncer no país (INCA, 2018).

Em 1997, foi criado o Viva Mulher, então conhecido Programa Nacional de Controle do CCU (PNCCCU). Foi uma estratégia do Ministério da Saúde que objetivava diminuir a morbimortalidade por CCU. Durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada na China, em 1995, foi assumido esse compromisso pelo governo brasileiro. Ao longo dos anos seguintes foi desenvolvido, pelo INCA, um projeto-piloto, com foco na oferta do exame de citologia oncótica, também conhecido como exame Papanicolau. Para a

execução desse projeto foram selecionadas, inicialmente, cinco cidades. Cada cidade escolhida possuía uma população de 100 mil mulheres com idades entre 35 a 49 anos (INCA, 2018).

Foram examinadas, no primeiro semestre de 1997, mulheres em Recife (Pernambuco), Distrito Federal, Belém (Pará), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro) e Curitiba (Paraná). No ano seguinte, 1998, foi incluído todo o Estado de Sergipe. Ao longo da execução do projeto-piloto foram realizadas adequações em procedimentos bem como incorporações de novas tecnologias para rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer cervical, como o método de cirurgia de alta frequência. Esse projeto ofertava o acesso ao tratamento logo após a visualização do colo do útero, por meio da colposcopia seguindo o método ver e tratar (INCA, 2018).

Em 1998 iniciou-se a primeira fase de intensificação do Viva Mulher, com enfoque na estruturação da rede assistencial (ampliação da coleta do material); melhoria da logística de transporte de lâminas para os laboratórios; ampliação e qualificação da rede laboratorial para o exame citopatológico e para o tratamento ambulatorial; articulação das redes de atenção à saúde regionais para o tratamento em nível terciário e aumento da assistência em locais de difícil acesso; criação de um sistema de informações para o monitoramento das ações (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SIScolo); criação de mecanismos de busca ativa para captar mulheres para o controle desse tipo de câncer, sensibilizando as mesmas para o exame além de definir competências nos três níveis de governo (INCA, 2018).

A fase de consolidação do Programa ocorreu entre 1999 e 2000 sendo possível definir diretrizes gerais para que as ações fossem incorporadas pelos profissionais de saúde e pelos gestores do SUS. Foi reconhecida a necessidade de articular e integrar uma rede nacional para controle do câncer do cervical identificando os desafios que implicavam uma estratégia de tal magnitude. O INCA e o MS, em 2002, organizaram a segunda fase de intensificação do Programa, com o interesse de ampliar a cobertura das ações de rastreamento do CCU em todo o Brasil buscando captar mulheres nas idades com maior risco de apresentar lesões precursoras desse tipo de câncer. Esse projeto incluía treinamentos de profissionais da saúde por todos os Estados brasileiros, criação de materiais para as capacitações, e estabelecimento de convênios pelas coordenações estaduais para a realização das ações. Com o passar dos anos a nomenclatura Viva Mulher deixou de ser utilizada e o Programa passou a ser denominado de PNCCCU e de

Mama e, logo em seguida, Ações de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (INCA, 2018)

O programa Viva Mulher, apesar do gradual desuso de seu nome, deixou grande contribuição na saúde pública brasileira, com efeitos significativos na política atual de controle do CCU. Fortaleceu a ideia do trabalho em rede, ampliou a necessidade do exame citopatológico na rotina das mulheres brasileiras, atuou na intensa capacitação dos profissionais de saúde e expandiu a visibilidade do CCU na sociedade (INCA, 2018).

As ações de controle do CCU têm por objetivo submeter o maior número possível de mulheres do público-alvo ao rastreamento e assegurar o apropriado seguimento para todas, caso tenham resultado alterado. É de extrema relevância que o rastreamento esteja em conjunto ao tratamento porque caso não tenha esse acompanhamento não haverá uma ação preventiva real (OPAS, 2016).

A colpocitologia oncótica, preventivo ou exame de Papanicolau identifica as lesões oncogênicas provenientes da infecção pelo HPV no colo do útero. O exame deve ser realizado, preferencialmente, por mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que já tiveram ou têm atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de 12 meses (um ano) e, se os resultados estiverem dentro da normalidade, o exame deverá ser realizado a cada três anos, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, com exceção das mulheres que vivem com HIV/síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), que devem realizar anualmente, mesmo com resultados sem alterações. O exame é considerado seguro causando pouco ou nenhum incômodo, além de ser realizado em poucos minutos (Brasil, 2015).

Os casos de CCU têm maior incidência na faixa etária de 20 a 29 anos, e aos 35 anos tem seu risco ampliado de forma rápida e atinge seu pico de maior incidência entre 45 e 49 anos. Estudos comprovam que a realização do exame por uma mulher em espaços curtos de tempo, pouco contribui para a prevenção da doença, e sim favorece o aumento dos custos bem como dificulta o acesso de outras mulheres, principalmente as de grupos vulneráveis (Ribeiro; Santos; Teixeira, 2011).

Faz-se necessário conhecer os motivos que influenciam a não adesão ao exame Papanicolau para que seja possível compreender os comportamentos preventivos dessas mulheres. Analisar tais fatores é o primeiro passo para criar estratégias e subsídios que possam interferir de maneira eficaz e adequada às necessidades da população feminina, ofertando uma melhor assistência de saúde. A partir disso, observa-se a fundamental importância dessas mulheres apropriarem-se de conhecimentos sobre o exame

preventivo do CCU para adquirir atitudes e práticas necessárias para realizá-lo, sendo factível o rastreio e o controlar efetivo do CCU (Garcia *et al.*,2021).

2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ao longo dos últimos anos, o debate político da saúde tem dado destaque e foco à APS como um espaço privilegiado para a prática da organização da atenção à saúde. Além disso, questões relacionadas ao acesso, à adequação dos processos de trabalho, à estrutura e disponibilidades de insumos e equipamentos e à resolutividade dos processos assistenciais da APS são muito importantes para a execução do seu papel, na conformação dos sistemas de saúde e sua responsabilidade em relação às ações de prevenção e promoção à saúde (Motta, 2017).

A APS é reconhecida por exercer o papel de porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, em que suas unidades ofertam serviços de busca regular por parte dos usuários. Tem também, como atribuição, filtrar os usuários, identificando qual nível de atenção à saúde cada um necessita, por isso é crucial compreender e analisar o acesso a esses serviços, bem como compreender a qualidade e os resultados dos processos alcançados (Motta, 2017).

Para uma APS resolutiva faz-se necessário ampliar o acesso às demandas dos usuários e a capacidade em resolvê-las de forma qualificada. Para isso é necessária uma integração com os demais níveis de atenção à saúde. A APS possui um papel abrangente e resolutivo ao atuar na promoção, prevenção primária e secundária tendo, dessa forma, a possibilidade de reduzir custos do CCU, sejam eles custos psicológicos e emocionais para as mulheres e familiares que têm que lidar com essa doença, bem como os custos econômicos para os sistemas de saúde com o tratamento e com os cuidados paliativos (Motta, 2017).

Analisar a situação do CCU é um grande desafio para o SUS pois continua sendo um problema de saúde pública relevante sinalizando que o princípio da integralidade não está sendo efetivado de forma eficaz, sendo assim, esse problema necessita ser avaliado quanto aos entraves que contribuem para este alarmante cenário (Coelho, 2018).

A portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, estimula e reforça o fortalecimento de ações por meio de um novo modelo de financiamento da APS, pela avaliação de indicadores a cada quatro meses. Um desses indicadores é a cobertura das mulheres através de exames citopatológicos (Brasil, 2019).

As atividades educativas são consideradas de grande relevância, pois muitas mulheres, por sua cultura e por seus valores, não conhecem as medidas de detecção e prevenção precoce do CCU. Alguns estudos no Brasil indicam algumas atitudes das mulheres quanto à prevenção dessa doença indicando que as principais causas de resistência estariam relacionadas às questões culturais tais como medo de doer, vergonha, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo, religião, impedimento por parte dos parceiros. Além desses, existem outras barreiras, como o medo do resultado do exame dar alguma alteração, então algumas mulheres chegam até realizar o Papanicolau, mas não retornam para saber o resultado. Dessa forma, a estratégia de captação das mulheres para a realização do exame preventivo necessita ser priorizada e organizada de maneira a assegurar não só o atendimento, como também a entrega do resultado do exame e o seguimento em todo o processo (INCA, 2008).

As práticas educativas possuem o objetivo de sensibilizar as mulheres com vida sexual ativa principalmente as com idades recomendadas para a realização do exame preventivo e para, a partir disso, tornarem-se agentes multiplicadoras de informações. Essas práticas educativas também buscam orientar quanto aos cuidados para a realização do preventivo, retirar dúvidas quanto aos resultados deste exame, utilizar meios de comunicação eficientes e mensagens adequadas para atingir o público feminino fazendo com que as mesmas se sensibilizem para a coleta do material para o exame de Papanicolau. É neste momento que é possível divulgar horários e locais de atendimento dos serviços de saúde que realizam o procedimento. Momento também propício para captação de mulheres nos Serviços de Saúde através da realização de reuniões de sala de espera que atingem mulheres presentes nas unidades que estão recebendo outros tipos de atendimento e que podem escutar informações e divulgar as mesmas em seu território (INCA, 2008).

Relacionada com a diminuição do risco de contágio pelo HPV, a prevenção primária do câncer cervical fundamental, além da vacinação contra HPV, são as ações de educação em saúde direcionadas à promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco da patologia. Essas ações educativas devem explicar informações quanto ao vírus HPV e ao CCU; quanto à realização frequente do rastreamento; informações sobre a vacinação contra HPV, reforçando seus objetivos e resultados esperados; diagnóstico e tratamento desse tipo de câncer, fatores que envolvem à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, ações que motivem o envolvimento dos adolescentes e que propicie a sua autonomia, e comportamentos de vida saudáveis (Brasil, 2013d).

A comunicação deverá ser direcionada aos diferentes públicos e ser abordada de maneira contínua com os adolescentes, pais e responsáveis, professores, profissionais de saúde e com a população em geral. Essa abordagem busca informar e sensibilizar as pessoas quanto ao tema e deve ser propagada por meio de meios de comunicação tradicionais, como as campanhas de massa, distribuição de materiais informativos, além de mídias sociais, tecnologias modernas e telefonia móvel (Brasil, 2013d).

2.5 VACINA CONTRA O HPV

A vacina contra o vírus HPV é um dos grandes aliados para o controle desse tipo de câncer, pois atua na prevenção primária, ou seja, impede a infecção pelo vírus. Apesar disso, mesmo as mulheres vacinadas, quando estiverem na idade indicada para o rastreamento, devem se submeter a realização do exame citopatológico, pois a vacina previne contra os principais tipos de vírus cancerígenos, mas não contra todos. A vacina está disponível no SUS para meninos e meninas pré-adolescentes (INCA, 2021).

Em 2014, no Brasil, a vacina contra o HPV foi incorporada ao Programa Nacional de Imunização (PNI) através da aplicação da vacina quadrivalente. Essa vacina recombinante é inativada, formada por proteínas L1 do HPV tipos 6, 11, 16 e 18. Contém como excipientes o adjuvante sulfato de hidroxifosfato de alumínio amorfo, L-histidina, cloreto de sódio, polissorbato 80, água para injetáveis e borato de sódio. Nesse período foi indicada para meninas de 9 a 13 anos de idade proporcionando a imunização ativa contra os vírus de HPV 6, 11, 16 e 18, com o objetivo de ofertar a prevenção contra CCU, vaginal, anlesões pré-cancerosas ou displásicas, infecções causadas pelo HPV e verrugas genitais. O esquema vacinal consistia na administração de três doses zero, após 6 meses a segunda e a terceira 60 meses contados a partir da primeira dose (Brasil, 2013d).

A vacina foi incorporada de forma escalonada ao Sistema Único de Saúde. Em agosto de 2022, o Ministério da Saúde ao considerar as inúmeras evidências do impacto positivo da vacina contra o HPV para a promoção à saúde dos adolescentes brasileiros, para a oferta desse insumo como também para a garantia do princípio da equidade entre homens e mulheres ampliou a faixa etária da vacinação do HPV para o sexo masculino, incluindo dessa forma meninos de 9 a 14 anos igualando com a faixa etária ofertada para as meninas (Brasil, 2022b).

É importante ressaltar que a vacina é considerada uma ferramenta de prevenção primária, dessa forma não substitui o rastreamento do câncer, devido a vacina não oferecer proteção contra todos os tipos de HPV oncogênicos. Cabe ainda frisar que a vacinação não oferece proteção contra outras infecções sexualmente transmissíveis fundamentando a relevância de usar preservativo em todas as relações sexuais (Brasil, 2013d).

Considerando que o HPV é condição necessária para o CCU, a vacina para prevenção do HPV possui capacidade para reduzir a carga de doença cervical e lesões precursoras. A oferta da vacina HPV está destinada à utilização preventiva e ainda não possui efeito comprovado nas infecções pré-existentes ou na doença clínica estabelecida. Depreende-se então que a vacina não possui uso terapêutico no tratamento do câncer cervical, de lesões displásicas cervicais, vaginais, vulvares de alto grau ou de verrugas genitais. Estudos confirmam que a quantidade de anticorpos produzidos ao receber a vacina é maior do que por infecção natural (Brasil, 2013d).

Os adolescentes, considerados público-alvo da imunização, devem ter consciência e conhecimento sobre o vírus e compreender a importância da vacina. Na atual sociedade, os adolescentes constituem um grupo de alta vulnerabilidade na aquisição de ISTs como o HPV. Esse fato pode ser justificado devido à multiplicidade de parceiros, ao desenvolvimento precoce da sexualidade, à maior liberdade sexual, à resistência quanto ao uso do preservativo e à necessidade de afirmação grupal (Galvão; Araújo; Rocha, 2022).

É de fundamental importância que sejam tomadas medidas para que se eleve a adesão dos adolescentes à essa vacinação através de um trabalho integrado com a Atenção Primária à Saúde. É necessário que os serviços tenham criatividade e tempo no atendimento às crianças e aos adolescentes, além de um engajamento e envolvimento dos profissionais de saúde com o setor educacional para motivar o envolvimento das famílias e dos professores, entidades não governamentais para o apoio na divulgação da importância da vacinação, influenciando na reversão das baixas coberturas na faixa etária ofertada para essa vacina (Brasil, 2022b).

Apesar da efetividade e segurança da vacina do HPV, são preocupantes os dados de cobertura vacinal, em especial os referentes à segunda dose e no sexo masculino, o que resulta em um maior índice de não vacinados no Brasil, e conseqüentemente indivíduos sem a proteção devida para as infecções causadas pelo vírus e seus efeitos maléficos à saúde desses indivíduos (Brasil, 2022b).

Pereira *et al.* (2016) evidenciou no seu estudo que a ação educativa possui uma atribuição de modificador de conduta. Com isso, a ação educativa, torna-se uma importante ferramenta para o êxito das campanhas de vacinação contra o HPV no Brasil, cumprindo o objetivo de diminuir os casos das doenças genitais associadas ao vírus, principalmente o CCU. Este estudo reconheceu que a informação é chave para o sucesso da adesão à vacina contra o HPV uma vez que instrui a mulher a partir das informações sobre os riscos dessa infecção e demonstra o HPV como o principal causador da carcinogênese do colo do útero. Dessa maneira, é indicado aos meios promotores de iniciativas sanitárias que dediquem atenção especial aos instrumentos de instrução (ações educativas), para que com políticas de saúde estruturadas reduza a morbimortalidade das mulheres.

3 JUSTIFICATIVA

As células normais que formam os tecidos do corpo humano possuem a capacidade de se multiplicar através de um processo contínuo, considerado natural. A maioria das células normais cresce, multiplica e morre de forma ordenada, mas nem todas as células normais são iguais, algumas nunca se dividem, a exemplo dos neurônios; já outras como as células do tecido epitelial dividem-se de forma contínua e rápida. Dessa forma, a proliferação celular não implica necessariamente presença de malignidade, podendo simplesmente responder a necessidades específicas do corpo (INCA, 2020).

O crescimento das células cancerosas difere do crescimento das células normais. As células cancerosas que deveriam morrer continuam crescendo de forma descontrolada originando novas células anormais. Vários organismos vivos podem apresentar, em algum momento da vida, anormalidade no crescimento celular como a divisão das células de maneira rápida, agressiva e incontrolável. Essas células podem espalhar para outras regiões do corpo e provocar transtornos funcionais, sendo o câncer um desses transtornos (INCA, 2020).

O CCU ou câncer cervical é uma das principais causas de mortes prematuras em mulheres, por isso é considerado um problema significativo de saúde pública, atingindo de forma desproporcional mulheres socioeconomicamente desfavorecidas nos países de baixa e média renda. O número global de mortes projetadas para 2035 pelo CCU é de aproximadamente 416.000 mulheres caso não ocorra implementação de intervenções custo-efetivas baseadas em evidências conhecidas (OMS, 2023).

No Brasil, a taxa de mortalidade por CCU, ajustada pela população mundial, foi de 4,60 óbitos/100 mil mulheres, em 2020 (INCA, 2020).

Excluídos os tumores de pele não melanoma, o CCU é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre mulheres no Brasil. Foram estimados 17.010 casos novos, para o ano de 2023, o que representa 13,25 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2022).

O surgimento do CCU está intrinsecamente relacionado à infecção persistente pelo HPV associado a outros fatores, como ISTs, tabagismo e uso prolongado de anticoncepcionais. O CCU apresenta um longo período de evolução, com lesões precursoras em sua fase inicial que podem ser identificadas com facilidade podendo evoluir para a cura. Para que isso ocorra, é necessária a realização do exame preventivo regularmente e este ser realizado com qualidade. Quando não ocorre a detecção precoce, as lesões que, antes teriam um alto índice de cura, desenvolvem-se para o câncer,

podendo comprometer outros órgãos e mudar o percurso de tratamento (Albuquerque *et al.*, 2016).

O rastreamento é definido como o processo de identificação de indivíduos aparentemente saudáveis, ou seja, assintomáticos que podem estar em risco de serem acometidos por patologias, como o CCU. O método de rastreamento desse tipo de câncer e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico, também conhecido como Papanicolau. É realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelos profissionais de saúde habilitados, em mulheres de 25 a 64 anos, estes profissionais necessitam conhecer o método, a periodicidade e a população-alvo, sendo responsável por orientar e encaminhar para confirmação do diagnóstico e tratamento garantindo a continuidade do cuidado de acordo com os resultados dos exames (INCA 2016).

A linha de cuidado do CCU tem como finalidade assegurar a mulher no acesso integral e humanizado às ações e aos serviços qualificados para promoção à saúde e à prevenção do câncer cervical, por meio do acesso às vacinas do HPV, diagnóstico precoce e o rastreamento das lesões precursoras, além do tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno (Motta, 2017).

A ESF é direcionada para o modelo assistencial devido à inclusão na sua prática da articulação entre a prevenção e a promoção da saúde onde cria um cenário favorável para ações direcionadas à saúde da mulher (Motta, 2017).

As atividades da ESF são desenvolvidas nas dimensões da prevenção primária o que envolve a vacinação, as atividades de educação em saúde, realização das consultas e do exame Papanicolau. Além da efetivação da busca ativa na identificação de mulheres que nunca realizaram o exame, das faltosas e de outras que abandonaram o tratamento de lesões no colo do útero. Uma das atividades fundamentais que devem ser desenvolvidas no âmbito da APS são as ações de prevenção primária, as ações de educação em saúde e a aplicação da vacina do HPV (Motta, 2017).

Ao longo de alguns anos atuando na ESF 14, no município de Santo Antônio do Descoberto, Goiás, foi possível observar uma baixa adesão das mulheres em ações referentes à prevenção do CCU. Essa baixa adesão está relacionada à quantidade de mulheres que realizam o exame Papanicolau como também as que comparecem nas palestras de educação em saúde ofertadas pela equipe envolvendo a temática do câncer cervical. Atualmente a agenda para a marcação do exame Papanicolau, fica disponível para agendamento na recepção da unidade, podendo ser feita no horário de funcionamento da unidade, de segunda à sexta de 8 às 17 horas. Há a adesão nesta

marcação para o exame, mas no dia agendado ocorre o absenteísmo dessas mulheres. O mesmo ocorre com a educação em saúde, quando programada, há a baixa adesão mesmo após convite verbal, físico e virtual.

É notório que esse absenteísmo não ocorre apenas na unidade de saúde do estudo, mas também nas outras 17 unidades de Estratégias de Saúde da Família do município de Santo Antônio do Descoberto, Goiás. O quarto indicador de desempenho do Programa Previne Brasil é o quantitativo de coleta do exame Preventivo nas mulheres na idade de 25 a 64 anos. A ESF 14 teve como resultado de desempenho desse indicador no ano de 2022 uma cobertura de 6% das mulheres no primeiro quadrimestre, 8% no segundo quadrimestre e de 10 % no terceiro quadrimestre. A escolha desse indicador pelo MS mostra a sua relevância clínica e epidemiológica nos municípios e no país. Em reuniões com a coordenação da atenção básica e secretário de saúde do município é abordado o tema e nenhuma unidade, nos quadrimestres do ano de 2022, atingiu a meta de 40% de cobertura do exame de rastreamento do CCU.

Dessa forma é de suma importância entender os vários aspectos acerca das mulheres dessa área de abrangência para que seja possível intervir nesse problema de saúde.

3.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Quais conhecimentos, práticas, percepção e demandas das mulheres acerca das ações de prevenção do CCU realizadas na ESF?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os conhecimentos, práticas, percepção e demandas das mulheres acompanhadas em uma unidade de atenção primária à saúde de Santo Antônio do Descoberto, Goiás, acerca das ações de prevenção do CCU.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar o conhecimento, as práticas e as percepções das mulheres em relação ao exame de prevenção do CCU.
- Identificar fatores associados à adesão das mulheres ao exame de prevenção do CCU.
- Investigar o conhecimento, as práticas e as percepções das mulheres em relação à vacinação contra o HPV.
- Identificar fatores associados das mulheres quanto à adesão da vacinação contra o HPV.
- Propor estratégia de intervenção que tenha por objetivo promover o conhecimento e melhorar as práticas das mulheres na atenção primária à saúde.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com coleta prospectiva de dados com aplicação de métodos mistos quantitativos e qualitativos conduzido em duas fases com mulheres acima de 18 anos, cadastradas e acompanhadas pela ESF 14, em Santo Antônio do Descoberto, Goiás, no período agosto de 2023 a fevereiro de 2024.

Na primeira fase, foi aplicado um questionário com perguntas fechadas e abertas que abordam dados sociodemográficos e conhecimentos e práticas das mulheres quanto à prevenção do CCU.

Na segunda fase, foi conduzido um grupo focal para abordagem das percepções e demandas das mulheres quanto à prevenção do CCU.

Em que pesem as limitações das estratégias explanadas, a combinação das mesmas – triangulação de métodos – visa contornar os vieses específicos de cada método isolado, aproximando-se, assim, do alcance dos objetivos do estudo, através da complementaridade das perspectivas geradas em circunstâncias distintas.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A cidade de Santo Antônio do Descoberto é um município localizado ao leste goiano, com uma área de 943,948 km², distante 160 quilômetros da capital Goiânia e 35 quilômetros da capital brasileira, Brasília. O último censo de 2010 realizado pelo IBGE registrou uma população de 63.248 pessoas, sendo 31.877 do sexo feminino e 31.371 do sexo masculino. A estimativa para o ano de 2021 foi de 76.871 pessoas (IBGE, 2012).

A atenção básica é composta por 18 equipes de Estratégia de Saúde da Família, algumas inseridas em UBS, com cobertura de 86%. A cidade também possui um Hospital municipal de pequeno porte Hospital Dom Luís Fernando com 11 leitos de acordo com o Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde, uma base de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, um Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Centro de Testagem e Aconselhamento, um Núcleo de Vigilância Epidemiológica, um Centro de Atenção Psicossocial tipo I, e uma unidade de saúde prisional.



Figura 1. Localização de Santo Antônio do Descoberto, Goiás.

Fonte: Wikipédia (2020).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por uma amostra aleatória simples entre as mulheres adultas cadastradas e acompanhadas na ESF 14 em Santo Antônio do Descoberto, Goiás.

5.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- Ser mulher cadastrada e acompanhada pela ESF 14 (ESF 14) em Santo Antônio do Descoberto, Goiás, e
- Possuir mais de 18 anos de idade.

5.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão no estudo foram:

- possuir condição que prejudique responder de forma fidedigna ao questionário como alguma limitação física ou funcional (como cognitiva, auditiva ou visual).

Para a primeira fase, como a população de mulheres adultas cadastradas e acompanhadas na ESF 14 em Santo Antônio do Descoberto, Goiás, é de 1.398 mulheres, foi necessária para uma amostra com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5% uma amostra de 302 participantes.

Para a segunda fase, realizou-se um grupo focal com 11 mulheres, escolhidas de forma aleatória entre as mulheres que responderam a primeira fase do questionário e que se dispuserem participar da segunda fase da pesquisa.

5.4 COLETA DOS DADOS

Na primeira fase, para a coleta de dados foi utilizado um questionário com questões fechadas e abertas relativas a dados sociodemográficos e a conhecimentos e práticas das mulheres acerca das ações de prevenção do CCU e avaliação do serviço de saúde, adaptadas dos estudos de Santos (2017), Falcão (2022) e do Instrumento PCATool-Brasil (Brasil, 2020) Anexo 1. Esse questionário foi aplicado nos domicílios após sorteio dos mesmos. Essas mulheres selecionadas para participar do estudo receberam a visita rotineira do(a) agente comunitário(a) de saúde (ACS) e esses conduziram essa fase em conjunto com a pesquisadora após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ocorreu um treinamento prévio dos 04 agentes comunitários de saúde da unidade para que os mesmos fossem orientados quanto à aplicação do questionário bem como dos esclarecimentos e assinatura do TCLE.

Após essa etapa, para melhor compreensão das percepções e demandas das mulheres quanto às ações de prevenção do CCU foi conduzido um grupo focal com as mulheres participantes da primeira fase que responderam o questionário e que se dispuseram a participar da segunda fase da pesquisa. Dessas mulheres, foi realizado uma amostra de conveniência de 11 mulheres a partir das respostas do questionário da primeira fase para que fosse possível conduzir este grupo focal.

As discussões no grupo focal abordaram as experiências das mulheres no cotidiano da comunidade e nos serviços de saúde quanto à prevenção do CCU de forma a explorar suas percepções e demandas quanto a essas medidas de prevenção.

A dinâmica grupal entre mulheres que compartilham um contexto semelhante facilita a discussão de aspectos da vivência coletiva, podendo revelar suas demandas e necessidades. Os grupos focais também oferecem uma oportunidade de ouvir as vozes dessas mulheres, encorajando a expressão de sentimentos, opiniões e aspirações. O grupo focal foi gravado, transcrito na íntegra e realizada a análise das falas, Anexo 2. O grupo focal foi realizado na estrutura física da unidade de saúde Estratégia de Saúde da Família 14, mais especificamente na sala de reuniões.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise das questões de caráter quantitativo no questionário aplicado na primeira fase, teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados. Variáveis quantitativas com distribuição normal foram expressas como média \pm desvio padrão (DP). Variáveis quantitativas sem distribuição normal foram expressas como mediana e intervalo interquartil 25-75% (IQ25-75%). As variáveis qualitativas ou categóricas foram expressas como frequência e distribuição de proporções (%).

Para análise da associação das variáveis quanto à percepção das mulheres acerca das ações de prevenção ao CCU, as mulheres foram agrupadas de acordo ou não com a ocorrência do desfecho avaliado, sendo as variáveis contínuas com distribuição normal comparadas por meio do teste t de Student, e as variáveis contínuas sem distribuição normal comparadas pelo teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. Tabelas de contingência foram utilizadas para avaliar as variáveis categóricas com realização de teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2) ou o teste exato de Fisher, conforme o caso.

Para avaliar fatores independentes associados aos desfechos, variáveis não colineares foram avaliadas por meio da análise de regressão logística binária, sendo os resultados expressos por meio da razão de chances (OR, do inglês oddsratio) com seu respectivo intervalo de confiança 95% (IC 95%).

As análises estatísticas foram realizadas por meio dos programas IBM StatisticalPackage for Social Sciences 20.0 para Mac (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA), Jamovi 2.3.24 (<https://www.jamovi.org>), e R versão 4.2.3

(<https://www.r-project.org/>). O nível de significância estatística foi definido como um valor de p bicaudal menor ou igual a 0,05.

