



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS & MARIA DEANE – ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E
SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA**

DÉBORA CRISTINA BRASIL DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO
DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM POPULAÇÕES RURAIS
RIBEIRINHAS DO RIO NEGRO, MANAUS, AMAZONAS**

MANAUS - AM

2020



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
FioCruz Amazônia

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS & MARIA DEANE – ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E
SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

DÉBORA CRISTINA BRASIL DA SILVA

FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO
DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM POPULAÇÕES RURAIS
RIBEIRINHAS DO RIO NEGRO, MANAUS, AMAZONAS

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Processo Saúde, Doença e Organização da Atenção à Populações Indígenas e Outros Grupos em Situação de Vulnerabilidade.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Fernando José Herkrath

MANAUS - AM

2020

DÉBORA CRISTINA BRASIL DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO
DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM POPULAÇÕES RURAIS
RIBEIRINHAS DO RIO NEGRO, MANAUS, AMAZONAS**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando José Herkrath – Presidente

Instituto Leônidas e Maria Deane / Fiocruz Amazônia

Prof. Dra. Rosana Cristina Pereira Parente – Membro

Instituto Leônidas e Maria Deane / Fiocruz Amazônia

Prof. Dra. Nathália França de Oliveira – Membro

Universidade do Estado do Amazonas

DEDICATÓRIA

*Aos **meus pais**, pelo amor e dedicação incondicionais!
Por me educarem e ensinarem valores que título algum
será capaz de ensinar.*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por me permitir realizar esse sonho. “Porque dele, por ele, e para ele são todas as coisas. A ele seja a glória para sempre! Amém”. Romanos 11.36

Ao meu orientador **Prof. Dr. Fernando Herkrath**, um verdadeiro presente de Deus em minha caminhada acadêmica. Um professor que não só carrega o título de orientador, mas que leva a sério tal missão, cuidando de perto da formação dos seus alunos. Ah, sim! Um privilégio para poucos. Sempre paciente, terno e cuidadoso. Um professor admirável. Meu muito obrigada!

À minha **irmã DeJane**, a qual sempre acreditou em mim. Aquela que sempre foi e sempre será a minha melhor amiga, melhor irmã e maior defensora. A mais divertida e estressada de todas as companhias. Aquela à qual amo incondicionalmente.

Ao meu **irmão Marcos** que nunca me levará a sério e que sempre me fará sorrir como ninguém.

Ao meu grande e eterno amor **Tiago Brasil**, que diz “eu te amo minha titia”... Minha eterna criança!

À todos os **amigos** mais chegados que irmãos.

Ao **corpo docente** do Instituto Leônidas & Maria Deane, por dividirem conhecimento e experiências.

Ao **corpo técnico** do Instituto Leônidas & Maria Deane, sempre gentis e solícitos. Em especial às **meninas da Secretaria Acadêmica: Rose, Renata e Elen**, acolhedoras, afáveis e sorridentes. Meu carinho a vocês!

Aos **Agentes Comunitários de Saúde**, que atuam na margem esquerda do Rio Negro, nos direcionando nos rios amazônicos.

Aos **ribeirinhos**, que cortesmente nos receberam em seus lares.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Manaus** e ao **Distrito de Saúde Rural**.

À **Fiocruz** pela concessão da bolsa de estudos.

*“E não nos cansemos de fazer o bem, pois no tempo próprio colheremos, se não desanimarmos” **Gálatas 6:9***

RESUMO

O câncer do colo do útero (CCU) constitui em todo mundo um grave problema de saúde pública e é o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres de todo o mundo, com cerca de 500 mil casos novos a cada ano, sendo responsável pelo óbito de 250 mil mulheres anualmente, onde aproximadamente 80% destes ocorrem em países de baixa renda. O presente estudo objetivou identificar os fatores associados à não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (PCCU) em populações rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas. Trata-se de um inquérito transversal realizado em 36 comunidades rurais ribeirinhas de Manaus, situadas na margem esquerda do Rio Negro, Amazonas, além da avaliação de registros administrativos referentes à realização do exame PCCU no período de janeiro de 2016 a maio de 2019. A amostra foi composta por 221 mulheres com idades entre 18 e 59 anos. As entrevistas foram realizadas através de questionários eletrônicos e os dados passaram por análise descritiva, regressão logística bivariada e multivariada utilizando o programa SPSS Statistics. A maior parte das mulheres avaliadas no estudo relatou ter feito o exame PCCU há menos de um ano, com um tempo de entrega satisfatório dos resultados e a grande maioria dos exames realizados em um estabelecimento público de saúde. Aspectos organizacionais e individuais foram relatados como motivação entre aquelas que nunca tinham realizado o exame preventivo. Entre as mulheres na faixa etária recomendada para a realização do exame, multiparidade, ocupação do lar e desconhecimento sobre a unidade responsável pelo atendimento mostraram-se associados à não realização do exame nos últimos três anos. Além do percentual elevado de exames realizados fora da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde (25-64 anos), observou-se nos registros administrativos realizações indevidas dos exames, segundo as diretrizes preconizadas, e um número relevante de amostras insatisfatórias coletadas. Identificou-se boa cobertura do exame PCCU na população de estudo, embora os achados tenham mostrado que as mulheres residentes nestas localidades rurais ribeirinhas estão sendo rastreadas fora da faixa etária preconizada. Determinantes estruturais (ocupação) e intermediários (vínculo com a unidade de saúde e multiparidade) mostraram-se associados à realização do exame. É possível que a equipe de saúde esteja enfrentando dificuldades para o controle adequado desse acompanhamento, evidenciado tanto com realização desnecessária e indevida de exames, quanto com atrasos na realização dos mesmos.