Para o grupo focal, as gravações foram transcritas na íntegra pela pesquisadora e com a finalidade de resguardar a identidade das mulheres participantes foram nomeadas com a inicial (M) seguido de numerais cardinais de 1 a 11. O primeiro passo foi a configuração do corpus a ser analisado. As estruturas dos textos foram transformadas em corpus textuais separadas por numerações. Inicialmente eles foram salvos em documento do Microsoft Word, e após nova leitura atenta para adaptação do texto, o arquivo foi salvo em documento Open Office Writer e gravados no formato.txt e ainda codificados em Unicode UTF-08. Foram então obedecidas as seguintes normas: (1) a edição não contará com símbolos como aspas, apóstrofes, cifrão, porcentagem, hífen, recuo de parágrafo, justificação do texto, asterisco, reticências, travessão, negrito e itálico, (2) o texto transcorrerá sem mudança de linha, corrido, (3) pontuação utilizada apenas com vírgula, ponto, dois pontos, exclamação e interrogação, (3) letras maiúsculas utilizadas apenas em nomes próprios, (4) palavras unidas por hífen, substituído o mesmo por underline, (5) correção adequada da gramática e português com grafia e concordância, (6) retirada das expressões sem necessidade, (7) Retirada de frases não apropriadas com o assunto tratado, (8) frases incompletas foram complementadas sem modificação de seu sentido e, na sua impossibilidade, foram eliminadas, (9) regularização de siglas e nomes próprios sempre com a mesma escrita, (10) números mantidos em sua forma de algarismos. Após esta edição, o texto foi conferido antes de sua análise.

As perguntas abertas e o grupo focal foram avaliados por meio da técnica de análise temática de conteúdo segundo Bardin (Bardin, 2011), de acordo com o que foi sistematizado por Franco (Franco, 2005).

Esse método é composto por três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise envolve a organização e a codificação dos dados, a fim de identificar as unidades de análise relevantes. Nessa etapa, o pesquisador se familiariza com o material, estabelecendo critérios de inclusão e exclusão e definindo categorias de análise. A exploração do material consistiu na análise propriamente dita, que envolveu a identificação e a categorização das unidades de análise. O tratamento dos resultados consistiu na interpretação dos resultados obtidos. Nessa etapa, os resultados foram relacionados com o contexto em que foram obtidos, estabelecendo conexões entre as categorias de análise e as hipóteses iniciais e avaliando a confiabilidade e validade dos resultados (BARDIN, 2011).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CAAE nº 71741923.0.0000.5553 / Parecer nº 6.236.839). Antes da aplicação dos instrumentos de pesquisa, o(a) pesquisador(a) apresentou o TCLE, que foi assinado em duas vias.

6 RESULTADOS

6.1 PRIMEIRA FASE

O estudo incluiu 302 mulheres cujas características são apresentadas na Tabela 1. A idade média foi de 37,1 ± 14,3 anos, e 56 (18,5%) se autodeclararam como brancas. Somente seis (2,0%) mulheres possuíam nível superior de escolaridade, a religião católica foi a mais prevalente (n = 169, 66,5%) e a maioria relatou possuir parceiro sexual regular (n = 200, 66,2%). A mediana da renda familiar era de 1,38 (IQ25-75%: 0,92-2,00) salários mínimos. Quarenta e oito (15,9%) mulheres possuíam até 22 anos, constituindo o grupo que deveria ter recebido vacinação contra o HPV desde sua introdução no SUS conforme os protocolos do Ministério da Saúde. Destas, 42 (87,5%) relatou ter tomado a vacinação contra o HPV.

Tabela 1. Características das mulheres que responderam ao questionário (n = 302)

Variável	Valores
Idade, anos, Média (DP) Mediana (IQ25-75%)	37,1 (14,3) 34,0 (26,0-46,0)
Idade até 22 anos, n (%)	48 (15,9%)
Cor branca, n (%)	56 (18,5)
Nível superior de escolaridade, n (%)	6 (2,0)
Casada/União estável, n (%)	125 (41,4)
Religião, n (%) Católica Protestante/Evangélica Espírita Sem religião	169 (66,5) 58 (22,8) 12 (4,7) 15 (5,9)
Renda mensal em salários mínimos, Média (DP) Mediana (IQ25-75%)	1,58 (1,36) 1,38 (0,92-2,00)
Parceiro sexual regular, n (%)	200 (66,2)

DP: desvio padrão; IQ 25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

Quanto as fontes de informação utilizadas em relação a saúde, televisão foi a mais citada (n = 175, 57,9%), seguida por profissionais de saúde (n = 144, 47,7%) e Instagram (n = 124, 41,1%), Figura 1.

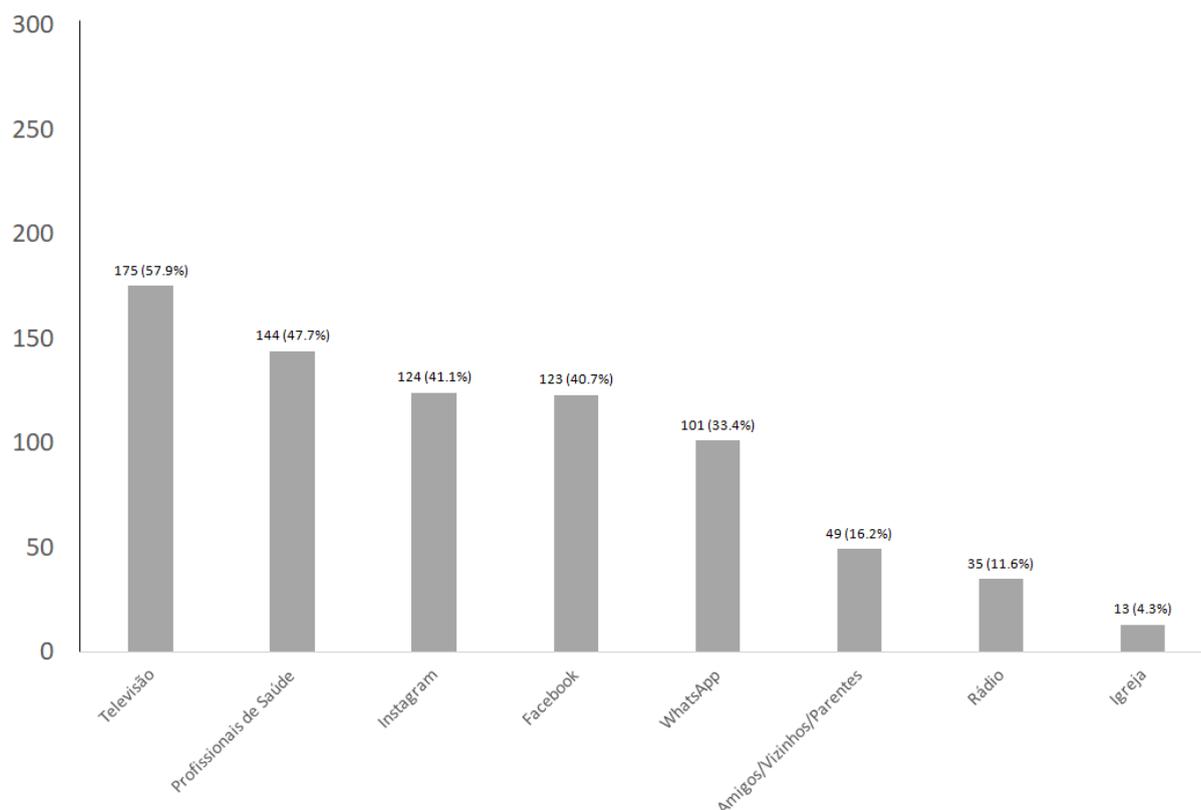


Figura 2. Fontes de informação utilizadas (n = 302)

A Tabela 2 apresenta uma comparação do acesso à internet e das fontes de informação entre mulheres com até 22 anos e 23 anos ou mais. Todas as mulheres com até 22 anos relataram ter acesso à internet, sendo esse valor significativamente maior em relação as mulheres acima dessa faixa etária ($p = 0,026$). Quanto às fontes de informação, as mais jovens usavam com mais frequência o Instagram ($p < 0,001$), o Facebook ($p < 0,001$) e o WhatsApp ($p < 0,001$). Em contraste, rádio ($p < 0,001$) e profissionais de saúde ($p < 0,001$) foram mais utilizados como fontes de informação por mulheres com 23 anos ou mais.

Tabela 2. Acesso a internet e fontes de informação em todas as mulheres, mulheres com até 22 anos e com 23 anos ou mais (n = 302)

Variável	Todas (n = 302)	Até 22 anos (n = 48)	23 anos ou mais (n = 254)	Valor de p
Acesso a internet, n (%)	278 (92,5)	48 (100,0)	230 (90,6)	0,026
Fonte de informação, n (%)				
Televisão	175 (57,9)	24 (50,0)	151 (59,4)	0,224
Profissionais de saúde	144 (47,7)	10 (28,8)	134 (52,8)	< 0,001
Instagram	124 (41,1)	33 (68,8)	91 (35,8)	< 0,001
Facebook	123 (40,7)	33 (68,8)	90 (35,4)	< 0,001
WhatsApp	101 (33,4)	26 (54,2)	75 (29,5)	< 0,001
Amigos/Vizinhos/Parentes	49 (16,2)	6 (12,5)	43 (16,9)	0,445
Rádio	35 (11,6)	0 (0,0)	35 (13,8)	0,006
Igreja	13 (4,3)	1 (2,1)	12 (4,7)	0,408

A Tabela 3 apresenta a avaliação das mulheres quanto ao serviço de saúde prestado na atenção primária a saúde/estratégia saúde da família (APS/ESF) em todas as mulheres, mulheres com até 22 anos e 23 anos ou mais. A maioria das mulheres relatou procurar com certeza a APS/ESF antes de outro serviço quando necessita de consulta de revisão (n = 219, 72,5%). Porém, na presença de um novo problema de saúde, menos da metade (n = 146, 48,3%) das mulheres relatou procurar com certeza a APS/ESF antes de outro serviço de saúde. A maioria das mulheres relatou que com certeza o(a) médico(a)/enfermeiro(a) da APS/ESF entendem suas perguntas (n = 260, 85,8%), reservam tempo suficiente durante as consultas para expressar suas preocupações/problemas (n = 249, 82,5%) e as deixavam confortável para compartilhar suas preocupações/problemas (n = 251, 83,1%), assim como a disponibilidade de planejamento familiar e métodos contraceptivos (n = 205, 67,9%) e de exame de Papanicolau na APS/ESF (n = 245, 81,1%). De um modo geral, as mulheres com 23 anos ou mais avaliaram melhor o serviço prestado na APS/ESF do que as mulheres com até 22 anos.

Tabela 3. Atitude/percepção quanto ao serviço de saúde prestado na atenção primária a saúde/estratégia saúde da família (APS/ESF) em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e 23 anos ou mais (n = 302)

Variável	Todas (n = 302)	Até 22 anos (n = 48)	23 anos ou mais (n = 254)	Valor de p
Quando precisa de consulta de revisão procura a APS/ESF antes de outro serviço de saúde, n (%)				0,100
Com certeza sim	219 (72,5)	28 (58,3)	191 (75,2)	
Provavelmente sim	60 (19,9)	15 (31,3)	45 (17,7)	
Com certeza não	22 (7,3)	5 (10,4)	17 (6,7)	
Não sei / não lembro	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,4)	
Quando tem um novo problema de saúde procura a APS/ESF antes de outro serviço de saúde, n (%)				< 0,001
Com certeza sim	146 (48,3)	16 (33,3)	130 (51,2)	
Provavelmente sim	65 (21,5)	15 (31,3)	50 (19,9)	
Com certeza não	88 (29,1)	17 (35,4)	71 (28,0)	
Não sei / não lembro	65 (21,5)	15 (31,3)	50 (19,7)	
Médico(a)/Enfermeiro(a) da APS/ESF entendem o você que pergunta, n (%)				0,089
Com certeza sim	259 (85,8)	32 (66,7)	227 (89,4)	
Provavelmente sim	17 (5,6)	3 (6,3)	14 (5,5)	
Com certeza não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sei / não lembro	26 (8,6)	13 (27,1)	13 (5,1)	
Médico/Enfermeiro da APS/ESF responde de maneira a que você entenda, n (%)				< 0,001
Com certeza sim	260 (86,1)	32 (66,7)	228 (89,8)	
Provavelmente sim	15 (5,0)	2 (4,2)	13 (5,1)	
Com certeza não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sei / não lembro	27 (8,9)	14 (29,2)	13 (5,1)	
Sentir que os(as) médicos(as)/enfermeiros(as) da unidade APS/ESF reservam tempo suficiente durante as consultas para expressar suas preocupações/problemas n (%)				< 0,001
Com certeza sim	249 (82,5)	33 (68,8)	216 (85,0)	
Provavelmente sim	17 (5,6)	1 (2,1)	16 (6,3)	
Com certeza não	10 (3,3)	0 (0,0)	10 (3,9)	
Não sei / não lembro	26 (8,6)	14 (29,2)	12 (4,7)	
Sente confortável em compartilhar suas preocupações/problemas com os(as) médicos(as)/enfermeiros(as) da unidade APS/ESF, n (%)				< 0,001
Com certeza sim	251 (83,1)	33 (68,8)	218 (85,8)	
Provavelmente sim	21 (7,0)	2 (4,2)	19 (7,5)	
Com certeza não	4 (1,3)	0 (0,0)	4 (1,6)	
Não sei / não lembro	26 (8,6)	13 (27,1)	13 (5,1)	

Tabela 3. Atitude/percepção quanto ao serviço de saúde prestado na atenção primária a saúde/estratégia saúde da família (APS/ESF) em todas as mulheres, mulheres com até 22 anos e 23 anos ou mais (n = 302) - continuação

Disponibilidade de planejamento familiar e métodos contraceptivos na APS/ESF, n (%)				0,001
Com certeza sim	205 (67,9)	24 (50,0)	181 (71,3)	
Provavelmente sim	16 (5,3)	2 (4,2)	14 (5,5)	
Com certeza não	8 (2,6)	0 (0,0)	8 (3,1)	
Não sei / não lembro	73 (24,2)	22 (45,8)	51 (20,1)	
Disponibilidade de exame de Papanicolau na APS/ESF, n (%)				< 0,001
Com certeza sim	245 (81,1)	28 (58,3)	217 (85,4)	
Provavelmente sim	18 (6,0)	2 (4,2)	16 (6,3)	
Com certeza não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sei / não lembro	39 (6,0)	18 (37,5)	21 (8,3)	

A Tabela 4 apresenta o conhecimento e percepção a respeito do HPV e do CCU em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e 23 anos ou mais. Observa-se que 96,4% das mulheres (n = 291) relataram ter ouvido falar sobre o exame de prevenção do CCU. No entanto, apenas 20,5% (n = 62) das mulheres já haviam participado de atividades educativas sobre o tema. Em relação ao conhecimento sobre o CCU, 43% (n = 130) das mulheres afirmaram conhecer suas causas. A maioria, 74,8% (n = 226), disse saber o que é o exame preventivo, e 69,9% (n = 211) já o realizou, embora somente 19,9% (n = 60) o fizeram com a frequência recomendada pelo Ministério da Saúde. Mais da metade das mulheres, 56,6% (n = 171), já ouviu falar do HPV. Quando questionadas sobre o que o HPV pode causar, 18,5% (n = 56) o associaram ao CCU. Sobre o conhecimento de como o HPV pode ser contraído, 57,0% (n = 172) relacionaram-no a relações sexuais desprotegidas, 16,2% (n = 49) à transmissão pelo beijo, 15,6% (n = 47) a objetos pessoais contaminados, 13,6% (n = 41) ao parto e 1,3% (n = 4) ao aperto de mão. Em comparação com as mulheres com 23 anos ou mais, as mulheres com até 22 anos ouviram falar com menor frequência sobre a prevenção do CCU (p < 0,001), participaram menos de atividades educativas sobre o CCU (p = 0,008), demonstraram menos conhecimento sobre as causas do CCU (p = 0,002), souberam menos sobre o que é o exame preventivo (p < 0,001), realizaram menos o exame preventivo de acordo com o protocolo assistencial (p < 0,001) e associaram menos o HPV ao CCU (p = 0,048).

Tabela 4. Conhecimento e percepção a respeito do papilomavírus humano (HPV) e do câncer de colo de útero (CCU) em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e acima de 22 anos (n = 302)

Variável	Todas (n = 302)	Até 22 anos (n = 48)	Acima de 22 anos (n = 254)	Valor de p
Ouviu falar em prevenção de CCU, n (%)	291(96,4)	40 (83,3)	251 (98,8)	< 0,001
Participou de atividade educativa de CCU, n (%)	62 (20,5)	3 (6,3)	59 (23,2)	0,008
Refere saber as causas de CCU, n (%)	130 (43,0)	11 (22,9)	119 (46,9)	0,002
Sabe o que é exame preventivo, n (%)	226 (74,8)	24 (50,0)	202 (79,5)	< 0,001
Já fez o exame preventivo, n (%)	211 (69,9)	9 (18,8)	202 (79,5)	< 0,001
Frequência do exame preventivo de acordo com protocolo assistencial, n (%)	60 (19,9)	4 (8,3)	56 (22,0)	0,029
Ouviu falar HPV, n (%)	171 (56,6)	29 (60,4)	142 (55,9)	0,563
Associa o HPV ao CCU, n (%)	56 (18,5)	4 (8,3)	52 (20,5)	0,047
Relatou que o HPV pode ser contraído, n (%)				
Por relações sexuais desprotegidas	172 (57,0)	29 (60,4)	143 (56,3)	0,597
Pelo beijo	49 (16,2)	6 (12,5)	43 (16,9)	0,445
Por objetos pessoas contaminadas	47 (15,6)	6 (22,2)	41 (28,7)	0,492
Durante o parto	41 (13,6)	4 (8,3)	37 (14,6)	0,248
Por aperto de mão	4 (1,3)	0 (0,0)	4 (1,6)	0,381

A Tabela 5 apresenta o conhecimento e a percepção a respeito da vacinação contra o HPV em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e 23 anos ou mais. A maioria das mulheres (n = 218, 72,2%) sabia que a vacina contra o HPV é gratuita, e 42,4% (n = 128) sabiam informar quem deveria tomar a vacina. Quando questionadas sobre a vacinação de seus filhos, 72,7% (n = 218) afirmaram que vacinariam (ou vacinaram) seus filhos na faixa etária indicada. Além disso, 8,7% (n = 26) vacinariam apenas se os filhos quisessem, 15,7% (n = 47) ainda não sabiam opinar sobre essa questão, e 3,0% (n = 9) não vacinariam de forma alguma. Mulheres com até 22 anos relataram saber mais frequentemente que a vacina é gratuita (p = 0,26). Porém menos propensas a vacinar seus filhos na faixa etária indicada (p = 0,021) comparadas as mulheres com 23 anos ou mais.

Tabela 5. Conhecimento e percepção a respeito da vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e acima de 22 anos (n = 302)

Variável	Todas (n = 302)	Até 22 anos (n = 48)	23 anos ou mais (n = 254)	Valor de p
Sabe que vacina contra o HPV é gratuita, n (%)	218 (72,2)	41 (85,4)	177 (69,7)	0,026
Sabe quem deve tomar vacina contra HPV, n (%)	128 (42,4)	21 (43,8)	107 (42,1)	0,835
Vacinou(aria) os filhos na faixa etária indicada, n (%)				0,021
Sim, de qualquer forma	218 (72,7)	29 (60,4)	189 (75,0)	
Sim, apenas se quiserem	26 (8,7)	5 (10,4)	21 (8,3)	
Não sei ainda	47 (15,7)	14 (29,2)	33 (13,1)	
Não, de qualquer forma	9 (3,0)	0 (0,0)	9 (3,6)	

A Tabela 6 apresenta a análise univariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo HPV e o CCU. Idade até 22 anos esteve a menor conhecimento quanto a associação entre o HPV e o CCU ($p = 0,047$).

Tabela 6. Análise univariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e o câncer de colo de útero (CCU) (n = 302)

Variável	Associa HPV ao CCU (n = 56)	Não associa o HPV ao CCU (n = 246)	Valor de p
Idade até 22 anos, n (%)	4 (7,1)	44 (17,9)	0,047
Cor branca, n (%)	10 (17,9)	46 (18,7)	0,884
Nível superior de escolaridade, n (%)	0 (0,0)	6 (2,4)	0,238
Casada/União estável, n (%)	23 (41,1)	102 (41,5)	0,957
Renda familiar mensal, salários mínimos, mediana (IQ25-75%)	1,3 (0,9-1,8)	1,4 (0,9-2,0)	0,707
Acesso a internet, n (%)	51 (91,1)	227 (92,3)	0,763

Tabela 6. Análise univariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e o câncer de colo de útero (CCU) (n = 302) - continuação

Variável	Associa HPV ao CCU (n = 56)	Não associa o HPV ao CCU (n = 246)	Valor de p
Religião, n (%)			0,974
Católica	35 (62,5)	159 (64,6)	
Protestante/Evangélica	13 (23,2)	56 (22,8)	
Espírita	3 (5,4)	10 (4,1)	
Sem religião	5 (8,9)	21 (8,5)	
Fonte de informação, n (%)			
Televisão	34 (60,7)	141 (57,3)	0,642
Rádio	6 (10,7)	29 (11,8)	0,821
Profissionais de saúde	27 (48,2)	117 (47,6)	0,930
Igreja	0 (0,0)	13 (5,3)	0,079
Facebook	25 (44,6)	98 (39,8)	0,509
Instagram	23 (41,1)	101 (41,1)	0,998
WhatsApp	22 (39,3)	79 (32,1)	0,305
Vizinhos/Parentes/Amigos	10 (17,9)	39 (15,9)	0,714

IQ 25-75%: intervalo interquartil 25-75%,

A Tabela 7 apresenta a análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo HPV e o CCU. Idade até 22 anos esteve independentemente associada a redução do conhecimento da associação entre o HPV e o CCU (OR: 0,340, IC95%: 0,117-0,990; p = 0,048).

Tabela 7. Análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e o câncer de colo de útero (CCU) (n = 302)

Variável	OR (IC 95%)	Valor de p	VIF	Tolerância
Idade até 22 anos	0,340 (0,117-0,990)	0,048	1,00	1,000
Igreja como fonte de informação	<0,001 (<0,001 - >999.999)	0,988	1,00	1,000

IC 95%: intervalo de confiança 95%; OR: razão de Odds; VIF: Fator de inflação da variância.

A Tabela 8 apresenta a análise univariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo HPV e relações sexuais desprotegidas. O aumento da idade esteve associado a um menor conhecimento da associação entre o HPV e relações sexuais desprotegidas ($p < 0,001$), assim como o nível superior de escolaridade ($p = 0,031$), maior renda familiar mensal ($p < 0,001$), acesso a internet ($p < 0,001$) e Instagram como fonte de informação ($p = 0,027$). Ter rádio ($p < 0,001$) ou igreja ($p < 0,001$) como fontes de informação esteve associado a redução desse conhecimento.

Tabela 8. Análise univariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação da infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e relações sexuais desprotegidas (n = 302)

Variável	Associa o HPV a relações sexuais desprotegidas (n = 172)	Não associa o HPV a relações sexuais desprotegidas (n = 130)	Valor de p
Idade, anos, mediana (IQ25-75%)	32,0 (24,0-41,0)	41,0 (27,0-55,8)	< 0,001
Cor branca, n (%)	38 (22,1)	18 (13,2)	0,068
Nível superior de escolaridade, n (%)	6 (3,5)	0 (0,0)	0,031
Casada/União estável, n (%)	77 (44,8)	48 (36,9)	0,171
Renda familiar mensal, salários mínimos, mediana (IQ25-75%)	1,5 (1,0-2,2)	1,0 (0,9-1,5)	< 0,001
Acesso a internet, n (%)	170 (98,8)	108 (83,1)	< 0,001
Religião, n (%)			0,655
Católica	106 (61,6)	88 (66,7)	
Protestante/Evangélica	41 (23,8)	28 (21,5)	
Espírita	9 (5,2)	4 (3,1)	
Sem religião	16 (9,3)	10 (7,7)	
Fonte de informação, n (%)			
Televisão	93 (54,1)	82 (63,1)	0,116
Rádio	9 (5,2)	26 (20,0)	< 0,001
Profissionais de saúde	84 (48,8)	60 (46,2)	0,644
Igreja	1 (0,6)	12 (9,2)	< 0,001
Facebook	72 (41,9)	51 (39,2)	0,642
Instagram	80 (46,5)	44 (33,8)	0,027
WhatsApp	58 (33,7)	43 (33,1)	0,906

Vizinhos/Parentes/Amigos	24 (14,0)	25 (19,2)	0,218
--------------------------	-----------	-----------	-------

IQ 25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

A Tabela 9 apresenta a análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo HPV e relações sexuais desprotegidas. Aumento da idade esteve independentemente associado a redução do conhecimento da associação entre o HPV e relações sexuais desprotegidas (OR: 0,965, IC95%: 0,943-0,987, $p = 0,002$). Já o aumento da renda familiar se associou independentemente a aumento do conhecimento da associação entre o HPV e relações sexuais desprotegidas (OR: 2,057, IC95%: 1,324-3,197, $p = 0,001$).

Tabela 9. Análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação da infecção pelo HPV e relações sexuais desprotegidas (n = 302)

Variável	OR (IC 95%)	Valor de p	VIF	Tolerância
Idade (por ano)	0,965 (0,943-0,987)	0,002	1,29	0,772
Renda familiar mensal (por salário mínimo)	2,057 (1,324-3,197)	0,001	1,24	0,809
Raça branca	1,706 (0,849-3,427)	0,133	1,03	0,971
Nível superior de escolaridade	<0,001 (<0,001 - >999.999)	0,983	1,45	0,688
Casada/União estável	1,228 (0,687-2,196)	0,488	1,19	0,840
Acesso a internet	4,378 (0,832-23,019)	0,081	1,10	0,908
Televisão como fonte de informação	0,854 (0,496-1,471)	0,570	1,07	0,933
Rádio como fonte de informação	0,497 (0,174-1,425)	0,194	1,09	0,916
Igreja como fonte de informação	<0,001 (<0,001 - >999.999)	0,983	1,45	0,688
Instagram como fonte de informação	0,982 (0,564-1,711)	0,949	1,12	0,893

IC 95%: intervalo de confiança 95%; OR: razão de Odds; VIF: Fator de inflação da variância.

A Tabela 10 apresenta a análise univariada dos fatores associados a intenção das mulheres em certamente vacinar seus filhos contra o HPV. Acesso a internet ($p = 0,0026$), ter televisão como fonte de informação ($p < 0,001$) e conhecimento quanto a associação entre o HPV e o CCU ($p = 0,030$) estiveram associados a maior certeza quanto a intenção de vacinar de os filhos contra o HPV.

Tabela 10. Análise univariada dos fatores associados a intenção das mulheres em certamente vacinar seus filhos contra o papilomavírus humano (HPV) (n = 302)

Variável	Com certeza quanto a vacinação dos filhos contra HPV (n = 218)	Sem certeza quanto a vacinação dos filhos contra HPV (n = 84)	Valor de p
Idade, anos, mediana (IQ25-75%)	34,0 (26,0-47,0)	35,0 (23,0-43,0)	0,174
Cor branca, n (%)	40 (18,3)	16 (19,0)	0,889
Nível superior de escolaridade, n (%)	3 (1,4)	3 (3,6)	0,221
Casada/União estável, n (%)	89 (40,8)	36 (42,9)	0,748
Renda familiar mensal, salários mínimos, mediana (IQ25-75%)	1,2 (0,9-1,9)	1,4 (1,0-2,0)	0,664
Acesso a internet, n (%)	196 (89,9)	82 (97,6)	0,026
Religião, n (%)			0,344
Católica	141 (64,7)	53 (63,1)	
Protestante/Evangélica	47 (21,6)	22 (26,2)	
Espírita	8 (3,7)	5 (6,0)	
Sem religião	22 (10,1)	4 (4,8)	
Fonte de informação, n (%)			
Televisão	139 (63,8)	36 (42,9)	<0,001
Rádio	31 (4,2)	4 (4,8)	0,121
Profissionais de saúde	77 (35,3)	38 (45,2)	0,112
Igreja	10 (4,6)	3 (3,6)	0,697
Facebook	93 (42,7)	30 (35,7)	0,271
Instagram	94 (43,1)	30 (35,7)	0,241
WhatsApp	74 (33,9)	27 (32,1)	0,766
Vizinhos/Parentes/Amigos	35 (16,1)	14 (16,7)	0,897
Conhecimento da associação entre o HPV e o CCU, n (%)	47 (21,6)	9 (10,7)	0,030

CCU: câncer de colo uterino; IQ 25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

A Tabela 11 apresenta a análise multivariada dos fatores associados a intenção das mulheres em certamente vacinar seus filhos contra o HPV. Televisão como fonte de informação e conhecimento quanto a associação entre o HPV (OR: 2,295, IC95%: 1,335-3,950, $p = 0,003$) e o CCU (OR: 2,376, IC95%: 1,086-5,200, $p = 0,030$) estiveram independentemente associados a aumento da certeza quanto a intenção de vacinar de seus filhos contra o HPV.

Tabela 11. Análise multivariada dos fatores associados a intenção das mulheres em certamente vacinar seus filhos contra o papilomavírus humano (HPV) (n = 302)

Variável	OR (IC 95%)	Valor de p	VIF	Tolerância
Idade (por ano)	0,996 (0,974-1,020)	0,719	1,23	0,815
Acesso a internet	0,238 (0,047-1,210)	0,084	1,17	0,854
Televisão como fonte de informação	2,295 (1,335-3,950)	0,003	1,07	0,933
Rádio como fonte de informação	2,079 (0,645-6,700)	0,220	1,13	0,882
Profissionais de saúde como fonte de informação	0,760 (0,443-1,300)	0,320	1,06	0,941
Conhecimento da associação entre a infecção pelo HPV e o CCU	2,376 (1,086-5,200)	0,030	1,01	0,995

CCU: câncer de colo uterino; IC 95%: intervalo de confiança 95%; OR: razão de Odds; VIF: fator de inflação da variância.

6.2 SEGUNDA FASE

O grupo focal, realizado para melhor compreensão das percepções e demandas das mulheres quanto às ações de prevenção do CCU, contou com a participação de 11 mulheres, que foram convidadas entre as participantes da primeira fase e que se dispuseram a participar da segunda fase da pesquisa. As idades variaram de 19 a 50 anos, sendo seis solteiras (54,5%), quatro casadas ou em união estável (36,4%) e uma divorciada (9,1%). A maioria das participantes tinha uma renda familiar de até 2 salários mínimos (n = 9, 81,8%). Em relação à escolaridade, três possuíam 1º grau completo (27,3%), duas 2º grau incompleto (18,2%), quatro 2º grau completo (36,4%) e duas ensino superior incompleto (18,2%).

A partir do *corpus geral*, o conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: Classe 1 – Facilidades percebidas em relação à prevenção do CCU na APS/ESF, Classe

2 – Dificuldades percebidas em relação à prevenção do CCU na APS/ESF, Classe 3 – Percepções durante o exame de prevenção do CCU (Papanicolau), Classe 4 – Percepções sobre o acesso à informação sobre a prevenção do CCU na família, comunidade, escola e mídias, Classe 5 – Conhecimento sobre o HPV e sua relação com o CCU, e Classe 6 – Demandas para a melhoria da assistência à saúde quanto à prevenção do CCU na APS/ESF.

6.2.1 Classe 1 - Facilidades percebidas em relação à prevenção do CCU na APS/ESF

A Classe 1 enfatiza as facilidades percebidas pelas mulheres no acesso a medidas de prevenção do CCU na APS/ESF. Em particular, as mulheres destacam a facilidade no agendamento do exame preventivo e as ações educativas e de esclarecimento realizadas pelos profissionais de saúde sobre a prevenção do CCU. Segundo as mulheres, o exame preventivo pode ser agendado diariamente, durante todo o horário de funcionamento da unidade. Além disso, as ações de educação em saúde e os esclarecimentos oferecidos pelos profissionais da APS/ESF, especialmente durante as visitas domiciliares, são fundamentais para incentivar as mulheres a realizarem o exame preventivo, Quadro 1.

Quadro 1. Facilidades percebidas em relação à prevenção do câncer de colo de útero (CCU) na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF)

Categoria central	Tema	Exemplo de verbalizações
Facilidades para realização da prevenção do CCU	Exame preventivo (Papanicolau) ser facilmente disponível	<p>"Acho tudo muito fácil, conseguir vir marcar o exame, assistir as palestras." (M1)</p> <p>"A facilidade sei que é marcar o exame." (M2)</p> <p>"Não posso falar muita coisa porque nunca vim no posto para esse assunto, mas pelo que já vi de minha mãe acho que é fácil fazer o exame aqui no posto." (M3)</p> <p>"Nas vezes que vim achei fácil marcar, fazer a prevenção." (M4)</p> <p>"É fácil marcar aí no balcão o preventivo, sempre as meninas tá aí e marca." (M5)</p> <p>"Nunca fiz o exame, mas sei que tem ele no posto e sei que é de graça e que deve ser fácil de marcar." (M8)</p> <p>"Aqui no posto vejo que sempre foi fácil marcar o exame de prevenção, sei que marca qualquer dia e qualquer hora né." (M9)</p> <p>"...Aqui a cidade é mais carente, mas consigo marcar mais fácil meu exame de prevenção." (M11)</p>
	Esclarecimentos por ações de educação em saúde	<p>"Acho tudo muito fácil, conseguir vir marcar o exame, assistir as palestras." (M1)</p> <p>"No dia que fiz a prevenção achei fácil, foi no dia que teve a palestra aqui, mais confortável também pela palestra que teve." (M6)</p>

	Atuação da equipe da ESF	<p>“... as agentes explicam tudo pra gente.” (M1)</p> <p>“...o pessoal do postinho sempre falava.” (M1)</p> <p>“...sempre a enfermeira está tirando dúvida.” (M2)</p> <p>“...continuar as meninas, as agentes de saúde passando, avisando nas casas. As vezes, as pessoas não lembram que tem esse serviço aqui no posto.” (M2)</p> <p>“Vim saber um pouco mais de prevenção pelos profissionais mesmo.” (M6)</p>
--	--------------------------	---

6.2.2 Classe 2 - Dificuldades percebidas em relação à prevenção do CCU na APS/ESF

A Classe 2 destaca as dificuldades percebidas pelas mulheres no acesso a medidas de prevenção do CCU na APS/ESF. Essas dificuldades podem ser agrupadas em duas categorias centrais: (1) fatores relacionados ao serviço de saúde e (2) fatores pessoais das mulheres. Entre os fatores relacionados ao serviço de saúde, uma das principais queixas é a demora ou a não entrega dos resultados dos exames preventivos (Papanicolau), com relatos de esperas de até três meses, o que desestimula a realização do exame e leva algumas mulheres a optarem por clínicas particulares para obter resultados mais rápidos. Além disso, a marcação de consultas médicas é outra barreira, pois muitas mulheres precisam acordar cedo para tentar garantir um atendimento, com algumas relatando que somente conseguem mostrar os resultados para enfermeiras e não para os médicos. A falta de comunicação e de visitas domiciliares também é uma preocupação significativa, pois algumas mulheres se sentem desinformadas sobre vacinas, reuniões e outras atividades, especialmente aquelas que não recebem visitas dos agentes comunitários de saúde. Por último, o acesso limitado a medicamentos representa um desafio, já que algumas mulheres não conseguem comprar os medicamentos prescritos devido a restrições financeiras, o que as desencoraja a buscar tratamento. Já, em relação aos fatores pessoais das mulheres, destaca-se a priorização das responsabilidades familiares em detrimento da saúde pessoal, o que pode atrasar ou até impedir que elas realizem os exames, assim como a falta de compreensão por parte dos cônjuges. Além disso, a falta de conhecimento sobre a importância do exame e o

medo do diagnóstico são fatores que contribuem para a não realização do exame preventivo do CCU, Quadro 2.

Quadro 2. Dificuldades percebidas em relação à prevenção do câncer de colo de útero (CCU) na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF)

Categoria central	Tema	Exemplo de verbalizações
Fatores associados ao serviço de saúde	Não entrega/Demora na entrega do resultado do exame preventivo (Papanicolau)	"A dificuldade é o exame chegar que demora muito. Quem está doente não espera três meses e às vezes nem chega." (M2) "Como o exame demora demais, tem hora que nem sinto vontade de vir fazer." (M4) "Fiz só uma vez aqui mesmo e demorou viu." (M5) "Difícil mesmo daqui do postinho é o exame mesmo que demora e as mulheres, às vezes, até prefere pagar lá nas clínicas para não passar raiva." (M5) "Faço mais no particular, né. Aqui demora demais a chegar." (M5) "A dificuldade que acho só é o resultado que demora, vai pra Goiânia pra depois voltar e algumas mulher deve achar isso ruim e não deve fazer ou deve pagar nas clínicas mesmo." (M9)
	Dificuldade para marcação de consulta médica	"O que é difícil é ter que acordar cedinho para mostrar o resultado pro médico. Sempre mostro só pra enfermeira." (M4) "Só sei que pra marcar médico que é mais difícil." (M10)
	Falta de comunicação, informação e visita domiciliar	"A dificuldade é não saber das notícias em casa, na minha casa as agentes não vão, fico sem saber de nada, de vacina, de reunião, de mutirão, isso é errado e ruim pra nós mesmo que fico desanimada com esse posto aqui." (M8) "Acho que as pessoas que não recebem visita das meninas que deve ter dificuldade..." (M1)
	Acesso limitado a medicamentos	"É difícil a enfermeira passar uma pomada e a gente não ter dinheiro pra comprar. Então nem adianta vim se a condição não permite comprar a pomada que a enfermeira passa." (M7) "Uma vez, a enfermeira me passou uma pomada pra vagina e eu não tinha dinheiro para ir lá naquela farmácia pública. Então, o que adianta exame se não tem o tratamento de graça." (M7)
Fatores pessoais das mulheres	Barreiras no domicílio	"A gente que não vem mesmo, fica cuidando de casa e filhos e esquece de se cuidar." (M1) "Acho que muita das vezes o preparo do exame afasta muitas mulheres porque não é todo marido que fica sem ter a relação sexual. Já aconteceu comigo inclusive de marcar o exame e faltar porque tem marido que não entende." (M9)
	Falta de conhecimento da	"Eu nunca fiz o exame e nunca me interessei de fazer e acho que o posto é tranquilo de agendar e fazer, eu que nunca quis vir mesmo" (M2)

importância do exame	<p><i>“Às vezes mulher não vem, desleixo mesmo, não sabe também que é importante.” (M5)</i></p> <p><i>“Eu mesma nunca fiz. Minha mãe disse que faz depois que não é mais virgem para saber de mau cheiro, de coceira. Nunca tive essas coisas. Então nunca vim atrás.” (M10)</i></p> <p><i>“Eu mesma não sei a serventia do preventivo. Acho que muitas mulheres acabam que não vem para posto fazer esse exame porque não sabem para o que ele serve.” (M11)</i></p> <p><i>“No posto, vejo só falar que faz o exame, mas não explica pra que serve, quem pode fazer. Então mais mulheres iriam vir se tivesse explicação.” (M11)</i></p>
Medo do diagnóstico	<p><i>“Às vezes mulher não vem, desleixo mesmo, não sabe também que é importante.” (M5)</i></p> <p><i>“Umas eu sei também que tem medo do exame dar alguma coisa perigosa e ficam empurrando com a barriga.” (M5)</i></p> <p><i>“Eu tenho medo de descobrir alguma coisa. Não tenho medo do exame em si e sim do resultado dar alguma coisa grave.” (M6)</i></p>

6.2.3 Classe 3 – Percepções durante o exame de prevenção do câncer do colo do útero (Papanicolau)

A Classe 3 aborda as percepções vivenciadas pelas mulheres durante a realização do exame de prevenção do CCU (Papanicolau). Nesse contexto, duas categorias centrais se destacam: (1) fatores emocionais e psicológicos e (2) interação com os profissionais de saúde. Quanto aos fatores emocionais e psicológicos, apesar de ser um procedimento simples, o exame de prevenção do CCU é frequentemente acompanhado por sentimentos como vergonha, constrangimento, medo e ansiedade. Na interação das mulheres com os profissionais de saúde, a questão de gênero surge como um fator que pode dificultar ou facilitar a experiência, sendo que a presença de um profissional do sexo feminino para a realização do exame tende a aumentar o conforto das usuárias, Quadro 3.

Quadro 3. Sentimentos vivenciados pelas mulheres durante o exame de prevenção do câncer do colo do útero (Papanicolau)

Categoria central	Tema	Exemplo de verbalizações
Barreiras emocionais e psicológicas	Vergonha	<p><i>“Ah sei lá, fico com vergonha.” (M1)</i></p> <p><i>“Eu sentia na hora de fazer muita vergonha e muito constrangimento.” (M2)</i></p> <p><i>“Eu nunca fiz, mas acho que vou sentir muita vergonha porque é normal sentir vergonha, a gente fica nua né e a pessoa vai ver tudo.” (M3)</i></p> <p><i>“Ah, bate uma vergonha na hora que entro na sala né.” (M4)</i></p> <p><i>“Eu fiquei foi com vergonha viu, não vou mentir, já tive três meninos que nasceram normal, mas a vergonha nunca acaba.” (M5)</i></p>

		<i>"Não fiz não, mas acho que na primeira vez vou ficar nervosa e vergonhosa, porque nunca fiquei assim pelada e a enfermeira me examinar, vou morrer de vergonha." (M10)</i>
	Medo	<i>"Quando eu era nova sentia medo porque as mulheres falavam muita coisa que deixava a gente assustada, que doía, que tinha um aparelho bico de pato que machucava." (M7)</i> <i>"Tenho medo de vir com doença ruim, alguma coisa que meu marido me passou, sei lá, não confio nesses homens." (M11)</i>
	Ansiedade	<i>"Ah sei lá, fico um pouco ansiosa porque descobrir né o que a gente tem, o que vai dar, então a gente fica um pouco ansiosa." (M1)</i> <i>"Fiquei ansiosa também, a pressão subiu um pouquinho, né" (M4)</i>
Interação com os profissionais de saúde	Percepção de gênero	<i>"...fico mais à vontade com a enfermeira, se fosse homem eu nem vinha." (M1)</i>

6.2.4 Classe 4 - Percepções sobre o acesso à informação sobre a prevenção do câncer de colo de útero na família, comunidade, escola e mídias

A Classe 4 aborda as percepções das mulheres sobre o acesso à informação sobre a prevenção do câncer de colo de útero na família, comunidade, escola e mídias. Essas percepções podem ser agrupadas em duas categorias centrais: experiências positivas e experiências negativas. Entre as experiências negativas, muitas mulheres mencionaram a falta de informações e orientações tanto na família quanto na escola, resultando em um entendimento tardio e inadequado sobre saúde reprodutiva. Além disso, destacou-se a pouca atenção que o CCU tem recebido nas mídias tradicionais, evidenciando uma lacuna histórica na comunicação direta e eficaz sobre a prevenção do CCU. Algumas mulheres também compararam as campanhas de prevenção do câncer de colo de útero com as de câncer de mama, apontando uma diferença na visibilidade e no enfoque. Por outro lado, nas experiências positivas, algumas mulheres relataram receber orientação e incentivo significativos de familiares, como mães e tias, que as ajudaram a reconhecer a importância do exame preventivo do CCU. Esse apoio familiar demonstrou ser crucial na educação em saúde. Além disso, a disseminação de informações através da internet e das mídias sociais tem contribuído para a conscientização sobre a prevenção do CCU. Algumas mulheres destacaram que a conscientização e o incentivo para realizar o exame preventivo vieram principalmente de cartazes em unidades de saúde e

conteúdos em redes sociais, indicando uma mudança gradual na forma como as informações sobre saúde são divulgadas, Quadro 4.

Quadro 4. Percepções das mulheres sobre o acesso à informação sobre a prevenção do câncer de colo de útero na família, comunidade, escola e mídias

Categoria central	Tema	Exemplo de verbalizações
Experiências positivas	Orientação e incentivo de familiares	<p>"Escutei através de minha tia quando eu tive minha primeira filha, ela falava, minha filha, você já teve filho, você tem que ir marcar e fazer a prevenção." (M1)</p> <p>"Na família, minha mãe sempre fala" (M3)</p> <p>"Quando tive meu primeiro filho, minha mãe já mandou eu vim fazer esse exame." (M8)</p> <p>"Desses lugares aí que você falou, só minha mãe mesmo que já me explicou que é importante, que tem que fazer o exame direto, que descobre doença sexualmente transmissível que causa mau cheiro, coceira na gente." (M10)</p>
	Internet e mídias sociais	<p>"Hoje em dia sempre vejo na internet." (M1)</p> <p>"Vejo desses assuntos no TikTok porque hoje em dia tem tudo na internet." (M3)</p>
Experiências negativas	Falta de informação na família	<p>"Minha família nunca me explicou nada, minha mãe, nada, nem da primeira menstruação nem de nada, foi tipo assim, eu fui aprendendo sozinha as coisas não sei se era vergonha, ou o jeito dela ou porque ela foi criada muito rígida também." (M2)</p> <p>"Ninguém de casa me ensinou nada." (M4)</p> <p>"Tudo fraca mesmo, em casa nem tive." (M5)</p> <p>"Na família não, não tive nenhuma ajuda, nem sabia o que era menstruar, eu não sabia." (M6)</p> <p>"São muito poucas, na minha época não falava muito desse assunto na família não, minha mãe mesmo não me explicou nada, não sei se ela entendia porque tudo era difícil antigamente." (M7)</p>
	Falta de informação na escola	<p>"Na época da escola, não tinha destes assuntos." (M1)</p> <p>"Na escola, não tinha na época." (M2)</p> <p>"Na escola nunca ouvi falar" (M3)</p> <p>"...na escola não via nada, não sei se hoje mudou." (M4)</p> <p>"Os professores também nada. Escutei falar na escola do de mama mesmo." (M5)</p>

		<p><i>“Na escola, também não escutava nada não.” (M7)</i></p> <p><i>“Na escola, não lembro de ter escutado não.” (M9)</i></p> <p><i>“Na escola, não ouvia falar.” (M11)</i></p>
	Pouco destaque quanto a prevenção do CCU nas mídias tradicionais	<p><i>“Até na televisão nem costuma alertar desse câncer do colo do útero. Até vejo mais falando só de câncer de mama mesmo, mulher que nem sabe que o preventivo é pra descobrir isso.” (M9)</i></p>

6.2.5 Classe 5 - Conhecimento sobre o HPV e sua relação com o câncer do colo do útero

A Classe 5 aborda o conhecimento das mulheres sobre o HPV e sua relação com o CCU. Observa-se uma variedade de níveis de conhecimento sobre o HPV e sua relação com o câncer do colo do útero. Algumas mulheres não sabem o que é HPV nem sua conexão com o câncer. Outras têm uma noção geral, sabendo que é uma infecção sexualmente transmitida, mas sem detalhes sobre sua relação com o CCU. Há também quem conhece a vacina contra HPV e sabe que é um vírus, mas não entende completamente sua relação com o câncer. De um modo geral, prevaleceu o conhecimento insuficiente sobre o HPV e o desconhecimento da associação do vírus com o câncer do colo do útero.

Quadro 5. Conhecimento sobre o HPV e sua relação com o câncer do colo do útero

Categoria central	Tema	Exemplo de verbalizações
Conhecimento sobre o HPV e sua relação com o câncer do colo do útero	Compreensão do HPV como Infecção Sexualmente Transmissível	<p><i>“Eu acho assim que é uma doença transmitida pelo sexo.” (M6)</i></p> <p><i>“Ouvi falar que é uma infecção que pega da relação né.” (M7)</i></p> <p><i>“Sei que é uma doença de rua mesmo, que pega de homem né, de sexo.” (M9)</i></p> <p><i>“Sei que é uma doença que passa pela relação sexual né, o parceiro pega na rua e passa pra gente.” (M11)</i></p>

	Desconhecimento sobre o que é o HPV	<p><i>"Ouvi falar esse nome, mas não sei o que é." (M4)</i></p> <p><i>"Já ouvi falar da vacina, mas não sei explicar não." (M5)</i></p> <p><i>"Já ouvi falar só desse nome mesmo, e que tem a vacina que até tomei ela aqui nem sei o que é." (M8)</i></p> <p><i>"Não sei." (M1)</i></p>
	Não associação do HPV com o câncer do colo do útero	<p><i>"...não sei o que causa na gente e o que tem a ver com o câncer." (M6)</i></p> <p><i>"...nem sei te falar dele com câncer não." (M7)</i></p> <p><i>"Do que tem com o câncer sei não, falta mais informação pra gente." (M9)</i></p> <p><i>"...não sei do câncer não, não sei se tem relação não." (M11)</i></p>

6.2.6 Classe 6 – Demandas para a melhoria da assistência à saúde quanto à prevenção do câncer do colo do útero na APS/ESF

A Classe 6 destaca as demandas das mulheres para a melhoria da assistência à saúde quanto à prevenção do CCU. A necessidade de reforçar as ações de educação em saúde e a atuação da equipe da APS/ESF foi enfatizada por diversas participantes, que reconheceram a eficácia das visitas domiciliares realizadas pelas agentes comunitárias de saúde. Essas visitas são vistas como fundamentais para lembrar as mulheres sobre a importância de realizar exames preventivos e para assegurar que as informações sobre os serviços disponíveis no serviço de saúde cheguem até a comunidade. Além disso, houve um forte apelo pela continuidade e intensificação das palestras educativas, que são consideradas cruciais para aumentar o conhecimento das mulheres sobre a prevenção do CCU. As participantes sugeriram a realização de mutirões de palestras e a ampliação dessas atividades para as escolas, visando alcançar também as adolescentes, muitas das quais ainda não recebem orientações adequadas sobre saúde reprodutiva em casa. A comunicação sobre a importância dos exames preventivos e do uso de métodos contraceptivos também foi mencionada como uma área que necessita de maior atenção, especialmente para aquelas mulheres que ainda não compreendem totalmente a relevância desses cuidados. De acordo com as participantes, quanto mais informadas as mulheres estiverem, maior será a probabilidade de que elas compartilhem essas

informações com outras pessoas em suas comunidades, criando assim um efeito multiplicador que pode potencializar os esforços de prevenção e educação em saúde, Quadro 6.

Quadro 6. Demandas em relação à melhoria da assistência à saúde das mulheres quanto à prevenção do câncer do colo do útero (CCU) na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF)

Categoria central	Tema	Exemplo de verbalizações
Demandas para melhoria da prevenção do CCU	Reforçar ações de educação em saúde e atuação da equipe da ESF	<p><i>"Igualmente as meninas fazem, elas passam nas casas das pessoas e falam do exame." (M1)</i></p> <p><i>"... as agentes de saúde passando, avisando nas casas porque às vezes as pessoas também nem lembra que tem esse serviço aqui no posto." (M2)</i></p> <p><i>"Persistir nas palestras acho que ajuda muita gente, traz mais conhecimentos." (M3)</i></p> <p><i>"Fazer sempre mutirão de palestra." (M5)</i></p> <p><i>"É bom ter mais palestras no posto, porque, quanto mais as mulheres souberem das coisas, mais elas vão se prevenir e explicar para uma amiga. Aí a notícia vai se espalhando." (M7)</i></p> <p><i>"Muitas coisas né, umas sei que não depende de vocês aqui, mas era bom falar mais desse assunto com a gente, tem muita mulher que não entende do assunto né, não sabe pra que serve o exame." (M9)</i></p> <p><i>"Podia ter mais palestras nas escolas para as meninas aprenderem porque muitas mães não explicam né sobre esse assunto não, reforçar que é importante usar a camisinha. Poderia ser também no posto, chamar mais as adolescentes mesmo e falar de tudo desse assunto." (M10)</i></p> <p><i>"Podia ter mais palestra pra gente." (M11)</i></p>

Melhorar o acolhimento, acessibilidade e a experiência das usuárias	<p><i>"Acho que é o acolhimento, de a gente chegar e ter alguém pra você perguntar e ter uma resposta segura. Muitas das vezes eles falam não sei quando, você tem que marcar, então a gente nunca tem uma resposta certa entendeu?" (M6)</i></p> <p><i>"Podia ter também o exame final de semana também porque muita mulher trabalha, se tivesse fim de semana acho que as mulheres iam fazer mais o exame, muitas não têm tempo né." (M11)</i></p>
Acelerar o processo de diagnóstico e retorno do resultado	<p><i>"Seria muito melhor se o resultado do exame chegasse rápido, sei que demora uns três meses para chegar, então se for alguma coisa grave a gente morre né." (M4)</i></p> <p><i>"...trocar de laboratório pro exame chegar rápido." (M9)</i></p>
Melhorar a comunicação	<p><i>"Fazer a propaganda na rádio para a mulherada vim, escutar sobre o assunto para aprender e fazer o exame para se prevenir." (M5)</i></p> <p><i>"Ter informação das coisas daqui do posto, ter um telefone ou outro jeito de espalhar essas notícias das coisas que faz aqui, dos exames. Eu mesmo não fico sabendo de nada, se eu não venho aqui fico por fora de tudo." (M8)</i></p> <p><i>"Colocar nas paredes daqui do posto, o médico falar nas consultas também." (M9)</i></p>

7 DISCUSSÃO

O CCU permanece um grave problema de saúde pública global, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, logo após o câncer de mama, com incidência elevada em países de baixa renda per capita (WHO, 2007; OPAS, 2016; WHO, 2020; INCA, 2022). De acordo com a OMS, a estratégia para a eliminação do CCU deve focar na vacinação contra o HPV, além do rastreamento regular por meio de exames preventivos e do tratamento adequado. Em nosso estudo, observamos uma alta taxa de vacinação contra o HPV entre mulheres de até 22 anos (87,5%), público-alvo que deveria ter recebido a vacina ao considerar as idades mínimas estabelecidas desde que a campanha de vacinação contra HPV foi implementada pelo MS em 2013, a qual visa vacinar 80% da população elegível (Brasil, 2013d; INCA, 2021; Brasil, 2022a; Brasil, 2022b). No entanto, apesar de 96,4% das mulheres já terem ouvido falar sobre o exame preventivo do CCU, apenas cerca de um quinto relatou realizar este exame com a frequência recomendada pelo MS (Brasil, 2013d; INCA, 2016). Além disso, identificou-se uma falta de conhecimento adequado sobre a importância do exame preventivo e da

relação entre o HPV e o CCU, o que destaca a necessidade de ações educativas em saúde para ampliar o entendimento das mulheres no que se refere a prevenção do CCU (Melo, 2016; Abreu *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2020b).

Nossos achados reforçam que o conhecimento das mulheres sobre o CCU ainda é insuficiente, o que dificulta a adoção de medidas preventivas e a detecção precoce dos sintomas, e contribui para o aumento dos casos. Outros estudos também identificaram esse problema (Vasconcelos *et al.*, 2011; Melo, 2016; Abreu *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2020b). Vasconcelos *et al.* (2011), em estudo com 250 usuárias de APS em Fortaleza, 98,4% das mulheres relataram ter ouvido falar sobre o exame de Papanicolaou, mas apenas 54,8% sabiam sua função como exame preventivo do CCU. Em outra pesquisa, Melo (2016) encontrou resultados semelhantes, com 99,6% das mulheres sabendo referir o que era o exame de Papanicolaou, mas apenas 35,2% possuíam conhecimento adequado sobre sua finalidade. Esses dados indicam que, embora as mulheres conheçam o exame preventivo do CCU, muitas não compreendem sua importância ou a frequência recomendada para realizá-lo. Além disso, muitas só fazem o exame quando solicitado por profissionais de saúde, destacando a necessidade de um melhor esclarecimento por parte da equipe da APS/ESF e de ações educativas mais eficazes.

A elevada proporção de mulheres com conhecimento inadequado sobre a prevenção do CCU destaca a urgência de reavaliar as práticas preventivas promovidas pelos profissionais de saúde. A implementação contínua dessas práticas pode capacitar as mulheres a se tornarem agentes de mudança em suas comunidades, incentivando outras mulheres, especialmente aquelas que não realizam o exame regularmente ou fora dos períodos recomendados, a adotarem práticas preventivas adequadas (Vasconcelos *et al.*, 2011; Melo, 2016; Abreu *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2020b). Nesse aspecto, um dado preocupante encontrado em nosso estudo foi que 79,5% das mulheres questionadas nunca participaram de atividades educativas sobre o CCU, mesmo sendo a educação em saúde uma ferramenta crucial para a conscientização quanto à prevenção e à detecção precoce dessa doença. As razões para isso podem incluir a falta de conhecimento sobre essas atividades ou a ausência de convites, sugerindo uma falha significativa na comunicação e na disseminação de informações preventivas na unidade estudada. A educação em saúde é crucial para promover comportamentos saudáveis e prevenir doenças, combinando saberes populares, senso comum e científicos, e capacitando as pessoas a desenvolver uma visão crítica sobre o cuidado com a saúde (Ramos *et al.*, 2018).

A educação em saúde é vista como uma estratégia fundamental na formação de comportamentos que promovam a saúde, estimulando a busca por soluções e a organização de ações individuais e coletivas. Nessa perspectiva, o conhecimento científico atinge a rotina dos indivíduos, que passam a compreender os fatores determinantes do processo saúde-doença, adotando novos hábitos e práticas de promoção à saúde. A continuidade e a frequência das palestras são vistas como formas eficazes de educar e sensibilizar as usuárias do território, fomentando mais conhecimento e divulgando informações essenciais. No grupo focal realizado em nosso estudo, sugestões como a realização de mutirões envolvendo palestras e exames de Papanicolau são apontadas como meios de alcançar um maior número de mulheres, especialmente aquelas com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A divulgação desses momentos por meios de comunicação locais, como a televisão, e redes sociais é considerada uma maneira eficaz de atrair e incentivar a participação (Rodrigues, 2012).

Nos dias atuais, as práticas educativas em saúde devem focar na construção de sujeitos ativos, capazes de gerenciar e cuidar de sua própria saúde, e não de simplesmente controlar e disciplinar as pessoas. Apesar da comunidade comumente apontar impossibilidades, desinteresse e a valorização de aspectos curativos como obstáculos à participação em atividades educativas, os depoimentos das pessoas que participam dessas atividades reforçam a necessidade de maior incentivo, diversificação das atividades e melhor comunicação, favorecendo a interação social e a saúde. No entanto, observa-se ainda que quando "pessoas de fora" são convidadas para liderar essas atividades, elas tendem a ser conduzidas de maneira autoritária, repetitiva e puramente discursiva, desconsiderando a individualidade dos participantes e a complexidade de suas realidades, sugerindo a importância de que a própria equipe de saúde local seja a responsável pela condução dessas atividades (Marin *et al.*, 2013).

Chama a atenção que nosso estudo incluiu uma população socialmente vulnerável, na qual pelo menos 75% das mulheres possuía renda familiar de até dois salários mínimos. Estudos apontam uma associação significativa entre o CCU e o baixo nível socioeconômico (Falcão, 2022). Os grupos mais vulneráveis a essa doença são aqueles que enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento do CCU e de suas lesões precursoras, as quais podem decorrer de dificuldades geográficas e econômicas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo, preconceito e desconsideração de sintomas importantes (Brasil, 2002).

O CCU é altamente estigmatizado e, frequentemente, associado à morte, o que ressalta a importância de melhorar o entendimento sobre a doença para que as mulheres possam agir de forma adequada na prevenção e, quando necessário, no tratamento (Melo, 2016; Abreu *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2020b). É fundamental que as mulheres compreendam os fatores associados ao desenvolvimento do CCU, especialmente em relação ao HPV, um vírus transmitido principalmente por via sexual, com potencial cancerígeno, que pode ser prevenido tanto pelo uso de medidas protetivas nas relações sexuais quanto pela vacinação. Além disso, é essencial que saibam que o exame preventivo permite o rastreamento de alterações celulares causadas pelo vírus e a detecção precoce do CCU, prevenindo a progressão da doença. Esse conjunto de informações constitui o conhecimento básico necessário para a população (Silva *et al.*, 2020b).

Assim como observado em nosso estudo, Abreu *et al.* (2018) destacam que há um déficit significativo no conhecimento sobre o HPV e que, muitas vezes, as informações disponíveis são pouco qualificadas, o que pode resultar em percepções equivocadas e comportamentos de risco para a saúde, inclusive do parceiro (Silva *et al.*, 2020b). Esse déficit de conhecimento torna-se ainda mais evidente quando, no grupo focal realizado em nosso estudo, foi relatada a falta de compreensão por parte do cônjuge sobre a importância do exame preventivo, revelando que as mulheres enfrentam dificuldades pessoais que interferem na busca por cuidados de saúde. Além disso, nesse grupo, muitas mulheres relataram priorizar responsabilidades familiares em detrimento de sua própria saúde, colocando o bem-estar da família — como o cuidado com filhos, marido e casa — antes de sua própria saúde. A priorização do cuidado com os outros, comum entre as mulheres, frequentemente as impede de buscar atendimento de saúde para si mesmas, o que compromete a prevenção e o tratamento de doenças como o CCU. Essa tendência de negligenciar o próprio bem-estar pode aumentar o risco de desenvolver doenças graves, devido ao atraso na detecção e no tratamento precoce (Souza, 2023). Entender essas dificuldades pode favorecer a criação e o desenvolvimento de ações eficazes para reduzir as iniquidades no acesso aos cuidados de saúde preventiva e melhorar os resultados de saúde das mulheres em relação ao CCU.

Em nosso estudo, ficou destacada a importância atribuída pelas mulheres à disponibilidade dos profissionais de saúde da APS/ESF, especialmente enfermeiras e ACSs, em fornecer orientações claras sobre o CCU. Esse cuidado cria um ambiente propício ao acolhimento adequado e às visitas domiciliares, que incentivam a prevenção

e devem ser cada vez mais reforçados nas equipes da APS/ESF. Nesse aspecto, as ACSs são frequentemente destacadas como peças-chave na comunicação e orientação sobre os serviços de saúde oferecidos pela unidade, desempenhando um papel crucial na disseminação de informações sobre temas de saúde, incluindo o CCU, diretamente nos domicílios. No entanto, foi apontada a dificuldade causada pela ausência dessas profissionais em algumas residências, o que pode comprometer a comunicação entre a comunidade e os serviços da APS (Santos *et al.*, 2021).

Deve-se destacar que as ACSs são essenciais para integrar a comunidade aos serviços de saúde. Suas atividades abrangem o conhecimento do perfil populacional da área, a identificação de grupos de risco para os agravos a saúde, a facilitação de visitas domiciliares e a promoção da educação em saúde, todas indispensáveis para reduzir a incidência e a mortalidade associadas ao CCU (Santos *et al.*, 2021). Ademais, existem diversas expectativas quanto ao papel das ACSs, pois essas profissionais são vistas como parte fundamental da educação em saúde, observadoras da comunidade e organizadoras do acesso, trabalhando em conjunto com a equipe, particularmente com a enfermeira, para desenvolver estratégias que alcancem a comunidade e promovam um cuidado integral à saúde (Lopes, 2016).

Ao realizarem a visita domiciliar, a rotina das ACSs é cercada de oportunidades ao estabelecer um contato direto com os indivíduos e suas famílias, o que permite identificar as necessidades de saúde e fornecer orientações relevantes para a comunidade, atuando como mediadoras entre o sistema de saúde e as famílias. Pode-se dizer que suas atribuições profissionais transcendem sua formação o que torna necessária a atualização e a capacitação frequente dessas profissionais para o alcance da promoção da saúde e o fortalecimento do SUS. Nesse aspecto, há a necessidade de priorizar a saúde da mulher através da prevenção do CCU na qualificação do ACS, justificados pelos dados alarmantes de morbidade e mortalidade por essa condição, que são em grande parte consequência da falta de informação, em especial, sobre sua prevenção (Silva *et al.*, 2012; Dias *et al.*, 2021).

Mulheres que têm acesso contínuo ao sistema de saúde e recebem informações diretamente dos profissionais de saúde apresentam maior adesão aos exames preventivos, em comparação com aquelas que não possuem esse vínculo (Melo *et al.*, 2019). A educação em saúde é uma ação essencial nos serviços da APS. Todos os profissionais da APS/ESF devem participar dessa educação, incentivando os indivíduos

a reconhecer a importância do cuidado e a identificar fatores de risco, prevenindo assim o CCU (Monti Gratão *et al.*, 2023).

As unidades da APS são ambientes ideais para práticas educativas, graças ao trabalho multiprofissional e ao acesso direto à comunidade. Lopes (2016), ao analisar os saberes e as práticas das ACSs sobre a prevenção do CCU, observou que a maioria das agentes demonstrava conhecimento baseado na literatura científica, apresentando um forte compromisso em orientar sobre os aspectos preventivos e em facilitar o acesso à APS e utilizando uma linguagem acessível para garantir que as mulheres compreendessem os conceitos e fatores de risco relacionados ao CCU.

Em nosso estudo, foi observada uma confiança significativa das mulheres com a APS/ESF. Quando questionadas sobre a procura por consultas de revisão (consulta de rotina/check-up), 72,5% das mulheres afirmaram que “com certeza sim” recorreriam a APS/ESF antes de buscar outro serviço de saúde. A maioria, 85,8% responderam “com certeza sim” quando questionadas se os profissionais médicos(as) e/ou enfermeiros(as) entendiam suas perguntas de forma adequada e 86,1% responderam “com certeza sim” quando questionadas se esses profissionais respondiam suas perguntas de uma maneira compreensível. Essa confiança facilita o planejamento e a execução de ações que promovam a equidade e a qualidade dos atendimentos preventivos relacionados ao CCU, reduzindo disparidades e trazendo benefícios significativos para a saúde das mulheres no território estudado.

Em um estudo realizado em Flores, Pernambuco, as mulheres também destacaram o papel dos(as) enfermeiros(as) e dos(as) ACSs na provisão de orientações sobre o exame preventivo do colo do útero. A pesquisa revelou que muitas delas mantinham um bom vínculo com esses(as) profissionais, o que facilitava a realização do exame Papanicolau. Nesse contexto, o(a) enfermeiro(a) se destacou como figura central na equipe multidisciplinar, capacitado(a) para fornecer uma educação preventiva eficaz, utilizando seu conhecimento sobre o CCU e o exame preventivo (Oliveira; Lima, 2023).

É importante destacar que, em nosso estudo, observou-se que as mulheres mais velhas tendem a confiar mais nos profissionais de saúde como fonte de informação sobre sua saúde. Isso ressalta a necessidade de uma atuação mais eficaz da equipe de APS/ESF na disseminação de informações preventivas sobre o CCU entre as mulheres mais jovens. Além disso, de modo geral, as mulheres com 23 anos ou mais avaliaram melhor os serviços prestados na APS/ESF do que as mulheres com até 22 anos. As mulheres mais jovens também demonstraram menor conhecimento em várias áreas:

ouviram falar menos frequentemente sobre a prevenção do CCU, participaram menos de atividades educativas sobre o tema, tinham menos conhecimento sobre as causas do CCU e o exame preventivo, realizaram o exame preventivo com menor frequência, conforme o protocolo assistencial, e associaram menos o HPV ao CCU. Esses dados indicam que as mulheres com até 22 anos necessitam de atenção especial nas estratégias de prevenção do CCU. Fortalecer a educação em saúde e a comunicação voltada para esse grupo pode ser crucial para melhorar sua compreensão sobre o CCU e, conseqüentemente, aumentar a adesão às práticas preventivas recomendadas (Melo *et al.*, 2019; Paula *et al.*, 2019).

Para melhorar o conhecimento sobre o CCU e o HPV, além de desenvolver uma estratégia de comunicação pela APS/ESF mais eficaz, é fundamental entender as fontes de informação utilizadas pelas mulheres. Em estudo realizado por Falcão (2022), foi observado 88,6% das mulheres tinham ouvido falar sobre o exame de prevenção do CCU. Dentre essas mulheres, 51,8% haviam recebido estas informações pelos profissionais de saúde, enquanto 30,3% obtiveram conhecimento por meio da televisão. Em nosso estudo, embora a televisão tenha sido a principal fonte relatada, destaca-se o crescente uso da internet, redes sociais e aplicativos de mensagens, especialmente entre as mulheres mais jovens, até 22 anos de idade. Nesse grupo etário, todas as mulheres relataram ter acesso à internet, sendo o uso do Instagram, Facebook e WhatsApp mais frequente do que o da televisão.

O uso de mídias, como a televisão e a internet, pode se constituir em uma maneira de implementar ações educativas. Esses meios de comunicação exigem uma atenção especial pois podem amplificar, significativamente, as campanhas de sensibilização, desde que o conteúdo seja avaliado por profissionais de saúde e esteja em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde (Monti Gratão *et al.*, 2023). Em geral, as mensagens audiovisuais são mais facilmente assimiláveis por enriquecerem o processo educativo ao estimular os sentidos da audição e visão, favorecendo a criação de memórias visuais, que tendem a ser mais duradouras do que as auditivas, o que permite uma melhor retenção da informação (Teixeira, 2015).

Com a disseminação do acesso à internet, as redes sociais e as comunidades virtuais no âmbito da saúde, têm havido um crescimento considerável em diversas áreas, em especial nas de doenças crônicas, como o câncer, por favorecer a disseminação do conhecimento de forma ampla para as pessoas inseridas nesses meios, possibilitando que elas relatem suas próprias experiências e adquiram novas informações,

consequentemente novos conhecimentos. Esse meio torna-se importante, uma vez que, nem sempre essas pessoas conseguem acesso efetivo aos serviços de saúde (Melo; Vasconcellos-Silva, 2018). Ademais, ao criar possibilidades, as novas tecnologias de informação vêm ganhando destaque por que proporcionam o aumento da interação com as pessoas e criam um espaço propício para a construção do conhecimento. As redes sociais podem prestar um auxílio significativo frente às diversas situações, principalmente quando voltadas para promoção de saúde. Essas redes permitem que mais ações sejam desenvolvidas e promovem uma compreensão mais acessível para a população (Azevedo; Silva; Magalhães, 2019).

Outro ponto importante é a limitada participação da família na educação das mulheres sobre o tema. No grupo focal, enquanto algumas mulheres relataram terem recebido orientação e incentivo de familiares, outras destacaram a ausência de informações e orientações dentro do ambiente familiar. Ademais, a falta de ações educativas sobre a prevenção do CCU nas escolas foi bastante evidenciada, sugerindo que esses espaços poderiam ser aproveitados com maior frequência para a realização de atividades educativas.

O principal objetivo das ações de diagnóstico precoce é possibilitar a confirmação do CCU o mais rápido possível. Para que isso ocorra é fundamental diminuir as barreiras de acesso e melhorar a qualidade dos serviços ofertados, além de assegurar a continuidade e integralidade do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2021). A coleta citológica ou exame de Papanicolaou é realizado na rede básica de saúde do Brasil por enfermeiros ou médicos devidamente capacitados. No contexto das equipes da Estratégia de Saúde da Família, os enfermeiros desempenham um papel importantíssimo em todas as atividades de controle do câncer do colo uterino. Na atenção primária, a maior parte das coletas citológicas é feita por enfermeiros, evidenciando que esses profissionais são essenciais nesse processo (Eduardo, 2008). A disponibilidade do exame Papanicolaou nas unidades de Estratégia de Saúde da Família representa um pilar para a promoção da saúde da mulher e consequentemente da prevenção do câncer de colo uterino. No contexto do presente estudo, verificou-se que 81,1% das mulheres responderam a opção “com certeza sim” quando questionadas sobre a realização do exame na unidade. Esse percentual indica que uma maioria considerável estão cientes da disponibilidade deste exame.

Com isso, diversos fatores, incluindo facilidades percebidas pelas mulheres, podem influenciar sua busca por cuidados de saúde preventivos e consequentemente fomentar

práticas de saúde voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados. Esse estudo mostra os relatos das facilidades encontradas unidade, envolvendo a prevenção do câncer do colo uterino, tais como a facilidade na marcação do exame Papanicolau, na participação de educação em saúde através de palestras e mutirões. Carvalho *et al.* (2016) em seu estudo também comprovou que a maioria das mulheres não apresentou dificuldades no acesso aos serviços, as mesmas realizam o Papanicolau sem fatores de interferência. As unidades de atenção primária à saúde desenvolvem um trabalho de prevenção do câncer de colo uterino, com um ampliado acesso das mulheres aos serviços com foco na promoção da saúde e detecção precoce de problemas de saúde. Dessa maneira, esses dados revelam não haver dificuldades de acesso ao Papanicolau na APS. Ainda como facilidades do serviço, foi descrito os profissionais de saúde, especialmente enfermeiras e ACS, mencionados como facilitadores, fornecendo esclarecimentos sobre esse tipo de câncer.

A existência de unidades de Estratégia de Saúde da Família é um fator que contribui para o aumento do acesso aos serviços de saúde. Essas unidades atuam em áreas geograficamente delimitadas o que torna fácil o acesso a comunidade e a busca ativa das pessoas quando necessário. Por outro lado, as longas distâncias que os indivíduos precisam percorrer para ter acesso aos serviços de saúde podem impedir a busca por atendimento, o que está associado à incidência do CCU principalmente em regiões socioeconomicamente desfavorecidas e com acesso restrito aos serviços de saúde (Carvalho *et al.*, 2016).

Apesar do exame de prevenção do CCU ser oferecido na atenção básica, ainda há mulheres que não realizam este exame. Com frequência esse câncer é diagnosticado em estágio avançado durante a primeira consulta, o que diminui as chances de cura. É fundamental promover a conscientização sobre a importância do Papanicolau para aumentar a adesão a essa prática preventiva (Paula *et al.*, 2019). A falta de adesão ao exame Papanicolau aumenta a vulnerabilidade das mulheres ao diagnóstico tardio do câncer de colo do útero ou ao diagnóstico de carcinoma invasivo. Em populações com menor nível de instrução, essa evidência pode dificultar ainda mais a adesão ao tratamento, resultando em um aumento da mortalidade entre as mulheres afetadas por esse câncer (Paula *et al.*, 2019).

A periodicidade recomendada para o rastreamento do CCU no Brasil é de três anos, após dois exames consecutivos normais realizados com um intervalo de um ano. Essa orientação é justificada pela falta de evidências que indiquem que o rastreamento

anual seja significativamente mais eficaz do que o realizado a cada três anos. Ao considerar que a progressão da doença é lenta, o intervalo de três anos é suficiente para detectar lesões precursoras e iniciar o tratamento necessário. A repetição do exame, um ano após o primeiro, busca diminuir a chance de resultados falso-negativos na primeira fase do rastreamento. Essa recomendação está alinhada com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde e de diversos países com programas de rastreamento organizados (OPAS, 2016).

O acesso aos serviços de saúde tem sido avaliado como um dos componentes fundamentais na atenção à saúde. O aspecto sócio-organizacional da acessibilidade envolve os atributos relacionados aos recursos e à organização dos serviços, os quais podem facilitar ou dificultar os esforços dos usuários na busca por cuidados referentes a sua saúde (Ribeiro; Santos; Teixeira, 2011).

Ao analisar as dificuldades relatadas é possível identificar padrões comuns que emergem das experiências relatadas por mulheres em diferentes contextos, essas falas destacam desafios como a demora em receber os resultados do exame Papanicolau ou até mesmo a não chegada dos mesmos, dificuldade para marcação de consultas médicas. Além disso a falta de comunicação e informação sobre os serviços disponíveis na unidade, com número reduzido de ACS que poderiam realizar essa função. Foi relatado também o acesso limitado a medicamentos pois inexistente uma farmácia dentro da unidade para dispensação de medicamentos e outros insumos para a população. Em nosso estudo, embora as mulheres tenham relatado facilidade de acesso para a realização do exame de prevenção do CCU, com agendamentos contínuos durante o horário de funcionamento da unidade, foi identificada a necessidade de expandir a disponibilidade desse exame para horários alternativos, especialmente nos finais de semana. Isso se deve ao fato de que nem todas as mulheres conseguem comparecer nos horários atualmente oferecidos. Além disso, a demora na entrega dos resultados dos exames e, conseqüentemente, o agendamento das consultas de retorno para a entrega desses resultados, revela dificuldades na acessibilidade organizacional. Carvalho *et al.* (2016) observaram que, em diversos casos, um tempo de espera prolongado para a entrega dos resultados dos exames faz com que as mulheres não retornem para recebê-los, possivelmente por medo do diagnóstico, o que pode resultar em um acompanhamento incompleto. A dificuldade na marcação de consultas médicas também foi um problema relatado em nosso estudo, sendo relatado especialmente um número limitado de vagas para consulta e a necessidade de acordar muito cedo para garantir um lugar na fila para essas consultas.

A demora ou a perda dos resultados dos exames preventivos provoca transtornos consideráveis ao paciente, acarretando em perda de tempo e prejuízo financeiro devido às visitas repetidas à unidade na tentativa de obter os resultados. Além disso, pode ocasionar prejuízos emocionais devido à incerteza em relação aos resultados, aumentando a expectativa e preocupação de uma possível alteração do exame ou necessidade de repeti-lo. Tal cenário remete para um descrédito da instituição de saúde e conseqüentemente dos profissionais de saúde que a compõe (Ribeiro; Santos; Teixeira, 2011).

Carvalho *et al.* (2016) em seu estudo realizado no município de Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul compartilhou experiência semelhante. Das 52 mulheres que participaram, duas delas queixaram, em seu discurso, da demora na análise do exame Papanicolau bem como da demora na obtenção de seu resultado.

As consultas médicas, na unidade de saúde desse estudo, são agendadas semanalmente, resguardando as vagas para demanda espontânea e para as linhas de cuidado preconizadas pelo Ministério da Saúde, que podem ser agendadas a qualquer momento na recepção tais como a atenção aos hipertensos, diabéticos, pré-natal e puericultura. A população cadastrada da área coberta por agentes comunitários de saúde do território ultrapassa 6.100 pessoas, além de ter que atender uma área extensa descoberta e também uma área de influência que busca a unidade para diversos tipos de serviços.

Gomide *et al.* (2018) traz em sua pesquisa que os usuários descrevem a marcação de consulta médica da Estratégia de Saúde da Família como de grande demora, o que gera insatisfação. O fato de ter que esperar para ser atendido, além de gerar insatisfação, faz com que o usuário sinta que seu direito de acesso à saúde seja prejudicado. Nesse mesmo estudo, foi abordado também a importância que os profissionais médicos possuem dentro da ESF, em que se o profissional médico não está disponível para atendimento, nenhum outro profissional da equipe é visto pelos usuários como capacitados para ofertar outras respostas ou condutas que precisam naquele momento, caracterizando-se assim como uma procura de uma assistência pautada no modelo biomédico.

Entendendo essa realidade, algumas mulheres expõem a dificuldade na marcação de consultas médicas, muitas associam a análise do exame de prevenção do CCU ao profissional médico. Isso mostra que o papel dos enfermeiros pode ser subestimado

quando comparado aos médicos, levando a desconfiança sobre a confiabilidade e precisão no momento da consulta de Enfermagem.

A realização do exame essencial para a prevenção do câncer do colo do útero, exterioriza vários sentimentos nas mulheres que o vivenciam. Foi possível analisar de uma maneira mais detalhada os sentimentos expressos pelas mulheres em relação ao exame Papanicolau, evidenciando a complexidade das emoções envolvidas nesse exame tão importante na saúde da mulher.

Esse exame apesar de simples pode ser acompanhado por vários sentimentos, dentre eles a vergonha e o constrangimento. Em vários estudos, esses sentimentos têm sido relatados como uma significativa barreira que influencia na adesão das mulheres ao Papanicolau. Embora esses sentimentos possam variar de acordo com o contexto individual, cultural e social, é fundamental entender como eles se manifestam e como podem influenciar na adesão das mulheres, só assim é possível criar maneiras de intervir sobre essa realidade. No grupo focal realizado em nosso estudo, observou-se que a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau) é frequentemente acompanhada por sentimentos como vergonha, constrangimento, medo e ansiedade, o que ressalta a complexidade das emoções envolvidas nesse exame essencial para a saúde da mulher. Cada mulher é um indivíduo único, com uma percepção pessoal do contexto que envolve a realização do exame preventivo de CCU. Embora o procedimento possa parecer simples para o profissional de saúde, ele pode ser vivido pela mulher como uma experiência invasiva, tanto física quanto psicologicamente. Isso se deve ao fato de que cada mulher carrega suas próprias experiências sociais, culturais, familiares e religiosas ao buscar o serviço de saúde, o que pode influenciar significativamente sua experiência com o exame (Jorge *et al.*, 2011).

Martins Lima *et al.* (2023) traz em seu estudo que a mulher ao realizar o exame não consegue ficar à vontade o que pode estar ligado ao fato de ter que expor seu corpo. A vergonha ao realizar o exame é um dos sentimentos mais recorrentes, a exposição do corpo remete a questões socioculturais, individuais o que pode levar ao surgimento de sentimentos negativos de conflitos e bloqueio para algumas mulheres. Essas resistências geralmente são informadas como constrangimento e vergonha.

O sentimento de vergonha tem um impacto significativo quando o Papanicolau é conduzido por um profissional do sexo masculino, em contraste com a situação em que o examinador é do sexo feminino. Essa distinção pode ser atribuída à possível sensação de cumplicidade entre indivíduos semelhantes, compartilhando a mesma anatomia e, talvez,

experiências semelhantes de desconforto com a exposição do corpo, o que pode gerar expectativas de maior compreensão (Jorge *et al.*, 2011).

Outro estudo, este realizado em Londrina (PR) com 169 mulheres, o sentimento relatado com mais predominância ao realizar o Papanicolau, foi o sentimento de vergonha referidos por 55,6% das mulheres entrevistadas. A vergonha representa um obstáculo significativo para a realização do exame e pode levar à interrupção do cuidado. A exposição do corpo durante o procedimento do exame de Papanicolau é uma experiência intensa para a mulher, o que a coloca em uma posição de vulnerabilidade, sujeita ao toque, manipulação e avaliação de seu corpo por outra pessoa. O momento de estar despida gera uma sensação de fragilidade do ser humano, submetido passivamente à ação de terceiros, além de gerar sentimento de impotência, desamparo e perda do controle sobre o próprio corpo, especialmente devido à posição ginecológica assumida (Silva *et. al*, 2015).

Surgiram, durante a análise das respostas das participantes, outros sentimentos como medo e ansiedade. Esses sentimentos, assim como a vergonha e o constrangimento, desempenham um papel significativo na percepção e na experiência das mulheres durante o procedimento do exame de prevenção do CCU. A ansiedade e o medo podem surgir devido à antecipação da dor ou ao desconforto emocional associado à exposição física, à incerteza sobre o resultado do exame, à intimidade exigida pelo procedimento, dentre outros motivos. Esses aspectos adicionais da experiência das mulheres ampliam a compreensão dos desafios enfrentados na realização do Papanicolau e destacam a importância de abordar a diversidade dos aspectos emocionais associados a esse exame ginecológico.

O sentimento de medo surge de experiências negativas, tanto vivências próprias quanto vivências relatadas por outras mulheres, durante coletas anteriores do exame Papanicolau. Esse medo está associado à apreensão quanto à dor durante o procedimento e ao receio de receber um diagnóstico positivo para o câncer. Esse sentimento experimentado durante a coleta leva algumas mulheres a adiarem a realização do exame Papanicolau, evidenciando a falta de informação sobre a importância do diagnóstico precoce, que oferece maiores chances de cura e tratamentos menos invasivos (Silva *et al.*, 2015).

Estudo realizado em Fortaleza, Ceará, com 35 mulheres corrobora com o mesmo sentimento apresentado neste estudo. Ao se submeterem ao exame Papanicolau, manifestaram ansiedade em relação ao resultado. O câncer é uma condição crônico-

degenerativa que provoca grande temor, complicações, mudanças radicais de hábitos, desafios diversos, oscilações emocionais e a busca por explicações para sua existência. Neste cenário, a ansiedade é vivenciada de forma individual por cada uma, influenciada por suas experiências de vida. É evidente que esse sentimento as coloca em uma posição desconfortável, podendo desencadear reações somáticas associadas a antecipações de situações desagradáveis, reais ou imaginárias (Jorge *et al.*, 2011).

É fundamental aproveitar a oportunidade para estabelecer confiança com as usuárias, um passo fundamental na conscientização sobre a importância do exame preventivo. Uma atitude negativa por parte do profissional durante o exame pode aumentar o medo e a ansiedade das mulheres, resultando em possíveis resultados falso-negativos e, como consequência afastando outras mulheres do serviço de prevenção do câncer cervical (Jorge *et al.*, 2011).

Outro sentimento que impacta a acessibilidade ao exame de Papanicolau é a percepção de gênero. A realização do exame por profissionais de saúde do mesmo gênero pode elevar a acessibilidade e conforto. Foi relatado pelas mulheres o sentimento de conforto ao serem examinadas por uma profissional de saúde do sexo feminino nesse momento. Esse conforto durante o exame é crucial para a adesão ao exame, momento esse que a enfermeira pode demonstrar sensibilidade, empatia e oferta de um ambiente acolhedor e respeitoso.

As relações de gênero construídas ao longo dos anos na sociedade definem as práticas em relação à sexualidade e ao corpo, em que a exposição da genitália feminina e a manipulação dessa região por profissionais de saúde podem provocar constrangimento e vergonha nas mulheres, uma vez que essas ações são vistas como moralmente incorretas, o que pode levar as mulheres a não realizar o Papanicolau principalmente quando o profissional de saúde é do sexo masculino (Aguilar; Soares, 2015).

Sampaio *et al.* (2010) trazem relatos semelhantes de mulheres em sua pesquisa. Afirmam que, quando o profissional que realiza o exame é do sexo masculino, pode deixar as mulheres envergonhadas e retraídas o que representa uma barreira para realizar o exame Papanicolau como também para dar continuidade à assistência. Isso pode levar esse público procurar atendimento profissional somente em caso de sintomatologia o que coloca em risco a saúde das mulheres que preferem ficar sem fazer o exame.

Estudo realizado em Itapiúna (CE), com 83 mulheres traz relatos semelhantes a este estudo. As mulheres referem à preferência pelo profissional de saúde do sexo

feminino para a realização do exame Papanicolau, o que leva a entender que esse público feminino se sente mais seguro em serem atendidos por profissionais de saúde do mesmo sexo. É possível nesse momento compartilhar sentimentos similares e por isso terem uma relação de confiança e empatia bem maiores. Essa preferência também pode ser justificada como uma possível conotação de cumplicidade entre seres portadores de uma mesma anatomia e provavelmente com as mesmas vivências de ocultamento do corpo, ou seja, de quem se pode esperar melhor compreensão nesse momento (Sampaio *et al.*, 2010).

Existem alguns fatores de risco para o CCU como a multiplicidade de parceiros e o histórico de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu companheiro). A teoria mais aceita para a explicação do aparecimento do CCU está na transmissão sexual do HPV. Desde meados de 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a persistência da infecção pelo vírus HPV em altas cargas virais representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da patologia. A infecção pelo HPV é essencial, mas não suficiente para a evolução da neoplasia (Brasil, 2002).

Somente a infecção pelo HPV não é capaz de causar uma transformação maligna, sendo que a história natural das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de baixo grau é caracterizada por regressão espontânea. Pequena parcela persiste e evolui para a neoplasia. Estudos, ao longo dos anos têm mostrado que o risco da aquisição está fortemente ligado pelo número de parceiros sexuais, idade da sexarca e comportamento sexual dos parceiros (Brasil, 2002).

No Brasil, desde a introdução do programa de vacinação contra o HPV, houve modificações da população-alvo e do esquema vacinal ao longo dos anos, ainda permanecendo diversos desafios quanto à cobertura da vacina HPV no país. A estimativa da cobertura vacinal da primeira dose sugere alto alcance, apesar de algumas regiões não acompanharem o padrão como foi o Distrito Federal e Amazonas. Quanto a segunda dose, foi observado o oposto, com baixa cobertura vacinal acumulada em todas as coortes. Isso indica que, mesmo com maior facilidade para realizar a primeira dose, pode haver interrupções na continuidade da vacinação, denominada de atraso vacinal (Moura; Codeço; Luz, 2021).

Em nosso estudo, apesar da elevada cobertura vacinal contra o HPV na população elegível, pouco mais da metade das mulheres entrevistadas relatou já ter ouvido falar sobre o HPV, e menos de um quinto teve conhecimento sobre o CCU. Além disso, apenas um pouco mais da metade das mulheres mencionou que a forma de contágio do HPV

ocorre por meio de relações sexuais desprotegidas. Cirino, Nichiata e Borges (2010), em pesquisa realizada em São Paulo incluindo 134 adolescentes de uma escola pública, reportou que quanto ao conhecimento sobre o HPV, foi verificado que somente 19,4% das adolescentes sabiam que o vírus é o principal agente oncogênico, resultado bem parecido ao encontrado neste estudo realizado com mulheres. Mesmo adolescentes que já realizaram o exame de prevenção do câncer cervical desconhecem tanto o HPV como principal agente oncogênico, quanto o objetivo do exame. Isso mostra uma deficiência dos profissionais de saúde, ou por não estarem realizando educação em saúde no momento da coleta ou por estarem utilizando técnicas de abordagem inadequadas para a faixa etária. Os autores questionam se a educação continuada dessas equipes contempla este novo público que está iniciando a atividade sexual cada vez mais precoce (Cirino; Nichiata; Borges, 2010). Em outro estudo De Souza e Costa (2015) realizou entrevista com dez mulheres, na faixa etária de 21 a 50 anos, após a consulta de Enfermagem voltada à prevenção do CCU. A análise dessas entrevistas revelou um desconhecimento notável por parte das usuárias acerca da infecção pelo HPV e sua correlação direta com o câncer do colo do útero, mesmo após a consulta com o enfermeiro. De dez mulheres entrevistadas, todas desconheciam o vírus e todas desconheciam a relação do HPV com o câncer de colo uterino ratificando que quanto menos se conhece a respeito do HPV, menor será a capacidade de prevenir corretamente esse agente oncogênico. Resultados como esses reforçam a inevitabilidade da criação de intervenções educativas na sociedade com a finalidade de fornecer informações adequadas sobre o vírus HPV e sobre estratégias preventivas. Isso implica não apenas selecionar e transmitir conhecimentos cientificamente corretos sobre o vírus, como também adaptar as informações de acordo com a acessibilidade de diferentes grupos sociais além de ofertar uma linguagem compreensível dessas informações (Osis; Duarte; Sousa, 2014).

Há uma falha no processo de comunicação durante as consultas de Enfermagem, momento que deveria ser aproveitado como uma oportunidade ímpar para a implementação de ações educativas em saúde, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças. Esses resultados mostram uma compreensão limitada e muitas vezes imprecisa sobre o HPV e suas formas de transmissão. Isso evidencia uma lacuna significativa no conhecimento adequado sobre o vírus HPV, sua relação com o CCU e as vias corretas de transmissão.

Apesar do desconhecimento sobre o HPV e sobre quem deve tomar a vacina contra ele, a maioria das mulheres afirmou que vacinaria (ou já vacinou) seus filhos na faixa

etária recomendada. É importante destacar o papel das mídias no estímulo à vacinação, pois as mulheres que utilizam a televisão como fonte de informação demonstraram maior intenção de vacinar seus filhos contra o HPV. Além disso, o conhecimento sobre a associação entre a infecção pelo HPV e CCU também aumentou essa intenção. Esses fatores reforçam a importância de campanhas midiáticas informativas para promover a vacinação e ampliar o entendimento sobre a prevenção do HPV e do CCU. Resultados próximos foram encontrados no estudo de Chehuen Neto *et al.* (2016) quando foram analisadas 455 entrevistas de responsáveis legais por pelo menos uma filha, estas com idade inferior a 26 anos e 11 meses. Quando perguntados sobre a possibilidade de vacinar suas filhas na idade em que estavam, 90,1% dos responsáveis responderam favoravelmente. No entanto, os pais mostraram resistência com 64,2% não sendo favoráveis à decisão autônoma de suas filhas afirmando que essa escolha não deveria ser feita por elas. O estudo conduzido por Santos (2017) revelou que 88,6 % dos responsáveis afirmaram que vacinariam as adolescentes, independentemente da vontade delas, 9,9% dos responsáveis gostariam que as adolescentes fossem vacinadas, mas não as obrigariam, enquanto 1,3 % mostraram-se indecisos ou não responderam.

Entre as limitações do nosso estudo, encontra-se o desenho transversal não permite estabelecer relações causais entre as variáveis estudadas, assim como outras variáveis não avaliadas no estudo podem ter influenciado esses resultados. Apesar das limitações, os resultados observados em nosso estudo são fundamentais para entender o contexto social e econômico das mulheres, o que pode influenciar suas percepções e comportamentos em relação à saúde. Foi possível com este estudo escutar as mulheres, principalmente revelar suas opiniões com sugestões em relação à melhoria da assistência à saúde das mulheres quanto à prevenção do câncer do colo do útero. Ao analisar as respostas foi possível compreender de maneira profunda as necessidades, percepções e sugestões das usuárias, identificando áreas de melhoria e necessidade de aprimoramento das atividades desenvolvidas na unidade em estudo. Nesse contexto de dificuldades, há vários desafios encontrados e enfrentados pelas mulheres no que envolve a prevenção do câncer do colo uterino. Essas dificuldades podem determinar o absenteísmo na prevenção e promoção à saúde ofertada na atenção primária quanto a esse tipo de câncer. Essas dificuldades sublinham a necessidade de melhorias no sistema de saúde para atender de forma mais eficaz às necessidades das mulheres. Fica evidente a relevância de estratégias que promovam a educação em saúde, prezem a importância dos agentes comunitários de saúde e garantam a rapidez na entrega dos resultados do

exame Papanicolau para otimizar a assistência à saúde das mulheres na prevenção do câncer do colo do útero. Essas medidas são fundamentais para aumentar o acesso aos serviços de saúde, promover a sensibilidade das mulheres quanto aos programas de rastreamento, e, conseqüentemente, reduzir a incidência e mortalidade por essa neoplasia. O êxito de um programa de rastreamento não é garantido apenas pelo acesso ao primeiro exame, mas pela continuidade no acompanhamento das pessoas que, nesse exame de rastreamento, tenham apresentado resultados anormais. A demora pela obtenção dos resultados, a confirmação diagnóstica e o início do tratamento adequado podem influenciar na evolução clínica dos casos, resultando no aumento da incidência desse câncer, mas não tendo impacto sobre a mortalidade (Oliveira *et al.*, 2013). Ademais, demora na chegada e conseqüentemente na entrega dos resultados pode gerar desmotivação nas mulheres e ansiedade o que pode comprometer a continuidade do acompanhamento e do tratamento. Os serviços de saúde necessitam realizar uma intervenção preventiva, em especial com estratégias e ações educacionais, direcionadas para um alerta sobre a importância da realização do exame Papanicolau, esclarecendo sobre os objetivos e vantagens da realização regular deste exame. Os profissionais de saúde devem protagonizar seu papel na educação em saúde, facilitando a disseminação de informações para a comunidade em especial para os grupos mais vulneráveis que são considerados os menos esclarecidos que enfrentam maior dificuldade para acessar os serviços de saúde. Essa prática desenvolvida principalmente pelo profissional enfermeiro contribui para diminuir a incidência do câncer do colo do útero (Falcão, 2022).

8 PRODUTOS TÉCNICOS

8.1 PRODUTO TÉCNICO DE COMUNICAÇÃO

8.1.1 Apresentação produto técnico de comunicação

Este produto técnico de comunicação "Arquivo Digital Interativo", composto por uma sequência de conteúdos e projetado para ser compartilhado em redes sociais ou exibido em painéis. Essa ferramenta tem uma estrutura progressiva, permitindo ao usuário navegar por diferentes tópicos de maneira intuitiva, que favorece o compartilhamento de imagens múltiplas em uma única postagem, desta maneira torna-se popular por fornecer mais conteúdo e conseqüentemente mais informações em uma única postagem em mídias sociais ou projetado em painéis.

O objetivo deste produto é promover o conhecimento entre as mulheres adultas, principalmente as de até 22 anos, quanto às atividades de prevenção primária e secundária que envolve o câncer do colo do útero na atenção primária à saúde.

Para a criação do post carrossel voltado para a divulgação em rede social instagram, utilizou-se o aplicativo Canva, considerada uma ferramenta digital que permite a elaboração de materiais gráficos de forma prática e visualmente atrativa. O Canva foi escolhido devido à sua facilidade e acessibilidade de uso, o que permite a criação de um produto técnico eficaz e adequado para a comunicação com o público-alvo que são as mulheres.

Apresenta, através de nove imagens, as principais informações sobre o câncer de colo do útero e sua prevenção visando divulgar e disseminar essa patologia para um público amplo. As informações apresentadas são fundamentadas em dados do Ministério da Saúde, uma fonte amplamente utilizada ao longo deste estudo. O uso do carrossel interativo no Instagram para disseminação científica, facilita o acesso a informações numa linguagem simples, de forma visual e acessível.

8.1. 2 Avanços tecnológicos/grau de novidade produto técnico de comunicação

O produto técnico é considerado de baixo teor inovador por ser uma adaptação de conhecimento existente. Foram utilizadas informações já conhecidas sobre o câncer de colo do útero e sua prevenção, em especial informações provenientes do Ministério da

Saúde, implementadas em programa de mídia social em formato carrossel para Instagram.

8.1.3 Contextualização produto técnico de comunicação

Os dados obtidos neste estudo revelam que 92,5 % das mulheres participantes possuem acesso à internet, com destaque para as todas as mulheres de até 22 anos que possuem 100 % de acesso. Em relação às fontes de informação, as mais jovens, de até 22 anos usavam com mais frequência plataformas digitais como o Instagram, o Facebook e o WhatsApp.

Em comparação com as mulheres com 23 anos ou mais, as mulheres com até 22 anos ouviram falar com menor frequência sobre a prevenção do CCU, participaram menos de atividades educativas sobre o CCU, demonstraram menos conhecimento sobre as causas do CCU, souberam menos sobre o que é o exame preventivo, realizaram menos o exame preventivo de acordo com o protocolo assistencial e associaram menos o HPV ao CCU e são menos propensas a vacinar seus filhos na faixa etária indicada

Esses achados evidenciam uma lacuna de conhecimento e uma menor adesão às práticas preventivas entre as mulheres mais jovens, ressaltando a necessidade de estratégias de educação em saúde direcionadas a esse público. Diante desse cenário, propõe-se a elaboração de um material informativo em formato de carrossel para ser veiculado na plataforma Instagram, com o objetivo de promover o conhecimento sobre o câncer do colo do útero e incentivar a adesão às práticas preventivas, como a realização do exame de Papanicolau e a vacinação contra o HPV.

8.1.4 Arquivo digital interativo — Instrumento de educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero

Instrumento de educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero, desenvolvimento com imagens sequenciadas direcionada à mídia social Instagram. Essa postagem abrangerá o público em geral, em especial mulheres de até 22 anos, e irá corroborar com a construção de seu conhecimento quanto a esse tipo de câncer.

Primeira imagem



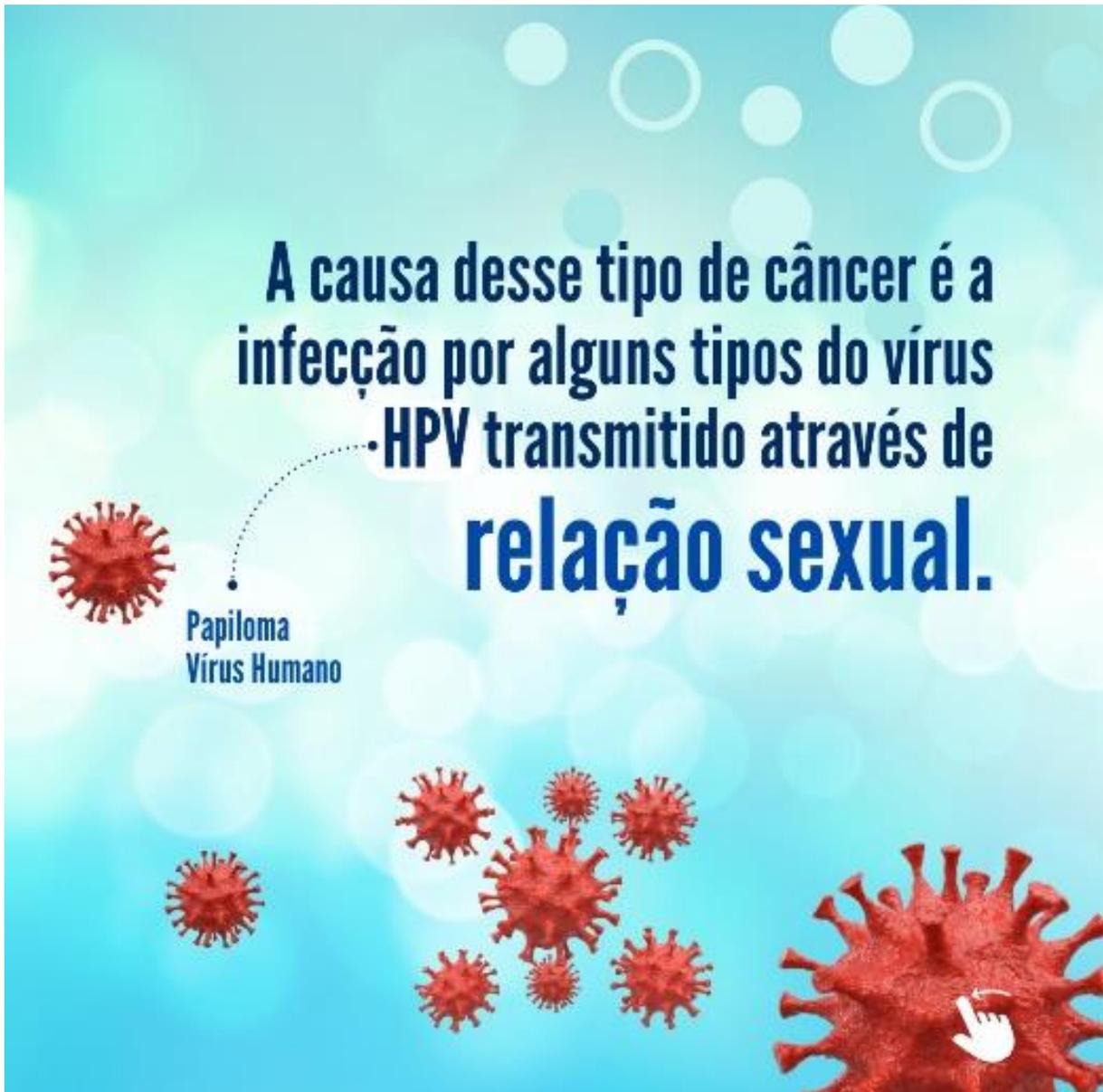
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Segunda imagem



Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Terceira imagem



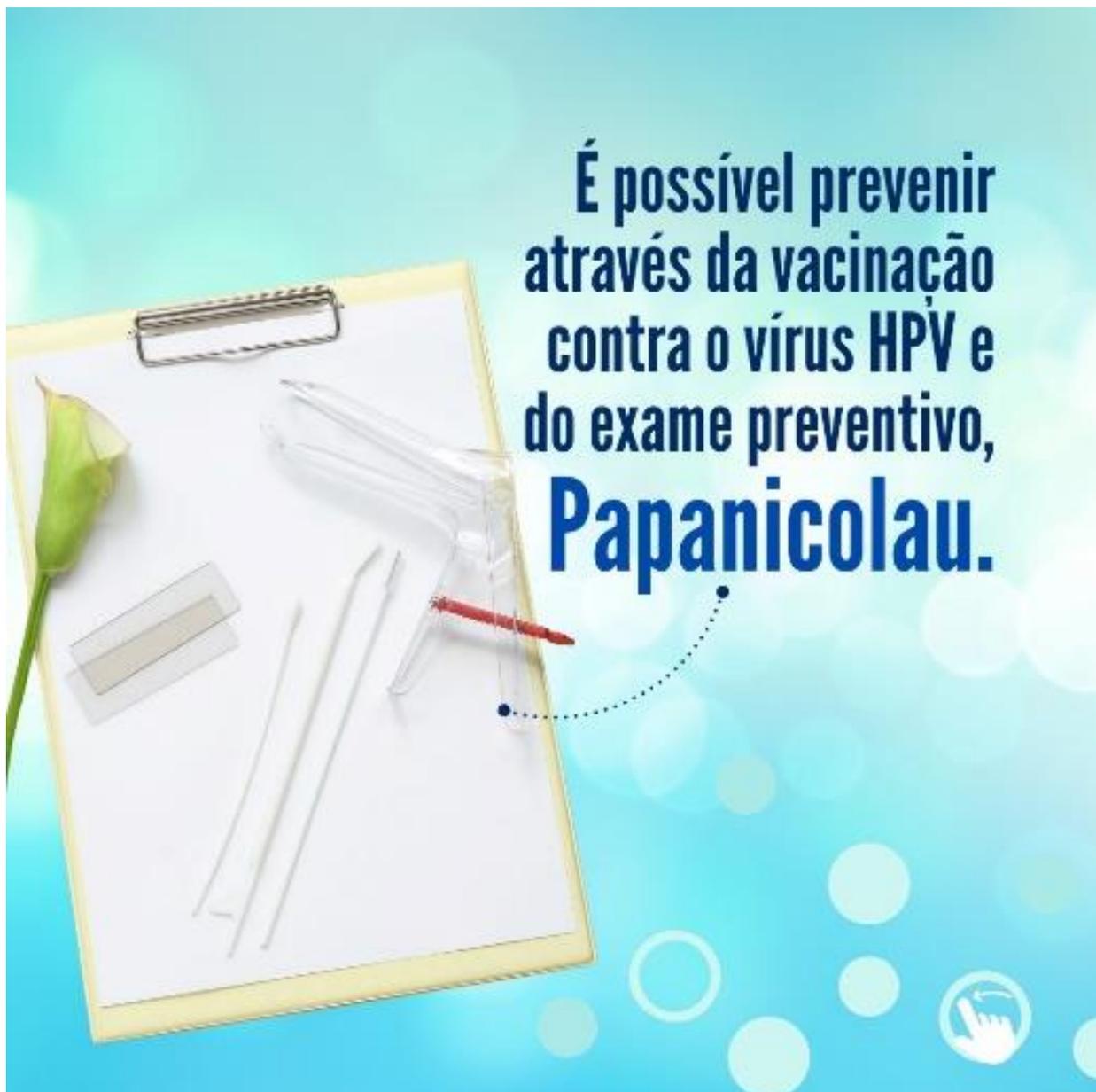
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Quarta imagem



Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Quinta imagem



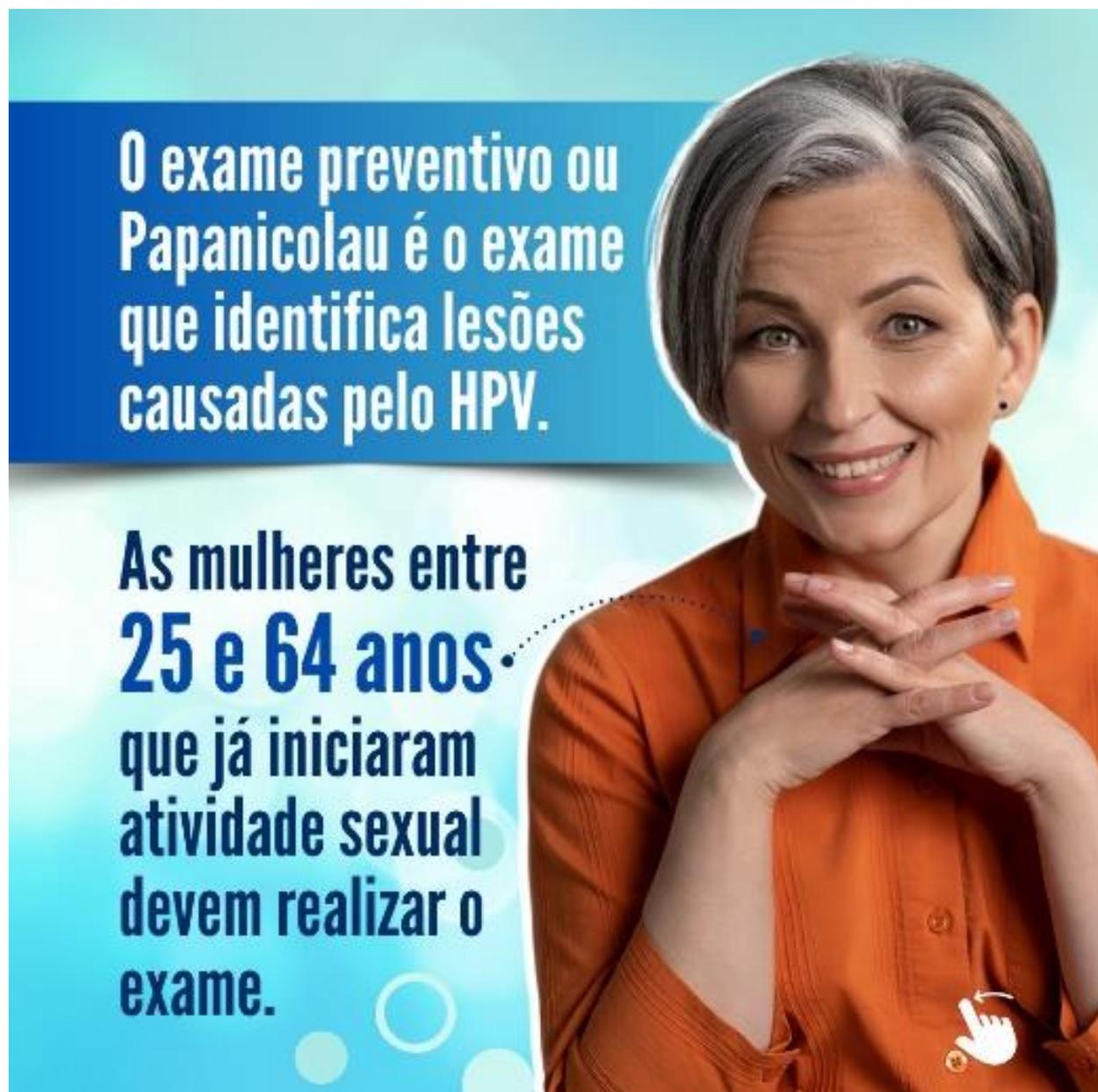
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Sexta imagem



Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Sétima imagem



Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Oitava imagem

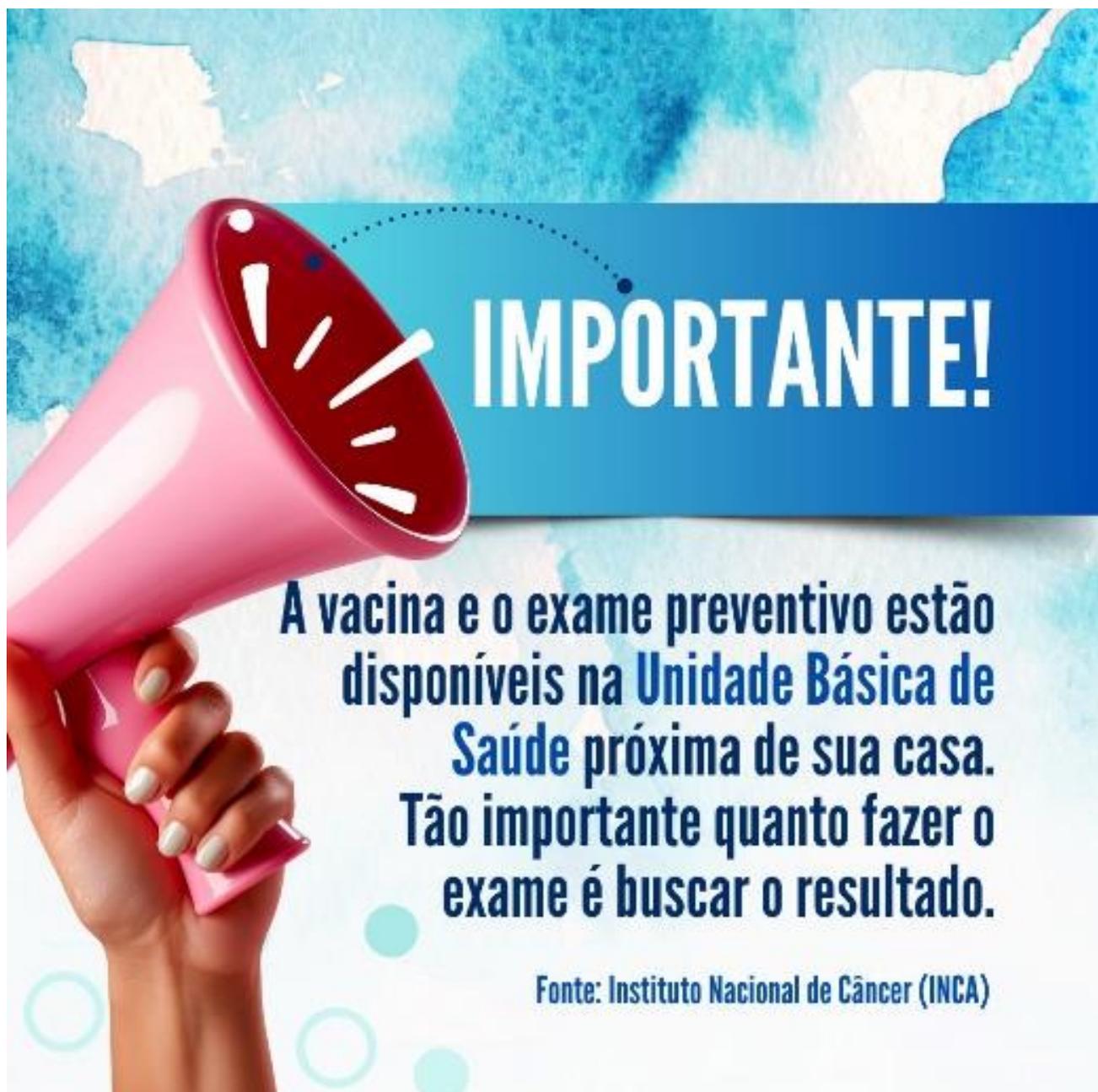


The infographic features a pink background with a blurred bokeh effect. On the left, a pair of hands holds a pink anatomical model of a female reproductive system. Below this is a calendar grid with days of the week (Dom, Seg, Ter, Qua, Qui, Sex, Sab, Dom) and dates from 01 to 31. Red arrows point to the 5th, 6th, and 7th of the month. To the right, bold blue text states: 'O exame preventivo deve ser feito a cada três anos, após a realização de dois exames anuais negativos.' A dotted line connects the calendar to the text, and a hand icon is in the bottom right corner.

O exame preventivo deve ser feito a cada três anos, após a realização de dois exames anuais negativos.

Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Nona imagem



IMPORTANTE!

A vacina e o exame preventivo estão disponíveis na Unidade Básica de Saúde próxima de sua casa. Tão importante quanto fazer o exame é buscar o resultado.

Fonte: Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

8.2 RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO

8.2.1 Descrição da finalidade do relatório técnico conclusivo

O relatório técnico conclusivo intitulado “Prevenção do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde: Desafios e oportunidades para a melhoria do acesso e qualidade do cuidado” visa propor melhorias na prevenção do câncer do colo do útero (CCU) na atenção primária à saúde, abordando a ampliação da educação em saúde, a acessibilidade ao exame Papanicolau, o fortalecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a integração das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Está voltado para o público de profissionais de saúde em especial da atenção primária à saúde, gestores da atenção primária e secretário municipal de saúde do município de Santo Antônio do Descoberto, Goiás.

8.2.2 Avanços tecnológicos/grau de novidade relatório técnico conclusivo

O relatório técnico conclusivo propõe a implementação de novas estratégias educacionais voltadas para a prevenção do câncer de colo do útero, incluindo o uso de tecnologias digitais para ampliar o alcance das informações sobre o HPV e o exame Papanicolau. Além disso, sugere a criação de um grupo de trabalho periódico, composto por gestores e profissionais de saúde, para monitorar os resultados das ações preventivas, otimizar o uso de sistemas informatizados e melhorar a integração das redes de atenção à saúde. Essa abordagem busca não apenas agilizar o acesso aos resultados dos exames, mas também fomentar discussões e ações contínuas entre os profissionais envolvidos.

Esta produção apresenta um médio teor de inovação, pois combina conhecimentos já estabelecidos nas áreas de educação em saúde e prevenção do câncer de colo do útero, com novas abordagens para melhorar a acessibilidade ao exame de prevenção do câncer do colo uterino e fortalecer o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A criação de um grupo de trabalho composto por gestores e profissionais de saúde, bem como o uso de tecnologias digitais para ampliar a divulgação das ações preventivas, também se destacam como elementos inovadores dentro do contexto da atenção primária à saúde.

8.2.3 Relatório técnico conclusivo — Prevenção do câncer de colo do útero na atenção primária à saúde: desafios e oportunidades para a melhoria do acesso e qualidade do cuidado

O relatório técnico conclusivo apresentado consiste em um documento detalhado de 23 páginas, estruturado de maneira clara e objetiva para facilitar a compreensão e a aplicação dos conhecimentos por parte dos profissionais de saúde e gestores.

A organização do documento segue uma sequência lógica e educativa, começando pela ficha técnica, que fornece informações preliminares sobre o relatório. Segue-se o Sumário, que permite um acesso rápido a cada seção do documento. A apresentação estabelece o contexto e a relevância do estudo, seguida de uma introdução que delinea os objetivos e a importância das questões abordadas. O material e método descreve as técnicas e os procedimentos utilizados para a coleta e análise de dados, garantindo informações precisas do território do estudo. Resultados e discussão formam o núcleo do relatório, onde os dados coletados são apresentados e interpretados, discutindo-se as implicações para a prática e a política de saúde pública. Finalmente, a seção de referências lista todas as fontes consultadas para a elaboração do relatório, proporcionando uma base sólida para a verificação e aprofundamento dos temas tratados.

Este relatório serve como um recurso valioso para aprimorar as estratégias de saúde pública na prevenção do câncer de colo do útero, oferecendo uma combinação de conhecimento consolidado e inovações práticas.



PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Desafios e Oportunidades para a Melhoria
do Acesso e Qualidade do Cuidado

Alessandra Monteiro Ramos
2024



FICHA TÉCNICA

Este relatório foi elaborado por

Alessandra Monteiro Ramos

como produto do Trabalho de Conclusão de Mestrado “Conhecimentos, práticas, percepção e demandas das mulheres acerca das ações de prevenção do câncer de colo do útero na atenção primária à saúde” do mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família-PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Escola Superior de Ciências da Saúde, sob orientação do **Professor Doutor Fábio Ferreira Amorim** e coorientação da **Professora Doutora Wania Maria do Espirito Santo Carvalho**.





SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	2
INTRODUÇÃO	5
MATERIAIS E MÉTODOS	7
RESULTADOS	8
DISCUSSÃO	18
REFERÊNCIAS	22





APRESENTAÇÃO

BEM VINDOS,

Temos a satisfação de apresentar os resultados da pesquisa intitulada “Conhecimentos, práticas, percepção e demandas das mulheres acerca das ações de prevenção do câncer de colo do útero na atenção primária à saúde”, realizada no município de Santo Antônio do Descoberto, Goiás. O estudo teve como objetivo analisar os conhecimentos, práticas, percepção e demandas das mulheres acompanhadas em uma unidade de atenção primária à saúde de Santo Antônio do Descoberto, Goiás, acerca das ações de prevenção do Câncer do colo do útero.

A confiança depositada pelas mulheres nos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e o papel dos Agentes Comunitários de Saúde como mediadores eficazes entre a comunidade e os serviços de saúde emergem como pontos positivos que podem ser aproveitados e ampliados. A comunicação efetiva e o acolhimento contínuo por parte desses profissionais mostram-se essenciais na construção de um vínculo forte com as usuárias, promovendo uma saúde preventiva mais resolutiva e integrada.

Este relatório não apenas apresenta as conclusões da pesquisa, mas também lança luz sobre o caminho que deve ser seguido para aprimorar as práticas de prevenção do câncer de colo do útero no contexto da Atenção Primária à Saúde. A implementação de campanhas educativas frequentes e adaptadas às necessidades locais, aliada a políticas públicas que promovam a equidade no acesso à informação e aos serviços de saúde, poderá transformar significativamente o cenário atual da saúde preventiva no Brasil. Esperamos que este documento sirva como uma ferramenta para gestores e profissionais de saúde, inspirando-os a aprimorar os serviços de prevenção e a promover um serviço de saúde equitativo para as mulheres assistidas.

Desejamos uma ótima leitura!





INTRODUÇÃO

Excluindo os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo do útero ocupa a terceira posição em termos de incidência entre as mulheres brasileiras. Para cada ano do período de 2023 a 2025, estima-se que surgirão 17.010 novos casos, resultando em uma taxa bruta de incidência de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o eixo estruturante do SUS e representa o primeiro nível de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sua função de integrar um conjunto diversificado de ações voltadas para a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção do bem-estar, tanto em nível coletivo quanto individual, é cada vez mais enfatizada. Isso é realizado por meio de estratégias gerenciais e sanitárias que promovem a participação democrática, o trabalho em equipe, a responsabilização sanitária e a organização territorial (INCA, 2016).

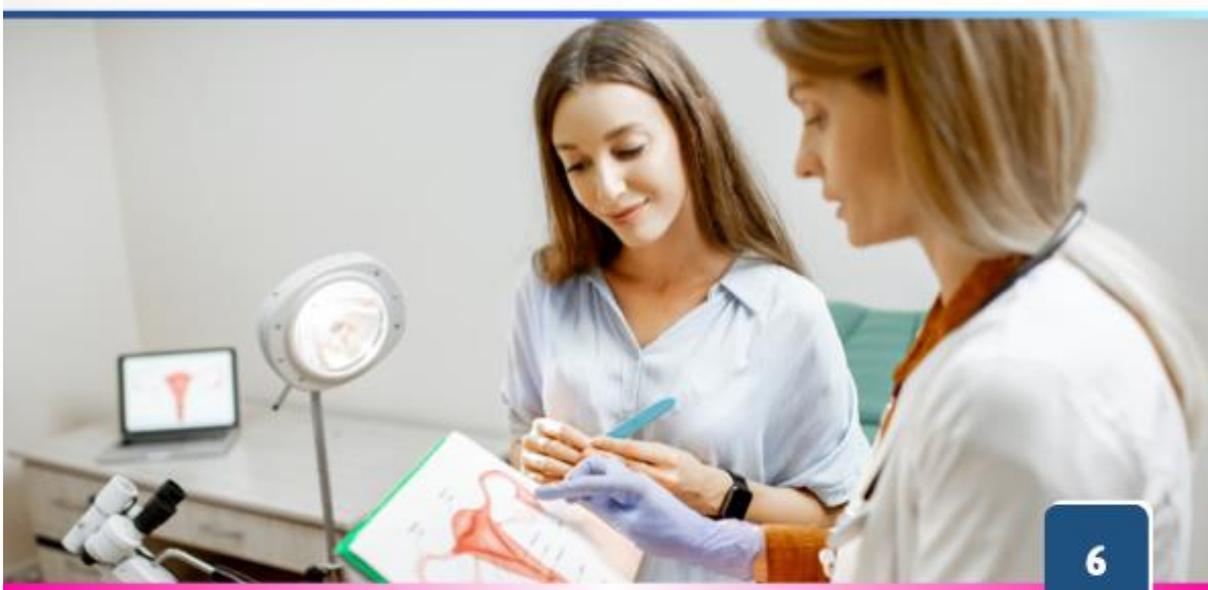
Dessa forma, a APS implementa iniciativas para desenvolver ações para prevenção do câncer do colo do útero através de educação em saúde, vacinação de grupos específicos e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento. O rastreamento é uma prática essencial da atenção primária, e os profissionais dessa área devem estar familiarizados com os métodos, a frequência e a população-alvo recomendados, além de saber orientar e encaminhar as mulheres para tratamento conforme os resultados dos exames, assegurando o acompanhamento adequado (INCA, 2016).

Nos últimos anos, a prevenção do câncer de colo do útero tem ganhado destaque nas políticas públicas de saúde, porém ainda enfrenta desafios significativos. O acesso das mulheres aos serviços de saúde e a informações sobre a doença, vírus HPV, importância do exame preventivo, educação em saúde, vacinação, permanece limitado, especialmente em áreas vulneráveis, como é o caso do município de Santo Antônio do Descoberto, Goiás.



INTRODUÇÃO

Diante da necessidade evidente de aprimoramento na organização dos serviços de saúde, especialmente na prevenção do câncer do colo do útero, este estudo analisou os conhecimentos, práticas, percepções e demandas das mulheres acompanhadas em uma unidade de atenção primária em Santo Antônio do Descoberto (GO) acerca das ações de prevenção do CCU. Os resultados obtidos poderão contribuir para o avanço na formulação, gestão e avaliação das estratégias de prevenção, qualificando os serviços oferecidos e estimulando os profissionais de saúde a desenvolver novas abordagens integrativas. Entender os conhecimentos, práticas, percepções e demandas das usuárias é fundamental para que os gestores tomem decisões, reformulem os processos de cuidado, garantindo dessa maneira, um atendimento mais efetivo e acessível, além de fomentar o aumento do conhecimento e melhoria das práticas dessas mulheres na atenção primária à saúde quanto a esse câncer.



6



MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com coleta prospectiva de dados com aplicação de métodos mistos quantitativos e qualitativos conduzido em duas fases com mulheres acima de 18 anos, cadastradas e acompanhadas pela ESF 14, em Santo Antônio do Descoberto, Goiás.

Na primeira fase, foi aplicado um questionário nos domicílios dessas 302 mulheres, após sorteio, estes com perguntas fechadas e abertas que abordam dados sociodemográficos, conhecimentos e práticas das mulheres quanto à prevenção do CCU, adaptadas dos estudos de Santos (2017), Falcão (2022) e do Instrumento PCATool-Brasil (Brasil, 2020).

Na segunda fase, foi conduzido grupo focal com 11 mulheres que responderam a primeira fase do questionário e que se dispuseram participar da segunda fase da pesquisa, escolhidas de forma aleatória para abordagem das percepções e demandas das mulheres quanto à prevenção do CCU. Foi realizado uma amostra de conveniência de 11 mulheres, conduzido com perguntas norteadoras, as falas foram gravadas e transcritas na íntegra e posteriormente realizada a análise.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), seguindo as diretrizes estabelecidas nas Resoluções nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº. 510 de 7 de abril de 2016, e aprovado pelo Parecer nº 6.236.839 no dia 14 de agosto de 2023.



Quanto à aplicação do questionário da primeira fase, incluiu 302 mulheres cujas características são apresentadas na Tabela 1. A idade média foi de $37,1 \pm 14,3$ anos, e 56 (18,5%) se autodeclararam como brancas. Somente seis (2,0%) mulheres possuíam nível superior de escolaridade, a religião católica foi a mais prevalente ($n = 169$, 66,5%) e a maioria relatou possuir parceiro sexual regular ($n = 200$, 66,2%). A mediana da renda familiar era de 1,38 (IQ25-75%: 0,92-2,00) salários mínimos. Quarenta e oito (15,9%) mulheres possuíam até 22 anos, constituindo o grupo que deveria ter recebido vacinação contra o HPV desde sua introdução no SUS conforme os protocolos do Ministério da Saúde. Destas, 42 (87,5%) relatou ter tomado a vacinação contra o HPV.

Tabela 1. Características das mulheres que responderam ao questionário ($n = 302$)

VARIÁVEL	VALORES
Idade, anos,	
Média (DP)	37,1 (14,3)
Mediana (IQ25-75%)	34,0 (26,0-46,0)
Idade até 22 anos, n (%)	48 (15,9%)
Cor branca, n (%)	56 (18,5)
Nível superior de escolaridade, n (%)	6 (2,0)
Casada/União estável, n (%)	125 (41,4)
Religião, n (%)	
Católica	169 (66,5)
Protestante/Evangélica	58 (22,8)
Espírita	12 (4,7)
Sem religião	15 (5,9)
Renda mensal em salários-mínimos,	
Média (DP)	1,58 (1,36)
Mediana (IQ25-75%)	1,38 (0,92-2,00)
Parceiro sexual regular, n (%)	200 (66,2)

DP: desvio padrão; IQ 25-75%: intervalo interquartil 25-75%.



RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta uma comparação do acesso à internet e das fontes de informação entre mulheres com até 22 anos e 23 anos ou mais. Todas as mulheres com até 22 anos relataram ter acesso à internet, sendo esse valor significativamente maior em relação as mulheres acima dessa faixa etária ($p = 0,026$). Quanto às fontes de informação, as mais jovens usavam com mais frequência o Instagram ($p < 0,001$), o Facebook ($p < 0,001$) e o WhatsApp ($p < 0,001$). Em contraste, rádio ($p < 0,001$) e profissionais de saúde ($p < 0,001$) foram mais utilizados como fontes de informação por mulheres com 23 anos ou mais.

Tabela 2. Acesso a internet e fontes de informação em todas as mulheres, mulheres com até 22 anos e com 23 anos ou mais ($n = 302$)

Variável	Todas ($n = 302$)	Até 22 anos ($n = 48$)	23 anos ou mais ($n = 254$)	Valor de p
Acesso a internet, n (%)	278 (92,5)	48 (100,0)	230 (90,6)	0,026
Fonte de informação, n (%)				
Televisão				
Profissionais de saúde	175 (57,9)	24 (50,0)	151 (59,4)	0,224
Instagram	144 (47,7)	10 (28,8)	134 (52,8)	< 0,001
Facebook	124 (41,1)	33 (68,8)	91 (35,8)	< 0,001
WhatsApp	123 (40,7)	33 (68,8)	90 (35,4)	< 0,001
Amigos/Vizinhos/Parentes	101 (33,4)	26 (54,2)	75 (29,5)	< 0,001
Rádio	49 (16,2)	6 (12,5)	43 (16,9)	0,445
Igreja	35 (11,6)	0 (0,0)	35 (13,8)	0,006
	13 (4,3)	1 (2,1)	12 (4,7)	0,408

A Tabela 3 apresenta a avaliação das mulheres quanto ao serviço de saúde prestado na atenção primária a saúde/estratégia saúde da família (APS/ESF) em todas as mulheres, mulheres com até 22 anos e 23 anos ou mais. A maioria das mulheres relatou procurar com certeza a APS/ESF antes de outro serviço quando necessita de consulta de revisão ($n = 219, 72,5\%$). Porém, na presença de um novo problema de saúde, menos da metade ($n = 146, 48,3\%$) das mulheres relatou procurar com certeza a APS/ESF antes de outro serviço de saúde. A maioria das mulheres relatou que com certeza o(a) médico(a)/enfermeiro(a) da APS/ESF entendem suas perguntas ($n = 260, 85,8\%$), reservam tempo suficiente durante as consultas para expressar suas preocupações/problemas ($n = 249, 82,5\%$) e as deixavam confortável para compartilhar suas preocupações/problemas ($n = 251, 83,1\%$), assim como a disponibilidade de planejamento familiar e métodos contraceptivos ($n = 205, 67,9\%$) e de exame de Papanicolau na APS/ESF ($n = 245, 81,1\%$). De um modo geral, as mulheres com 23 anos ou mais avaliaram melhor o serviço prestado na APS/ESF do que as mulheres com até 22 anos.



RESULTADOS

Tabela 3. Atitude/percepção quanto ao serviço de saúde prestado na atenção primária a saúde/estratégia saúde da família (APS/ESF) em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e 23 anos ou mais (n = 302)

Variável	Todas (n = 302)	Até 22 anos (n = 48)	23 anos ou mais (n = 254)	Valor de p
Quando precisa de consulta de revisão procura a APS/ESF antes de outro serviço de saúde, n (%)				0,100
Com certeza sim	219 (72,5)	28 (58,3)	191 (75,2)	
Provavelmente sim	60 (19,9)	15 (31,3)	45 (17,7)	
Com certeza não	22 (7,3)	5 (10,4)	17 (6,7)	
Não sei / não lembro	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,4)	
Quando tem um novo problema de saúde procura a APS/ESF antes de outro serviço de saúde, n (%)				< 0,001
Com certeza sim	146 (48,3)	16 (33,3)	130 (51,2)	
Provavelmente sim	65 (21,5)	15 (31,3)	50 (19,9)	
Com certeza não	88 (29,1)	17 (35,4)	71 (28,0)	
Não sei / não lembro	65 (21,5)	15 (31,3)	50 (19,7)	
Médico(a)/Enfermeiro(a) da APS/ESF entendem o você que pergunta, n (%)				0,089
Com certeza sim	259 (85,8)	32 (66,7)	227 (89,4)	
Provavelmente sim	17 (5,6)	3 (6,3)	14 (5,5)	
Com certeza não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sei / não lembro	26 (8,6)	13 (27,1)	13 (5,1)	
Médico/Enfermeiro da APS/ESF responde de maneira a que você entenda, n (%)				< 0,001
Com certeza sim	260 (86,1)	32 (66,7)	228 (89,8)	
Provavelmente sim	15 (5,0)	2 (4,2)	13 (5,1)	
Com certeza não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sei / não lembro	27 (8,9)	14 (29,2)	13 (5,1)	
Sentir que os(as) médicos(as)/enfermeiros(as) da unidade APS/ESF reservam tempo suficiente durante as consultas para expressar suas preocupações/problemas n (%)				< 0,001
Com certeza sim	249 (82,5)	33 (68,8)	216 (85,0)	
Provavelmente sim	17 (5,6)	1 (2,1)	16 (6,3)	
Com certeza não	10 (3,3)	0 (0,0)	10 (3,9)	
Não sei / não lembro	26 (8,6)	14 (29,2)	12 (4,7)	
Sente confortável em compartilhar suas preocupações/problemas com os(as) médicos(as)/enfermeiros(as) da unidade APS/ESF, n (%)				< 0,001
Com certeza sim	251 (83,1)	33 (68,8)	218 (85,8)	
Provavelmente sim	21 (7,0)	2 (4,2)	19 (7,5)	
Com certeza não	4 (1,3)	0 (0,0)	4 (1,6)	
Não sei / não lembro	26 (8,6)	13 (27,1)	13 (5,1)	
Disponibilidade de planejamento familiar e métodos contraceptivos na APS/ESF, n (%)				0,001
Com certeza sim	205 (67,9)	24 (50,0)	181 (71,3)	
Provavelmente sim	16 (5,3)	2 (4,2)	14 (5,5)	
Com certeza não	8 (2,6)	0 (0,0)	8 (3,1)	
Não sei / não lembro	73 (24,2)	22 (45,8)	51 (20,1)	
Disponibilidade de exame de Papanicolau na APS/ESF, n (%)				< 0,001
Com certeza sim	245 (81,1)	28 (58,3)	217 (85,4)	
Provavelmente sim	18 (6,0)	2 (4,2)	16 (6,3)	
Com certeza não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sei / não lembro	39 (12,9)	18 (37,5)	21 (8,3)	



RESULTADOS

A Tabela 4 apresenta o conhecimento e percepção a respeito do HPV e do CCU em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e 23 anos ou mais. Observa-se que 96,4% das mulheres (n = 291) relataram ter ouvido falar sobre o exame de prevenção do CCU. No entanto, apenas 20,5% (n = 62) das mulheres já haviam participado de atividades educativas sobre o tema. Em relação ao conhecimento sobre o CCU, 43% (n = 130) das mulheres afirmaram conhecer suas causas. A maioria, 74,8% (n = 226), disse saber o que é o exame preventivo, e 69,9% (n = 211) já o realizou, embora somente 19,9% (n = 60) o fizeram com a frequência recomendada pelo Ministério da Saúde. Mais da metade das mulheres, 56,6% (n = 171), já ouviu falar do HPV. Quando questionadas sobre o que o HPV pode causar, 18,5% (n = 56) o associaram ao CCU. Sobre o conhecimento de como o HPV pode ser contraído, 57,0% (n = 172) relacionaram-no a relações sexuais desprotegidas, 16,2% (n = 49) à transmissão pelo beijo, 15,6% (n = 47) a objetos pessoais contaminados, 13,6% (n = 41) ao parto e 1,3% (n = 4) ao aperto de mão. Em comparação com as mulheres com 23 anos ou mais, as mulheres com até 22 anos ouviram falar com menor frequência sobre a prevenção do CCU ($p < 0,001$), participaram menos de atividades educativas sobre o CCU ($p = 0,008$), demonstraram menos conhecimento sobre as causas do CCU ($p = 0,002$), souberam menos sobre o que é o exame preventivo ($p < 0,001$), realizaram menos o exame preventivo de acordo com o protocolo assistencial ($p < 0,001$) e associaram menos o HPV ao CCU ($p = 0,048$).

Tabela 4. Conhecimento e percepção a respeito do papilomavírus humano (HPV) e do câncer de colo de útero (CCU) em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e acima de 22 anos (n = 302)

Variável	Todas (n = 302)	Até 22 anos (n = 48)	Acima de 22 anos (n = 254)	Valor de p
Ouviu falar em prevenção de CCU, n (%)	291(96,4)	40 (83,3)	251 (98,8)	< 0,001
Participou de atividade educativa de CCU, n (%)	62 (20,5)	3 (6,3)	59 (23,2)	0,008
Refere saber as causas de CCU, n (%)	130 (43,0)	11 (22,9)	119 (46,9)	0,002
Sabe o que é exame preventivo, n (%)	226 (74,8)	24 (50,0)	202 (79,5)	< 0,001
Já fez o exame preventivo, n (%)	211 (69,9)	9 (18,8)	202 (79,5)	< 0,001
Frequência do exame preventivo de acordo com protocolo assistencial, n (%)	60 (19,9)	4 (8,3)	56 (22,0)	0,029
Ouviu falar HPV, n (%)	171 (56,6)	29 (60,4)	142 (55,9)	0,563
Associa o HPV ao CCU, n (%)	56 (18,5)	4 (8,3)	52 (20,5)	0,047
Relatou que o HPV pode ser contraído, n (%)				
Por relações sexuais desprotegidas	172 (57,0)	29 (60,4)	143 (56,3)	0,597
Pelo beijo	49 (16,2)	6 (12,5)	43 (16,9)	0,445
Por objetos pessoais contaminados	47 (15,6)	6 (22,2)	41 (28,7)	0,492
Durante o parto	41 (13,6)	4 (8,3)	37 (14,6)	0,248
Por aperto de mão	4 (1,3)	0 (0,0)	4 (1,6)	0,381



RESULTADOS

A Tabela 5 apresenta o conhecimento e a percepção a respeito da vacinação contra o HPV em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e 23 anos ou mais. A maioria das mulheres (n = 218, 72,2%) sabia que a vacina contra o HPV é gratuita, e 42,4% (n = 128) sabiam informar quem deveria tomar a vacina. Quando questionadas sobre a vacinação de seus filhos, 72,7% (n = 218) afirmaram que vacinariam (ou vacinaram) seus filhos na faixa etária indicada. Além disso, 8,7% (n = 26) vacinariam apenas se os filhos quisessem, 15,7% (n = 47) ainda não sabiam opinar sobre essa questão, e 3,0% (n = 9) não vacinariam de forma alguma. Mulheres com até 22 anos relataram saber mais frequentemente que a vacina é gratuita (p = 0,26). Porém menos propensas a vacinar seus filhos na faixa etária indicada (p = 0,021) comparadas as mulheres com 23 anos ou mais.

Tabela 5. Conhecimento e percepção a respeito da vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) em todas as mulheres, mulheres com idade até 22 anos e acima de 22 anos (n = 302)

Variável	Todas (n = 302)	Até 22 anos (n = 48)	23 anos ou mais (n = 254)	Valor de p
Sabe que vacina contra o HPV é gratuita, n (%)	218 (72,2)	41 (85,4)	177 (69,7)	0,026
Sabe quem deve tomar vacina contra HPV, n (%)	128 (42,4)	21 (43,8)	107 (42,1)	0,835
Vacinou(aria) os filhos na faixa etária indicada, n (%)				0,021
Sim, de qualquer forma	218 (72,7)	29 (60,4)	189 (75,0)	
Sim, apenas se quiserem	26 (8,7)	5 (10,4)	21 (8,3)	
Não sei ainda	47 (15,7)	14 (29,2)	33 (13,1)	
Não, de qualquer forma	9 (3,0)	0 (0,0)	9 (3,6)	

A Tabela 6 apresenta a análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo HPV e o CCU. Idade até 22 anos esteve independentemente associada a redução do conhecimento da associação entre o HPV e o CCU (OR: 0,340, IC95%: 0,117-0,990; p = 0,048).

Tabela 6. Análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e o câncer de colo de útero (CCU) (n = 302)

Variável	OR (IC 95%)	Valor de p	VIF	Tolerância
Idade até 22 anos	0,340 (0,117-0,990)	0,048	1,00	1,000
Igreja como fonte de informação	<0,001 (<0,001 - >999.999)	0,988	1,00	1,000

IC 95%: intervalo de confiança 95%; OR: razão de Odds; VIF: Fator de inflação da variância.



RESULTADOS

A Tabela 7 apresenta a análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação entre a infecção pelo HPV e relações sexuais desprotegidas. Aumento da idade esteve independentemente associado a redução do conhecimento da associação entre o HPV e relações sexuais desprotegidas (OR: 0,965, IC95%: 0,943-0,987, $p = 0,002$). Já o aumento da renda familiar se associou independentemente a aumento do conhecimento da associação entre o HPV e relações sexuais desprotegidas (OR: 2,057, IC95%: 1,324-3,197, $p = 0,001$).

Tabela 7. Análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento das mulheres em relação a associação da infecção pelo HPV e relações sexuais desprotegidas (n = 302)

Variável	OR (IC 95%)	Valor de p	VIF	Tolerância
Idade (por ano)	0,965 (0,943-0,987)	0,002	1,29	0,772
Renda familiar mensal (por salário-mínimo)	2,057 (1,324-3,197)	0,001	1,24	0,809
Raça branca	1,706 (0,849-3,427)	0,133	1,03	0,971
Nível superior de escolaridade	<0,001 (<0,001 - >999.999)	0,983	1,45	0,688
Casada/União estável	1,228 (0,687-2,196)	0,488	1,19	0,840
Acesso a internet	4,378 (0,832-23,019)	0,081	1,10	0,908
Televisão como fonte de informação	0,854 (0,496-1,471)	0,570	1,07	0,933
Rádio como fonte de informação	0,497 (0,174-1,425)	0,194	1,09	0,916
Igreja como fonte de informação	<0,001 (<0,001 - >999.999)	0,983	1,45	0,688
Instagram como fonte de informação	0,982 (0,564-1,711)	0,949	1,12	0,893

IC 95%: intervalo de confiança 95%; OR: razão de Odds; VIF: Fator de inflação da variância.

A Tabela 8 apresenta a análise multivariada dos fatores associados a intenção das mulheres em certamente vacinar seus filhos contra o HPV. Televisão como fonte de informação e conhecimento quanto a associação entre o HPV (OR: 2,295, IC95%: 1,335-3,950, $p = 0,003$) e o CCU (OR: 2,376, IC95%: 1,086-5,200, $p = 0,030$) estiveram independentemente associados a aumento da certeza quanto a intenção de vacinar de seus filhos contra o HPV.





RESULTADOS

Tabela 8. Análise multivariada dos fatores associados a intenção das mulheres em certamente vacinar seus filhos contra o papilomavírus humano (HPV) (n = 302)

Variável	OR (IC 95%)	Valor de p	VIF	Tolerância
Idade (por ano)	0,996 (0,974-1,020)	0,719	1,23	0,815
Acesso a internet	0,238 (0,047-1,210)	0,084	1,17	0,854
Televisão como fonte de informação	2,295 (1,335-3,950)	0,003	1,07	0,933
Rádio como fonte de informação	2,079 (0,645-6,700)	0,220	1,13	0,882
Profissionais de saúde como fonte de informação	0,760 (0,443-1,300)	0,320	1,06	0,941
Conhecimento da associação entre a infecção pelo HPV e o CCU	2,376 (1,086-5,200)	0,030	1,01	0,995

CCU: câncer de colo uterino; IC 95%: intervalo de confiança 95%; OR: razão de Odds; VIF: fator de inflação da variância.

A segunda etapa do grupo focal foi conduzida com a participação de 11 mulheres, selecionadas entre as participantes da fase anterior da pesquisa. O objetivo foi compreender as percepções e demandas das mulheres em relação às ações de prevenção do câncer de colo de útero (CCU). O conteúdo obtido foi analisado e categorizado em seis classes distintas, conforme descrito a seguir.

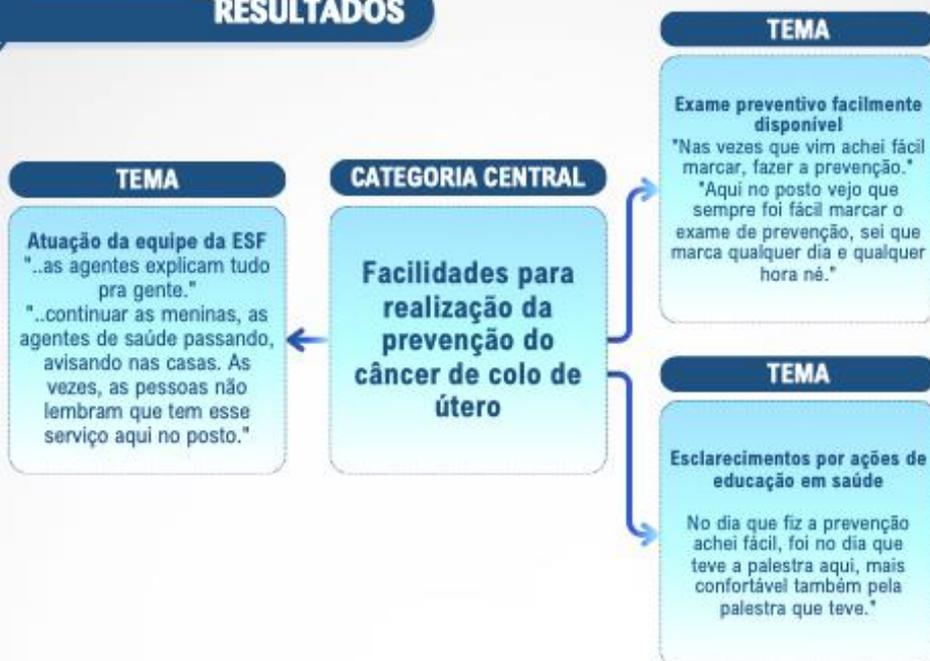


Classe 1 - Facilidades percebidas em relação à prevenção do CCU na APS/ESF

Nesta classe, foram identificadas diversas facilidades relacionadas ao acesso a medidas preventivas. As participantes relataram que o agendamento do exame Papanicolau é acessível, podendo ser realizado diariamente. As ações educativas promovidas por profissionais de saúde também foram elogiadas, destacando a importância das visitas domiciliares para incentivar a realização dos exames. O Quadro 1 apresenta um resumo das verbalizações das mulheres sobre as facilidades percebidas.



RESULTADOS



Classe 2 - Dificuldades percebidas em relação à prevenção do CCU na APS/ESF

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres foram agrupadas em fatores relacionados ao serviço de saúde e fatores pessoais. As principais queixas incluíram a demora ou não entrega dos resultados do Papanicolau, falta de comunicação, informação, visita domiciliar e barreiras para marcação de consultas. Fatores pessoais, como a priorização das responsabilidades familiares e o medo do diagnóstico, também foram destacados como barreiras significativas. O Quadro 2 ilustra as dificuldades relatadas.





RESULTADOS



Classe 3 - Percepções durante o exame de prevenção do CCU (Papanicolau)

As percepções das mulheres durante a realização do exame de Papanicolau foram analisadas sob dois aspectos: fatores emocionais, psicológicos e interação com os profissionais de saúde. A vergonha, o medo e a ansiedade foram sentimentos frequentemente mencionados. Quanto a percepção de gênero a presença de profissionais do sexo feminino foi considerada um fator que aumenta o conforto durante o exame. O Quadro 3 resume essas percepções.



Classe 4 - Percepções sobre o acesso à informação sobre a prevenção do CCU na família, comunidade, escola e mídias

As mulheres relataram experiências tanto positivas quanto negativas em relação ao acesso à informação sobre a prevenção do CCU. Muitas mencionaram a falta de orientações adequadas na família e na escola, enquanto outras destacaram o papel positivo das redes sociais e dos cartazes em unidades de saúde na disseminação de informações. O Quadro 4 apresenta um resumo dessas percepções.



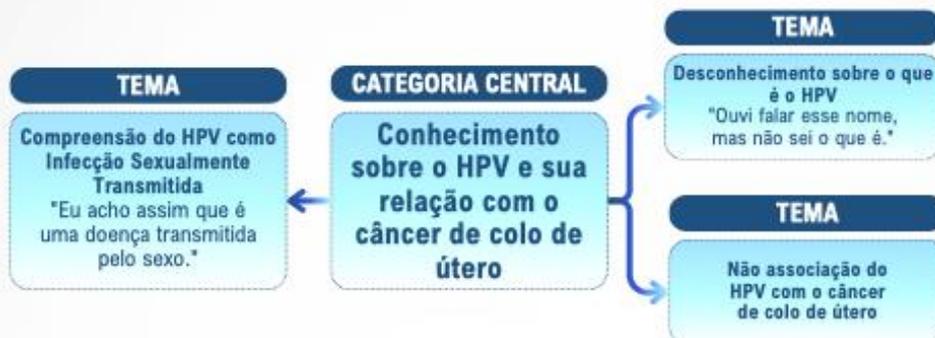


RESULTADOS



Classe 5 - Conhecimento sobre o HPV e sua relação com o câncer do colo do útero

O conhecimento sobre o HPV e sua relação com o CCU variou entre as participantes. De um modo geral, prevaleceu o conhecimento insuficiente sobre o HPV e o desconhecimento da associação do vírus com o CCU. O Quadro 5 ilustra esses achados.



Classe 6 - Demandas para a melhoria da assistência à saúde quanto à prevenção do CCU na APS/ESF

Por fim, as mulheres expressaram demandas para a melhoria da assistência à saúde quanto à prevenção do CCU. A necessidade de reforçar as ações de educação em saúde e a atuação da equipe da APS/ESF foi amplamente reconhecida. Sugestões para intensificar palestras educativas e melhorar a comunicação sobre a importância dos exames preventivos foram apresentadas. O Quadro 6 resume essas demandas.





DISCUSSÃO

O Câncer do Colo do Útero (CCU) permanece um grave problema de saúde pública global, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, logo após o câncer de mama, com incidência elevada em países de baixa renda per capita (WHO, 2007; OPAS, 2016; WHO, 2020; INCA, 2022). De acordo com a OMS, a estratégia para a eliminação do CCU deve focar na vacinação contra o HPV, além do rastreamento regular por meio de exames preventivos e do tratamento adequado.

Apesar de 96,4% das mulheres já terem ouvido falar sobre o exame preventivo do CCU, apenas cerca de um quinto relatou realizar este exame com a frequência recomendada pelo MS (Brasil, 2013d; INCA, 2016). Além disso, identificou-se uma falta de conhecimento adequado sobre a importância do exame preventivo e da relação entre o HPV e o CCU, o que destaca a necessidade de ações educativas em saúde para ampliar o entendimento das mulheres no que se refere à prevenção do CCU (Melo, 2016; Abreu et al., 2018; Silva et al., 2020b). Nossos achados reforçam que o conhecimento das mulheres sobre o CCU ainda é insuficiente, o que dificulta a adoção de medidas preventivas e a detecção precoce dos sintomas, e contribui para o aumento dos casos.

A elevada proporção de mulheres com conhecimento inadequado sobre a prevenção do CCU destaca a urgência de reavaliar as práticas preventivas promovidas pelos profissionais de saúde. A implementação contínua dessas práticas pode capacitar as mulheres a se tornarem agentes de mudança em suas comunidades, incentivando outras mulheres (Vasconcelos et al., 2011; Melo, 2016; Abreu et al., 2018; Silva et al., 2020b). Nesse aspecto, um dado preocupante encontrado em nosso estudo foi que 79,5% das mulheres questionadas nunca participaram de atividades educativas sobre o CCU. As razões para isso podem incluir a falta de conhecimento sobre essas atividades ou a ausência de convites, sugerindo uma falha significativa na comunicação e na disseminação de informações preventivas na unidade estudada.



DISCUSSÃO

Ramos et al. (2018) trazem a educação em saúde como fundamental para promover comportamentos saudáveis e prevenir doenças, combinando saberes populares, senso comum e científicos, e capacitando as pessoas a desenvolver uma visão crítica sobre o cuidado com a saúde.

Assim como observado em nosso estudo, Abreu et al. (2018) destacam que há um déficit significativo no conhecimento sobre o HPV e que, muitas vezes, as informações disponíveis são pouco qualificadas, o que pode resultar em percepções equivocadas e comportamentos de risco para a saúde, inclusive do parceiro (Silva et al., 2020b).

Em nosso estudo, ficou destacada a importância atribuída pelas mulheres à disponibilidade dos profissionais de saúde da APS/ESF, especialmente enfermeiras e ACSs, em fornecer orientações claras sobre o CCU. Esse cuidado cria um ambiente propício ao acolhimento adequado e às visitas domiciliares, que incentivam a prevenção e devem ser cada vez mais reforçados nas equipes da APS/ESF. Nesse aspecto, as ACSs são frequentemente destacadas como peças-chave na comunicação e orientação sobre os serviços de saúde oferecidos pela unidade, desempenhando um papel crucial na disseminação de informações sobre temas de saúde, incluindo o CCU, diretamente nos domicílios. No entanto, foi apontada a dificuldade causada pela ausência dessas profissionais em algumas residências, o que pode comprometer a comunicação entre a comunidade e os serviços da APS (Santos et al., 2021).

Para melhorar o conhecimento sobre o CCU e o HPV, além de desenvolver uma estratégia de comunicação pela APS/ESF mais eficaz, é fundamental entender as fontes de informação utilizadas pelas mulheres. Em nosso estudo, embora a televisão tenha sido a principal fonte relatada, destaca-se o crescente uso da internet, redes sociais e aplicativos de mensagens, especialmente entre as mulheres mais jovens, até 22 anos de idade. Nesse grupo etário, todas as mulheres relataram ter acesso à internet, sendo o uso do Instagram, Facebook e WhatsApp mais frequente do que o da televisão.

A disponibilidade do exame Papanicolau nas unidades de Estratégia de Saúde da Família representa um pilar para a promoção da saúde da mulher e consequentemente da prevenção do câncer de colo uterino.

Há uma falha no processo de comunicação durante as consultas de Enfermagem, momento que deveria ser aproveitado como uma oportunidade ímpar para a implementação de ações educativas em saúde, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças.



DISCUSSÃO

Nesse contexto de dificuldades, há vários desafios encontrados e enfrentados pelas mulheres no que envolve a prevenção do câncer do colo uterino. Essas dificuldades podem determinar o absenteísmo na prevenção e promoção à saúde ofertada na atenção primária quanto a esse tipo de câncer. Essas dificuldades sublinham a necessidade de melhorias no sistema de saúde para atender de forma mais eficaz às necessidades das mulheres. Fica evidente a relevância de estratégias que promovam a educação em saúde, prezem a importância dos agentes comunitários de saúde e garantam a rapidez na entrega dos resultados do exame Papanicolau para otimizar a assistência à saúde das mulheres na prevenção do câncer do colo do útero. Essas medidas são fundamentais para aumentar o acesso aos serviços de saúde, promover a sensibilidade das mulheres quanto aos programas de rastreamento, e, conseqüentemente, reduzir a incidência e mortalidade por essa neoplasia.

Os profissionais de saúde devem protagonizar seu papel na educação em saúde, facilitando a disseminação de informações para a comunidade em especial para os grupos mais vulneráveis que são considerados os menos esclarecidos que enfrentam maior dificuldade para acessar os serviços de saúde.

Essa prática desenvolvida principalmente pelo profissional enfermeiro contribui para diminuir a incidência do câncer do colo do útero (Falcão, 2022).



Considerando que este relatório busca apresentar recomendações para melhorias, sugere-se que sejam realizados:



Ampliação e Divulgação da Educação em Saúde na Prevenção do CCU

É fundamental implementar programas de educação em saúde nas unidades de saúde, especialmente durante as consultas de Enfermagem. Promover palestras, distribuindo materiais educativos e utilizando diferentes meios de comunicação, como redes sociais acessíveis e populares na comunidade além do rádio para sensibilizar a comunidade, facilitando o entendimento e a adesão às práticas preventivas.



Melhoria na Acessibilidade e Disponibilidade do Exame Papanicolau

Ampliação dos agendamentos do exame Papanicolau aos finais de semana e horários alternativos é evidente. Além disso, garantir a agilidade na entrega dos resultados é essencial para manter o interesse das mulheres na realização do exame e evitar ansiedades que possam levar ao absenteísmo.



Fortalecimento do Papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os ACS desempenham um papel vital na promoção da saúde e na conscientização da comunidade sendo assim é de extrema importância uma cobertura dos territórios por esses profissionais. É necessário fortalecer a capacitação desses profissionais para que possam fornecer informações precisas sobre a prevenção do CCU.



Integração entre as Redes de Atenção à Saúde

A coordenação entre os diferentes serviços de saúde é fundamental para otimizar o cuidado das mulheres. Estabelecer um sistema de comunicação eficiente entre os serviços permitirá um melhor encaminhamento e acompanhamento, garantindo que as mulheres recebam o suporte necessário ao longo de todo o processo de prevenção e tratamento. Neste sentido, propõe-se a criação de um grupo de Educação Permanente em Saúde composto por profissionais da saúde da atenção primária à saúde, em especial, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e gestores da atenção primária. Este grupo se reuniria periodicamente para analisar os resultados da pesquisa, discutir as percepções e experiências das mulheres em relação à prevenção do câncer do colo do útero, e identificar os desafios enfrentados na realização do exame Papanicolau nas unidades de Atenção Primária do município de Santo Antônio do Descoberto, Goiás. Através de encontros mensais, o grupo poderá promover um espaço de diálogo aberto, onde serão debatidas as dificuldades encontradas e propostas estratégias eficazes para melhorar o acesso aos serviços de saúde no que envolve a prevenção do CCU. Essa abordagem colaborativa é fundamental para implementar soluções que não apenas aumentem a adesão ao exame, mas também fortaleçam a educação em saúde e a sensibilização das mulheres sobre a importância da prevenção, contribuindo assim para a redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero na comunidade e conseqüentemente no país.



ABREU, M. N. S. et al.. Conhecimento e percepção sobre o HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p. 849-860, mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Técnico. Sobre a Vacina do papilomavírus humano (HPV) na atenção básica. Brasília, 2013d.

FALCÃO, Bruna Caroline Silva. Prevenção do câncer do colo de útero: conhecimento, atitude e prática das mulheres atendidas no ambulatório de um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. 2022. 76 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCBS) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/ptbr/assuntos/cancer/numeros/estimativa> Acesso em: 25 maio 2024.

MELO EMFM. Conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino. Recife-PE: UFPE, 2016. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais. Washington, DC: OPAS, 2016. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12813:controle-integral-do-cancer-do-colo-do-utero-guia-de-praticas-essenciais&Itemid=40602&lang=es. Acesso em: 28 maio 2024.



REFERÊNCIAS

RAMOS, C.F.V.; ARARUNA, R.C.; LIMA, C.M.F.; SANTANA, C.L.A.; TANAKA, L.H. Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. V.71, n.3, p.1144-51, 2018.

SANTOS, T. D.; CARNEIRO, P. M.; SACRAMENTO, V. M.; CAMACAM, D. R.; OLIVEIRA, G. F. C. de; VEIGA, K. G. C.; BATISTA, L. B.; WANDERLEY PRADO, G. Y. neto; PINTO, E. C.; NEIVA, J. C. B. O papel do Agente Comunitário na prevenção do câncer de colo uterino / The role of the Community Agente in the prevention of cervical câncer. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 26991-27004, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n6-269. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/40497>. Acesso em: 2 maio 2024.

SILVA, M. L.; NUNES, J. S. S.; OLIVEIRA, K. S. de; LEITE, T. A. S. Conhecimento de mulheres sobre câncer de colo do útero: Uma revisão integrativa / Knowledge of women in the climate about cervical cancer: An integrative review. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 7263-7275, 2020b. DOI: 10.34119/bjhrv3n4-005. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/12566>. Acesso em: 22 jun. 2024.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Knowledge, attitude and practice related to the pap smear test among users of a primary health unit. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 1, p. 97-105, jan. 2011.

World Health Organization. Seventy-Third World Health Assembly. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem and its associated goals and targets for the period 2020-2030. Geneva: World Health Organization; 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer Control. Knowledge into ation. Early Detection (module 3). WHO guide for efective pogrammes. Switzerland: WHO, 2007.



9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo forneceu uma análise sobre os conhecimentos, práticas, percepções e demandas das mulheres cadastradas e acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família 14 em Santo Antônio do Descoberto, Goiás acerca das ações de prevenção do câncer de colo do útero.

Participaram 302 mulheres e foram levantadas características socioeconômicas, comportamentais, conhecimentos das mesmas acerca dessa temática. Os dados revelaram que a idade média das mulheres que participaram desse estudo foi de $37,1 \pm 14,3$ anos. A maioria das mulheres eram casadas e tinha uma renda mensal familiar média de um a dois salários mínimos. Além disso, apenas 2% das mulheres possuíam nível superior.

O estudo revelou diferenças relevantes nas fontes de informação e acesso à internet entre os grupos etários. Mulheres até 22 anos preferem plataformas de mídia social como Instagram e Facebook, enquanto as de acima de 22 anos recorrem mais a profissionais de saúde e rádio.

Quase todas as mulheres, 96,4% já tinham ouvido falar do exame de prevenção do câncer do colo do útero, 56% delas tendo os profissionais de saúde como a principal fonte de informação. Relacionado à participação em atividades educativas, 79,5 % confirmam que nunca participaram desses momentos envolvendo ações de prevenção ao câncer cervical. Um percentual de 74,8 % afirmou saber o que é o exame preventivo.

Embora a maioria das mulheres tenha conhecimento da existência do exame Papanicolau e 69,9% já tenham feito o mesmo, a frequência recomendada por protocolos do ministério da saúde é seguido por uma parcela de 19,9% desse público. Quando questionadas sobre as causas do câncer do colo do útero, 43% das mulheres afirmaram saber, 56,6% já tinham ouvido falar do HPV e 18,5% mencionaram que o HPV pode causar o câncer cervical.

Quanto à vacinação contra o HPV, os resultados indicaram uma intenção positiva de vacinar os filhos, influenciada significativamente pelo acesso à televisão e conhecimento sobre a associação entre HPV e câncer cervical. As análises multivariadas confirmaram que o uso da televisão como fonte de conhecimento está associado a uma maior intenção de vacinação.

A confiança das mulheres nos serviços de saúde da família foi elevada o que evidencia o valor da comunicação e do acolhimento eficaz com os profissionais de saúde. Esse vínculo positivo mostra a importância da atenção integral, de qualidade e resolutiva no contexto da APS, essencial para promover a saúde preventiva e responder às necessidades individuais das usuárias.

Foi possível verificar que sentimentos como constrangimento, vergonha, medo e ansiedade exercem influência significativa na decisão das mulheres em participar do rastreamento do câncer do colo do útero. Esses sentimentos, na maioria dos casos, são intensificados pela falta de informação adequada sobre o exame preventivo, sobre o desconhecimento sobre o HPV e sua relação com o câncer do colo do útero, além da forma como o exame é conduzido e se caso esteja disponível profissionais de saúde do mesmo sexo para conduzir a consulta e realizar o exame.

A partir da aplicação e análise do questionário e do grupo focal foi possível identificar que estratégias educativas contínuas são fundamentais para fornecer às mulheres o conhecimento necessário sobre a importância do rastreamento, bem como para desmistificar o processo do exame de Papanicolau e reduzir os sentimentos de desconforto.

A valorização dos Agentes Comunitários de Saúde como mediadores importantes entre as famílias e os serviços de saúde também se mostrou essencial para o aumento da adesão, promovendo ações educativas e orientações adequadas.

A necessidade de diminuir o tempo da entrega dos resultados dos exames foi destacada como uma medida essencial para reduzir a ansiedade e garantir a continuidade dos cuidados preventivos. A implementação de campanhas educativas frequentes, adaptadas às necessidades específicas desse território, podem contribuir significativamente para aumentar a sensibilização e a participação das mulheres nos programas de prevenção do câncer de colo do útero.

As descobertas corroboram com a necessidade e importância de adaptar as estratégias de comunicação e intervenção para atender às necessidades específicas de diferentes grupos etários e socioeconômicos, promovendo assim uma prevenção mais eficaz e abrangente quanto a esse tipo de neoplasia.

A educação em saúde, quando adaptada às necessidades específicas de um território pode transformar significativamente o cenário da prevenção do câncer de colo do útero no Brasil. Investir em políticas públicas que visem a equidade no acesso

à informação e aos serviços de saúde é essencial para alcançar resultados positivos e duradouros na saúde das mulheres.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. N. S. et al.. Conhecimento e percepção sobre o HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p. 849–860, mar. 2018.

AGUILAR, R. P.; SOARES, D. A.. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 359–379, abr. 2015.

ALBUQUERQUE, Vanessa do Rosário et al. Exame preventivo do câncer de colo do útero: conhecimento de mulheres. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, [S.l.], v. 10, n. 5, p. 4208-4218, out. 2016. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11165/12693>>. Acesso em: 26 fev. 2023. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i5a11165p4208-4218-2016>.

ALMEIDA, P. F; FAUSTO, M. C. R; GIOVANELLA L. Fortalecimento da Atenção Primária é Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Publica, Washington*, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

AZEVÊDO, A. V. dos S.; SILVA, M. A da.; MAGALHÃES REIS, T. C. Promoção da saúde no contexto das redes sociais significativas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, [S. l.], v. 28, n. 63, p. 55– 66, 2019. DOI: 10.38034/nps.v28i63.482. Disponível em: <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/482>. Acesso em: 22 nov. 2023

BARDIN L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

BOING, Alexandra Crispim et al. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 38, n. 6 [Acessado 23 Maio 2024] , e00114721. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721>.

BORGES, M. F. DE S. O. et al.. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, n. 6, p. 1156–1166, jun. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Detecção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979/2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de2019227652180>. Acesso em: 04 set. 2023.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia prático sobre HPV: guia de perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Técnico. Sobre a Vacina do papilomavírus humano (HPV) na atenção básica. Brasília, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Comunicado - Ampliação da oferta da vacina meningocócica ACWY (Conjugada) para os adolescentes não vacinados entre 11 e 14 anos de idade (de forma temporária) e ampliação da oferta da vacina HPV4 para meninos de 09 a 14 anos de idade. Brasília, 30 de agosto de 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Instrumento PCATool-Brasil: manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/12052020_Pcatool.pdf

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. da C.; WACHHOLZ, V. A.; POHLMANN, F. C.; MARQUES, L. A.; FRANCIONI, F. F. Acesso ao exame papanicolau por usuárias do Sistema Único de Saúde. Revista Rene, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 198-207, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2999>. Acesso em: 21 jun. 2024.

CHEHUEN NETO, J. A. et al.. Atitudes dos pais diante da vacinação de suas filhas contra o HPV na prevenção do câncer de colo do útero. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 248–251, abr. 2016.

CIRINO, F. M. S. B.; NICHIATA, L. Y. I.; BORGES, A. L. V.. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescentes. *Escola Anna Nery*, v. 14, n. 1, p. 126–134, jan. 2010.

CLARO, Itamar Bento. *Sistemas de saúde, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero: Brasil e Chile em perspectiva comparada / Itamar Bento Claro*. 2020.

COELHO, Karla Maciel Gomes. *A Articulação entre os Serviços de uma Rede de Atenção à Saúde: Câncer como Condição Traçadora*. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

COFEN. RESOLUÇÃO COFEN Nº 381/2011. Publicado Portal do Cofen -Conselho Federal de Enfermagem, e no DOU nº 140, pág. 229 -seção 1. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br>> . Acessado em 25 mar. 2023.

DE SOUZA, A. F.; COSTA, L. H. R. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 61, n. 4, p. 343–350, 2015. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n4.220. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/220>. Acesso em: 18 fev. 2024.

DIAS, E.G et al. Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero em Unidades de Saúde. *J Health Biol Sci.*; v.9, n.1 p.1-6, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v9i1.3472.p1-6.2021>.

EDUARDO, K. G. T.; FERREIRA, E. M.; PINHEIRO, A. K. B.; XIMENES, L. B. Utilização do instrumento de melhoria de desempenho na avaliação do exame de Papanicolau por enfermeiros. *Cogitare Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 329-335, jul./set. 2008.

FALCÃO, Bruna Caroline Silva. Prevenção do câncer do colo de útero: conhecimento, atitude e prática das mulheres atendidas no ambulatório de um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. 2022. 76 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCBS) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

FERLAY J. et al. Global cancer observatory: cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>. Acesso em: 30 set. 2022.

Finnen, R. L. et al. Interactions between papillomavirus L1 and L2 capsid proteins. *J Virol*. 2003. 77(8):1410-1426. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC152166/>>. Acesso em: 05 jun. 2023.

FRANCO MLPB. (2005) Análise de conteúdo. Brasília: Liber Livro Editora. 79 p.

GALVÃO, MPSP; ARAÚJO, TME DE.; ROCHA, SS DA .. Conhecimentos, atitudes e práticas de adolescentes em relação ao papilomavírus humano. *Revista de Saúde Pública* , v. 56, p. 12, 2022.

GARCIA, Micheli et al. Identificação dos fatores que interferem na baixa cobertura do rastreio do câncer de colo uterino através das representações sociais de usuárias dos

serviços públicos BrazilianJournalof Health Review, Curitiba, v.4, n.1, p 1462-1477 jan./feb. 2021.

GLASER, Barney G; STRAUSS, Anselm L. *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine, 1967.

GOMIDE, M. F. S. et al.. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 65, p. 387–398, abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede*. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Viva Mulher 20 anos: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. – Rio de Janeiro: Inca, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro : INCA, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) (Brasil). Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. 3.ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012. 23 p. Disponível em: www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/nomenclatura_laudo_cervical.pdf. Acesso em: 12 mar. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Atlas da mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade> Acesso em: 09 set 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 16 set. 2022.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em 18 de março 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/ptbr/assuntos/cancer/numeros/estimativa> Acesso em: 03 fevereiro 2023.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). Handbooks of Cancer Prevention. Volume 10. Cervix Cancer Screening. IARC Press. Lyon, 2005.

JORGE, R. J. B. et al. Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2443–2451, maio 2011.

JUSTO AM. de Dados Textuais IRAMUTEQ : Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires IRAMUTEQ : A Free Software for Analysis of Textual Data. 2013;21(2009):513–8

LOPES, Kelvya Fernanda Almeida Lago. Desvelando saberes e práticas de agentes comunitárias de saúde sobre a prevenção do câncer de colo uterino. 2016. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

MARIN MJS, Moracvick MYAD, Rodrigues LCR, Santos SC, Santana FHS, Amorin DMR. Conhecendo os motivos da não adesão às ações educativas em saúde. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(3):500-504.

MARTINS LIMA, J.; LIRA DE LIMA, L.; SILVA DE ARAGÃO, V.; RIBEIRO DE CASTRO JÚNIOR, A.; FERREIRA DA SILVA, M. R. “Eu me sinto tipo invadida”: Vivências com o exame papanicolau e o cuidado de enfermagem . *Nursing (São Paulo)*, [S. l.], v. 26, n. 296, p. 9232–9245, 2023. DOI: 10.36489/nursing.2023v26i296p9232-9245. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2989>. Acesso em: 17 fev. 2024.

MELO, Myllena Cândida de; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. Uso de comunidades virtuais no suporte a portadoras de câncer de mama. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 10, p. 3347-3356, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.14612018>.

MELO EMFM. Conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino. Recife-PE: UFPE, 2016. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2016.

MELO, Ester Marcele Ferreira et al. Câncer cérvico-uterino: conhecimento, atitude e prática sobre o exame de prevenção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 2019; v.72, suppl 3, p. 30-6. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000900025&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 05 de setembro de 2023.

MELO MCSC de, Vilela F, Salimena AM de O, Souza IE de O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 28º de setembro de 2012 [citado 24º de março de 2023];58(3):389-98. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/590>

MONTI GRATÃO, B. et al. Práticas de educação em saúde sobre câncer de mama e colo de útero: revisão integrativa. *Saúde Coletiva (Barueri)*, [S. l.], v. 13, n. 86, p. 12779–12804, 2023. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2023v13i86p12779-12804. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3040>. Acesso em: 7 jun. 2024.

MORAES, P. R. de. Religião e saúde: a relação entre a espiritualidade e a prevenção do câncer do colo do útero. Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2020.

MOTTA, Ana Laura Brandão. Avaliação das ações de prevenção ao câncer de colo de útero na atenção básica em saúde no estado do Rio de Janeiro. 2017. 257 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

MOURA, L. DE L.; CODEÇO, C. T.; LUZ, P. M.. Cobertura da vacina papilomavírus humano (HPV) no Brasil: heterogeneidade espacial e entre coortes etárias. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 24, p. e210001, 2021.

OLIVEIRA, A. G. P.; LIMA, V. S. B. Prevenção de câncer de colo de útero - dificuldades encontradas pelas mulheres para realização da citologia oncológica no município de Flores – PE. Revista Multidisciplinar do Sertão, v. 2, n. 1, p. S7-S17, jan. 2023.

OLIVEIRA, Max Moura de et al. Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2018, v. 21 [Acessado 25 Maio 2024] , e180014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720180014>>. Epub 27 Ago 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) (Brasil). HPV e câncer do colo do útero, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 03 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais. Washington, DC: OPAS, 2016. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12813:controle-integral-do-cancer-do-colo-do-utero-guia-de-praticas-essenciais&Itemid=40602&lang=es. Acesso em: 28 maio 2024.

Organização Mundial de Saúde. Marco de implementação regional para a eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública: 2021–2030. OMS; Genebra: 2023. [Acesso em 12 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290228875>.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; SOUSA, M. H. DE .. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 1, p. 123–133, fev. 2014.

PAULA, T. C.; FERREIRA, M. L. S. M.; MARIN, M. J. S.; MENEGUIN, S.; SARTORI, A. S.; FERREIRA, B. S. Detecção precoce e prevenção do câncer de colo uterino: saberes e práticas educativas. *Enferm. Foco*, v.10, n.2, p. 47-5, 2019.

PEREIRA, R. G. V.; MACHADO, J. L. M.; MACHADO, V. M.; MUTRAN, T. J.; SANTOS, L. S. dos; OLIVEIRA, E.; FERNANDES, C. E. The influence of the knowledge towards the vaccine against Human Papillomavirus: a randomized clinical trial. *ABCS Health Sciences*, [S. l.], v. 41, n. 2, 2016. DOI: 10.7322/abcshs.v41i2.873. Disponível em: <https://portalnepas.org.br/abcshs/article/view/873>. Acesso em: 9 sep. 2023.

QUADROS CAT de, Victora CG, Costa JSD da. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(4):223–32.

RAMOS, C.F.V.; ARARUNA, R.C.; LIMA, C.M.F.; SANTANA, C.L.A.; TANAKA, L.H. Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm.[Internet]. V.71, n.3, p.1144-51, 2018.

RIBEIRO, M. das G. M., SANTOS, S. M. dos R., TEIXEIRA, M. T. B. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero: uma abordagem focada na prevenção. Revista Brasileira de Cancerologia, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 483-491, 2011. Disponível em: http://www.inca.gov.br/Rbc/n_57/v04/pdf/04_artigo_itinerario_terapeutico_de_mulheres_cancer_colo_do_uteropdf>. Acesso em: 25 set. 2023.

RODRIGUES, B. C. et al.. Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 1, p. 149–154, jan. 2012.

SAMPAIO, L. R. L.; DIÓGENES, M. A. R.; JORGE, R. J. B.; MENDONÇA, F. A. C.; SAMPAIO, L. L. Influência do gênero do profissional na periodicidade do exame Papanicolau. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza-Ceará, v. 23, n. 2, p. 181-187, abr./jun. 2010. Universidade de Fortaleza.

SANTANA, P. M. Retardo do tratamento de mulheres com câncer de colo do útero. 2016. Dissertação (Curso de Pós-Graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa). Fundação Oswaldo cruz - Instituto Gonçalo Moniz, Salvador, 2016.

SANTO ANTÔNIO DO DESCOBERTO. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2023. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Santo_Ant%C3%B4nio_do_Descoberto&oldid=65401917>. Acesso em: 1 mar. 2023.

SANTOS, T. D.; CARNEIRO, P. M.; SACRAMENTO, V. M.; CAMACAM, D. R.; OLIVEIRA, G. F. C. de; VEIGA, K. G. C.; BATISTA, L. B.; WANDERLEY PRADO, G. Y. neto; PINTO, E. C.; NEIVA, J. C. B. O papel do Agente Comunitário na prevenção do câncer de colo uterino / The role of the Community Agente in the prevention of cervical câncer. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 26991–27004, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n6-269. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/40497>. Acesso em: 2 maio 2024.

SANTOS, Ana Carolina da Silva. Avaliação do conhecimento sobre câncer cervical e da aceitabilidade à vacina contra o HPV. 2017. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2017.

SCHOELL WM, Janicek MF, Mirhashemi R. Epidemiology and biology of cervical cancer. *Semin Surg Oncol*. 1999.

SILVA, Márcia Aparecida dos Santos; TEIXIERA, Érica Mairene Bocate; FERRARI, Rosangela Aparecida Pimenta; CESTARI, Maria Elisa Wotzasek; CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. *Rev Rene*, [S. l.], v. 16, n. 4, p. 532–539, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2745>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SILVA, T. L. DA . et al.. Capacitação do agente comunitário de saúde na prevenção do câncer de colo uterino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 1, p. 155–160, jan. 2012.

SILVA, A. G. I.; ALFAIA, E. C.; RAMALHO, A. D. S. R.; DIAS, G. D.; SARDINHA, D. M.; GARCEZ, J. C. D. Satisfação do usuário como indicador de qualidade em uma estratégia saúde da família. *Nursing Edição Brasileira*, [S. l.], v. 23, n. 268, p. 4546–4561, 2020a. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i268p4546-4561. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/865>. Acesso em: 9 jun. 2024.

SILVA, M. L.; NUNES, J. S. S.; OLIVEIRA, K. S. de; LEITE, T. A. S. Conhecimento de mulheres sobre câncer de colo do útero: Uma revisão integrativa / Knowledge of women in the climate about cervical cancer: An integrative review. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 7263–7275, 2020b. DOI: 10.34119/bjhrv3n4-005. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/12566>. Acesso em: 22 jun. 2024.

SOUZA, T. G.; ALVES, B. P.; SILVA, A. B. L.; BARBALHO, I. L. A.; TEMOTEO, R. C. A.; FERNANDES, M. C. Dificultades en la prevención del cáncer cervicouterino: discurso de las mujeres quilombolas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, [S. l.], v. 25, 2023. DOI: 10.11144/Javeriana.ie25.dpcc. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/36817>. Acesso em: 20 maio 2024.

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: Cancer Journal for Clinicians*, Hoboken, v. 71, n. 3, p. 209-249, Feb. 2021. DOI 10.3322/caac.21660.

TEIXEIRA, Luiz Teixeira da Silva. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, v. 22, n. 1, 2015.

TIENSOLI, S. D. Fatores individuais e contextuais associados ao rastreamento do câncer de mama e colo do útero. 2021. 120 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Knowledge, attitude and practice related to the pap smear test among users of a primary health unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 97–105, jan. 2011.

VIEIRA, Y. P. et al. Tendência e desigualdades no rastreamento autorrelatado do câncer de colo de útero nas capitais brasileiras entre 2011 e 2020. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. Cad. Saúde Pública, 2022 38(9), 2022.

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.) *World cancer report: cancer research for cancer prevention*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/586>. Acesso em: 30 set. 2022.

World Health Organization. *Seventy-Third World Health Assembly. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem and its associated goals and targets for the period 2020-2030*. Geneva: World Health Organization; 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Cancer Control. Knowledge into action. Early Detection (module 3). WHO guide for effective programmes*. Switzerland: WHO, 2007.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM RELAÇÃO AS MEDIDAS PREVENTIVAS
RELACIONADAS AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Entrevistador: _____ Número: _____
CEP: _____

1. Data de nascimento? _____

2. Raça/Cor

() Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

3. Escolaridade

() Sem instrução () Alfabetizado () 1º grau incompleto
() 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo
() Superior incompleto () Superior Completo () Mestrado
() Doutorado

4. Anos de escolaridade (não incluir repetência): _____

5. Estado Civil

() Casada () União estável () Solteira () Divorciada () Viúva

6. Tem parceiro sexual regular?

() Sim () Não

7. Acesso à internet

() Sim () Não

8. Religião

() Católica () Evangélica/Protestante () Espírita
() Não tenho religião () Outra: _____

9. Somando todas as rendas, pensões e salários da família, qual é o ganho mensal familiar (aproximado)? [Incluir os ganhos de toda a família]

10. Quantas pessoas vivem/dependem desse ganho?

11. Recebe benefício social?

() Sim () Não

11.1. Se SIM, qual(is) benefícios?

12. Como você se informa a respeito das questões relacionadas à sua saúde?

(marcar todas as opções que utiliza para se informar)

- () Programas/Jornais na televisão
- () Programas/ Jornais na rádio
- () Profissionais de saúde em geral
- () Profissionais da unidade básica de saúde/estratégia de saúde da família
- () Igreja
- () Sites da internet
- () Facebook
- () Instragram
- () WhatsApp
- () Amigos/vizinhos/parentes
- () Outros: _____

12.1 Entre as fontes citadas qual você confia em relação às informações a respeito de sua saúde?

(marcar todas as opções que utiliza para se informar)

- () Programas/Jornais na televisão
- () Programas/ Jornais na rádio
- () Profissionais de saúde em geral
- () Profissionais da unidade básica de saúde/estratégia de saúde da família
- () Igreja
- () Sites da internet
- () Facebook
- () Instragram
- () WhatsApp
- () Amigos/vizinhos/parentes
- () Outros: _____

13. Com que frequência procura uma unidade de saúde?

**DADOS RELACIONADOS À PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO e
HPV**

14. Você já ouviu falar sobre o exame de prevenção do câncer de colo do útero?

() Sim () Não

14.1. Se SIM, onde ouviu?

() TV () Rádio () Amigos () Profissionais de saúde

() Família () Folder () Outros _____

15. Você já participou de alguma atividade educativa sobre câncer de colo do útero?

() Sim () Não

15.1. Se SIM, qual atividade? _____

15.2. Se SIM, quem realizou? _____

15.3 Se NÃO, por quê?

16. O que você acha das atividades educativas sobre câncer de colo do útero?

17. Você sabe qual (quais) é (são) a (s) causa (s) do câncer do colo do útero?

() Sim () Não

17.1. Se SIM, por favor, explique resumidamente qual (quais) é (são) a (s) causa (s) do câncer do colo do útero

18. Você sabe o que é o exame de “prevenção do câncer do colo uterino” ou exame de Papanicolau?

() Sim () Não

18.1. Se SIM, por favor, explique resumidamente o que é o exame “preventivo de câncer do colo uterino” ou exame de Papanicolau.

19. Você já fez exame de “preventivo de câncer do colo uterino” ou exame de Papanicolaou?

() Sim () Não

19.1. Se SIM, com que frequência você faz exames “preventivos de câncer do colo uterino” ou exames de Papanicolaou? _____

19.2. Se SIM, quando fez o último exame preventivo? _____

20. Você tomou a vacina contra o papilomavírus humano (HPV)?

() Sim () Não

21. Você sabe que a vacinação contra o papilomavírus (HPV) é aplicada de forma gratuita na unidade básica de saúde?

() Sim () Não

22. Você sabe quem pode tomar a vacina contra papilomavírus humano (HPV) gratuitamente?

() Sim () Não

22.1. Se SIM, quem?

22. Você já tinha ouvido falar do papilomavírus humano (HPV)?

() Sim () Não

22.1. Se SIM, por favor, explique resumidamente como o papilomavírus humano (HPV) pode ser adquirido?

22.2. Se SIM como você considera que o papilomavírus humano (HPV) pode ser adquirido? (marcar todas as situações que considere associadas à transmissão do HPV)

- () Durante as relações sexuais desprotegidas
- () Beijo
- () Durante o parto
- () Aperto de mão
- () Utilizando objetos pessoais contaminados
- () Outros

22.3. Se SIM, a senhora sabe o que o papilomavírus humano (HPV) pode causar?

23. Caso tenha filhos na faixa etária que recebe gratuitamente a vacina contra o HPV é favorável e pretende dar seu consentimento para que seus filhos recebam a vacina

- () Sim, de qualquer forma () Sim, apenas se eles quiserem
- () Não, de qualquer forma () Não sei ainda

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

24. Marque a alternativa que considere mais adequada para cada item abaixo.

	Com certeza sim	Provavel- mente sim	Com certeza não	Não sei / Não lembro
24.1. Quando você precisa de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você procura um profissional de saúde da equipe de saúde da família antes de ir a outro serviço de saúde?				
24.2. Quando você tem um novo problema de saúde, você procura um profissional de saúde da equipe de saúde da família antes de ir a outro serviço de saúde?				
24.3. Quando você precisa de uma consulta com um (a) especialista, o profissional de saúde da equipe de saúde da família (médico/enfermeiro) obrigatoriamente deve encaminhar você?				
24.4. Você acha que o (a) “médico (a) /enfermeiro (a)” da equipe de saúde da família entende o que você diz ou pergunta?				
24.5. O (A) “médico (a) /enfermeiro (a)” da equipe de saúde da família responde as suas perguntas de maneira que você entenda?				
24.6. O (A) “médico (a) /enfermeiro (a)” dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?				
24.7. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao (à) “médico (a) / enfermeiro (a)”?				
24.7. No (a) “serviço de saúde” estão				

disponíveis informações quanto a planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais?				
24.8. . No (a) “serviço de saúde” está disponível o exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Citopatológico, Teste Papanicolau)				

25. Você possui algum comentário ou sugestão que queira realizar em relação às atividades desenvolvidas pela unidade básica de saúde/estratégia saúde da família em relação ao câncer do colo do útero?

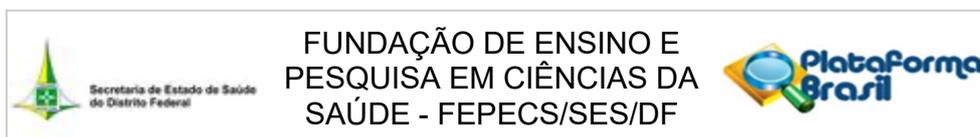
23. Você estaria disposta a participar de uma nova fase da pesquisa na qual será realizada uma entrevista com grupo de mulheres?

() Sim () Não

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA A DISCUSSÃO NO GRUPO FOCAL

- Breve histórico de vida;
- Como é sua rotina?
- Pratica hobbies, lazer, atividade física?
- O que é ter saúde para vocês?
- Quais as condições que promovem ou prejudicam a saúde da mulher?
- Quais as facilidades e dificuldades que percebem no acesso aos serviços de saúde quanto a prevenção do câncer do colo do útero?
- Sentem que os serviços de saúde contemplam suas necessidades de forma satisfatória quanto a prevenção do câncer do colo do útero? Sim ou não? Por quê?
- Quais são as dificuldades pessoais para a prevenção do câncer de colo do útero? E quais obstáculos são relativos aos serviços de saúde?
- Onde costumam realizar o exame de prevenção contra o câncer do colo do útero ou Papanicolau?
- Quais sentimentos expressados quando realizam o exame de prevenção contra o câncer do colo do útero ou Papanicolau?
- Como avaliam o acesso à informação que tem ou teve sobre prevenção do câncer do colo do útero, na família, na comunidade, na escola, nos serviços de saúde e nas mídias?
- Vocês já adquiriram alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? Já passou pela cabeça adquirir alguma infecção de seu parceiro?
- Vocês têm o hábito de usar preservativo em toda relação sexual? Costumam usar quando tem um novo parceiro?
- Vocês sabem o que é o HPV? Sabem qual relação do HPV com o câncer do colo do útero?
- Como podemos melhorar a assistência à saúde das mulheres quanto à prevenção do câncer do colo do útero? Dê sugestões, pensando nas suas próprias necessidades e naquelas que percebe na família e na comunidade.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS, PRÁTICAS, PERCEPÇÃO E DEMANDAS DAS MULHERES ACERCA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71741923.0.0000.5553

Instituição Proponente: ASSOCIACAO DOS DOCENTES DA ESCOLA SUPERIOR DE CIENCIAS DA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.236.839

Apresentação do Projeto:

1. Tipo de Projeto: TCC de pós-graduação do Mestrado/Doutorado da ESCS-FEPECS

2. Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

3. Trata-se de um Estudo Multicêntrico?

Sim Não

4. Se Multicêntrico, qual a origem? não se aplica

Nacional Internacional

5. Se Internacional, qual o país de origem da Pesquisa? não se aplica

6. A pesquisa é patrocinada ou de financiamento próprio?

Patrocinada Financiamento Próprio

7. Se for pesquisa patrocinada, citar o(s) patrocinador (es): não se aplica

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

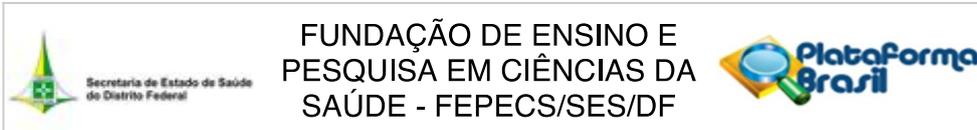
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.236.839

8. Qual o tamanho da amostra a ser estudada na SES-DF?

- 302 mulheres cadastradas e acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família 14 no município de Santo Antônio do Descoberto, Goiás.

9. Citar TODOS os locais da SES-DF onde a pesquisa será realizada:

- A pesquisa será realizada na Estratégia de Saúde da Família 14 do município de Santo Antônio do Descoberto, Goiás.

10. Qual a População que será estudada:

- RNs
- Lactentes
- Crianças
- Adolescentes
- Adultos
- Idosos

11. Envolve População em situação de vulnerabilidade? não

12. Hipótese(s): "A maioria das mulheres possui ensino médio incompleto, ganham de meio a um salário mínimo. As mulheres justificam falta de tempo ao se ausentarem da ESF 14 para buscar serviços quanto às ações de prevenção do câncer do colo do útero. A baixa escolaridade das mulheres do território influencia na não compreensão do objetivo do exame Papanicolau, algumas buscam o serviço apenas quando há queixas ginecológicas. A demora na entrega dos resultados do exame Papanicolau desestimula as mulheres na realização do mesmo. A maioria das mulheres não possui o conhecimento que o vírus HPV está relacionado com o câncer de colo uterino."

13. Critério de Inclusão: "Ser mulher cadastrada e acompanhada pela Estratégia Saúde da Família 14 (ESF 14) em Santo Antônio do Descoberto, Goiás, e possuir mais de 18 anos de idade."

14. Critério de Exclusão: "possuir condição que prejudique responder de forma fidedigna ao

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Parecer: 6.236.839

questionário como alguma limitação física ou funcional (como cognitiva, auditiva ou visual)."

15. Breve consideração sobre a metodologia (metodologia utilizada e descrição das etapas):

"A população do estudo será constituída por uma amostra aleatória simples entre as mulheres adultas cadastradas e acompanhadas na Estratégia Saúde da Família 14 em Santo Antônio do Descoberto, Goiás. Para a primeira fase, como a população de mulheres adultas cadastradas e acompanhadas na Estratégia Saúde da Família 14 em Santo Antônio do Descoberto, Goiás, é de 1.398 mulheres, será necessária para uma amostra com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5% uma amostra de 302 participantes. Para a segunda fase, será realizado um grupo focal com 14 mulheres, escolhidas de forma aleatória entre as mulheres que tenham respondido a primeira fase do questionário e que se dispuserem participar da segunda fase da pesquisa. Na terceira fase, para a realização das entrevistas em profundidade individuais, a seleção dos participantes seguirá o método de amostragem teórica proposto por Glaser & Strauss (1967), levando em consideração decisões tomadas durante o processo de coleta e análise de dados, buscando envolver informantes-chave de perfis diferentes. Será utilizado o critério da saturação teórica para decidir o momento de interromper a integração de sujeitos adicionais, qual seja, quando não estejam sendo revelados dados que contribuam para o desenvolvimento das propriedades da categoria. Na primeira fase, para a coleta de dados será utilizado um questionário com questões fechadas e abertas relativas a dados sociodemográficos e a conhecimentos e práticas das mulheres acerca das ações de prevenção do câncer de colo do útero e avaliação do serviço de saúde, adaptadas dos estudos de Santos (2017), Falcão (2022) e do Instrumento PCATool-Brasil (Brasil, 2020) Anexo 1. Esse questionário será aplicado nos domicílios após sorteio dos mesmos. Essas mulheres selecionadas para participar do estudo receberão a visita rotineira do agente comunitário de saúde (ACS) e esses conduzirão essa fase em conjunto com a pesquisadora após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ocorrerá um treinamento prévio dos 04 agentes comunitários de saúde da unidade para que os mesmos sejam orientados quanto à aplicação do questionário bem como dos esclarecimentos e assinatura do TCLE. Após essa etapa, para melhor compreensão das percepções e demandas das mulheres quanto às ações de prevenção contra o câncer de colo uterino será conduzido um grupo focal com as mulheres participantes da primeira fase que responderam o questionário e que se dispuser a participar da segunda fase da pesquisa. Dessas mulheres, será realizado uma amostra de conveniência de 14 mulheres a partir das respostas do questionário da primeira fase para que seja possível conduzir

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br

Página 03 de 08

Continuação do Parecer: 6.236.839

este grupo focal. As discussões no grupo focal irão abordar as experiências das mulheres no cotidiano da comunidade e nos serviços de saúde quanto à prevenção do câncer de colo do útero de forma a explorar suas percepções e demandas quanto a essas medidas de prevenção. A dinâmica grupal entre mulheres que compartilham um contexto semelhante facilita a discussão de aspectos da vivência coletiva, podendo revelar suas demandas e necessidades. Os grupos focais também oferecem uma oportunidade de ouvir as vozes dessas mulheres, encorajando a expressão de sentimentos, opiniões e aspirações. O grupo focal será gravado, transcrito e realizada a análise das falas, Anexo 2. O grupo focal será realizado na estrutura física da unidade de saúde Estratégia de Saúde da Família 14, mais especificamente na sala de reuniões. Finalmente, questões de foro íntimo serão abordadas em entrevistas individuais em profundidade. A entrevista será gravada, transcrita e analisada para que contribua com informações necessárias para o estudo Anexo 3. As entrevistas individuais serão aplicadas no consultório da ESF14, considerando os quesitos de privacidade e segurança das mulheres."

Objetivo da Pesquisa:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2180060.pdf, postado em 22/07/2023

Objetivo Primário:

"Analisar os conhecimentos, práticas, percepção e demandas das mulheres acompanhadas em uma unidade de atenção primária à saúde de Santo Antônio do Descoberto, Goiás, acerca das ações de prevenção do câncer de colo do útero."

Objetivo Secundário:

- "•Investigar o conhecimento, as práticas e as percepções das mulheres em relação ao exame de prevenção do câncer de colo do útero.
- Identificar fatores associados à adesão das mulheres ao exame de prevenção contra o câncer de colo do útero.
- Investigar o conhecimento, as práticas e as percepções das mulheres em relação à vacinação contra o papilomavírus humano (HPV).
- Identificar fatores associados das mulheres quanto à adesão da vacinação contra o HPV.
- Propor estratégia de intervenção que tenha por objetivo promover o conhecimento e melhorar as

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

Continuação do Parecer: 6.236.839

práticas das mulheres na atenção primária à saúde."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2180060.pdf, postado em 22/07/2023

Riscos:

"O público alvo do estudo são mulheres acima de 18 anos cadastradas e acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família 14, os riscos aos quais estão expostas estão associados à sua dimensão emocional devido um possível constrangimento ao responder às questões. Também a possibilidade de envergonhar-se e vivenciar momentos desconfortáveis para responder algumas questões sobre sua sexualidade. Existe o risco de vazamento de informações. Para minimizar esses riscos será garantida a confidencialidade dos dados que serão armazenados em computador com senha, o sigilo profissional da pesquisadora e a preservação da identidade de cada participante ao longo do estudo. O grupo focal será realizado na sala de reuniões da unidade com acesso apenas dos participantes. A entrevista em profundidade será realizada pela pesquisadora no consultório da unidade. O acesso a todos os dados levantados será exclusivo da pesquisadora e de seu orientador e todas as informações geradas guardadas em notebook pessoal com acesso por meio de senha."

Benefícios:

"Como benefício a contribuição para conhecer necessidades e demandas das mulheres desse território para que o serviço de saúde seja reorganizado de maneira que possa atendê-las e que seja possível intervir nos fatores que favorecem os altos índices de mulheres acometidas pelo câncer de colo do útero e nos altos índices de mortes pela doença. Dessa forma, fornecer subsídios para a criação de novas políticas públicas e estratégias de educação em saúde que favoreçam a equidade, universalidade e igualdade na assistência das mulheres evitando novos casos de câncer de colo uterino."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- 1.Ponderação entre os riscos e benefícios da pesquisa: adequado
- 2.Relevância social: adequada
- 3,Processo de recrutamento: adequado
- 4.Critérios para inclusão e exclusão de participantes na pesquisa: apresentados
- 5.Processo de obtenção do TCLE: adequado

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Parecer: 6.236.839

6. Justificativa de Dispensa do TCLE: não se aplica
7. Procedimentos efetivos para garantia do sigilo e confidencialidade: adequados
8. Proteção de participantes de pesquisa em situação de vulnerabilidade: não se aplica
9. Orçamento para realização da pesquisa: apresentado
10. Cronograma de Execução da pesquisa: apresentado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Carta de encaminhamento do Projeto: apresentada
2. Declaração de Compromisso do Pesquisador responsável: apresentada
3. Folha de Rosto: apresentada
4. Termo de Anuência ou Coparticipação: apresentado
5. Projeto Brochura: apresentado
6. Curriculum Lattes de todos os envolvidos na pesquisa: apresentados
7. TCLE (ou Termo de Assentimento) ou Dispensa dos mesmos: apresentados

Recomendações:

- Numerar as páginas do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

*** A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e de que os dados obtidos na mesma deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Cabe, ainda, ao pesquisador:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br

Continuação do Parecer: 6.236.839

pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

*** Reiteramos os cuidados referentes a Pandemia (COVID-19), para que sejam obedecidas as orientações legais vigentes quanto a proteção do pesquisador e dos participantes de pesquisas).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2180060.pdf	22/07/2023 15:04:48		Aceito
Outros	CurriculoLattesFabioFerreiraAmorim.pdf	22/07/2023 15:03:09	ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSODOPEQUISADOR.pdf	17/07/2023 22:50:15	ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS	Aceito
Outros	CARTEDEENCAMINHAMENTODOPROJETODEPESQUISA.pdf	17/07/2023 22:47:47	ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_3.pdf	17/07/2023 22:44:11	ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	17/07/2023 22:42:20	ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAlessandrapronta.pdf	17/07/2023 22:35:48	ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS	Aceito
Outros	TERMODEANUENCIA.pdf	13/07/2023 23:04:08	ALESSANDRA MONTEIRO RAMOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Parecer: 6.236.839

BRASILIA, 14 de Agosto de 2023

Assinado por:
Maria Cristina de Paula Scandiuzzi
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

Página 08 de 08