Palavras Chave: Teste de Papanicolaou, População Rural, Saúde da Mulher, Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Cervical cancer (CC) is an important public health problem and is the second most common type of cancer in women worldwide. With about 500 thousand new cases each year, it is responsible for the death of 250 thousand women annually, approximately 80% of them occurring in low-income countries. The present study aimed to identify the factors associated with not performing cervical cancer screening (CCS) in rural riverine populations living in Negro river, Manaus, Amazonas. The study was a survey conducted along 36 riverside rural communities, located on the left bank of the Negro river, combined with the analysis of administrative records regarding the CCS accomplishment, obtained from January 2016 to May 2019. The sample was composed of 221 women aged between 18 and 59 years. The interviews were conducted through electronic questionnaires and the data underwent descriptive analysis, bivariate and multivariate logistic regression using the SPSS Statistics program. Most of the women evaluated in the study reported having done the CCS less than a year ago, with a satisfactory time in receiving the results. The majority of exams was performed in a public health establishment. Organizational and individual aspects were found as a reason why some women had never undergone the CCS. Among women in the recommended age group, the multiparity, home occupation and the lack of knowledge about health care units responsible for the attendance, were associated with not having done the exam in the last three years. In addition to the high percentage of exams performed outside the Ministry of Health recommended age range (25-64 years), there were undue exams performed, and a significant number of unsatisfactory samples collected. Good coverage of the CCS exam was identified in the study population, although the study findings have shown that women living in these rural riverside locations are being screened outside the recommended age range. Structural (home occupation) and intermediate (ties with the health unit and multiparity) determinants were associated with performing CCS. Some difficulties may be being faced by the health team for the adequate monitoring, both with unnecessary and undue exams, and with delays in carrying out them.

Keywords: Papanicolaou test, Rural Population, Women's Health, Access to Health Services.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASC-H	Células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo se afastar lesão de alto grau
ASC-US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas
CCU	Câncer do Colo do Útero
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMT-HVD	Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado
HSIL	lesão intraepitelial de alto grau
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
JEC	Junção escamocolunar
LSIL	Lesão intraepitelial de baixo grau
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCCU	Preventivo do Câncer do Colo do Útero
PNCCU	Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
REDCAP	Research Electronic Data Capture
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer

SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
VIGITEL	Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
ZT	Zona de Transformação

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação espacial das taxas de incidência por 100 mil mulheres estimadas para os anos 2018 e 2020.

Figura 2 - Taxa de mortalidade ajustada pela população mundial por CCU, Brasil e regiões (1980-2016).

Figura 3 - Taxas brutas de mortalidade por CCU segundo grupo etário, Brasil e regiões, 2016.

Figura 4 - Modelo teórico-conceitual da CSDH para atuação nos determinantes sociais da saúde

Figura 5 - Áreas de abrangência e comunidades abrangidas pelo estudo.

Figura 6 - Mapa mental da Comunidade do Chita.

Figura 7 - Mapa mental da Comunidade Costa do Arara.

Figura 8 - Mapa mental da Comunidade Lindo Amanhecer.

Figura 9 - Modelo teórico adaptado para o estudo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes no sexo feminino estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma.

Tabela 2 – Descrição das variáveis específicas sobre o exame preventivo do câncer do colo do útero (n=221).

Tabela 3 – Distâncias calculadas entre domicílios/ponto de parada da unidade móvel fluvial e domicílios/unidades fixas de saúde (em quilômetros).

Tabela 4 – Análise descritiva das mulheres participantes do estudo.

Tabela 5 – Análise descritiva das variáveis contínuas na população de estudo.

Tabela 6 – Razões de chance para a não realização do exame preventivo do colo do útero nos últimos 3 anos em mulheres de 25 a 59 anos.

Tabela 7 – Modelo final com as razões de chance ajustadas para a realização do exame preventivo do colo do útero nos últimos 3 anos em mulheres de 25 a 59 anos.

Tabela 8 – Dados administrativos sobre exames PCCU realizados e tipos de epitélios encontrados por faixa etária.

Tabela 9 – Distribuição quantitativa dos resultados dos exames PCCU que apresentaram alteração segundo grupos etários (n=1097).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sinopse dos estudos incluídos na revisão de literatura que abordaram os fatores associados/dificultadores à não realização do exame PCCU.

Quadro 2 – Variáveis específicas sobre o exame PCCU oriundas do caderno da saúde da mulher.

Quadro 3 – Variáveis explicativas oriundas dos demais cadernos utilizados no inquérito de saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	OBJETIVOS.....	19
3.1	Objetivo geral	19
3.2	Objetivos específicos	19
4	REVISÃO DA LITERATURA	20
4.1	Câncer do colo do útero	20
4.2	Uso e acesso aos serviços de saúde	26
4.3	Condições de uso e acesso aos serviços de saúde em espaços rurais.....	27
4.4	Fatores associados à não realização do exame preventivo do CCU	29
4.5	Modelo teórico-conceitual	35
5	MÉTODO	38
5.1	Tipo de estudo.....	38
5.2	Local e população de estudo.....	38
5.3	Critérios de inclusão e exclusão	42
5.4	Modelo teórico-conceitual.....	42
5.5	Instrumento de coleta	44
5.6	Dados administrativos de registro dos exames.....	52
5.7	Análise dos Dados	52
5.8	Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	53
6	RESULTADOS.....	54
6.1	Dados do inquérito	54
6.2	Dados administrativos	61
7	DISCUSSÃO.....	64
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	79
	ANEXO 1	90
	ANEXO 2.....	93
	ANEXO 3.....	96

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é um problema de saúde pública no Brasil e atinge principalmente mulheres com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2018) e é o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres de todo o mundo, com cerca de 500 mil casos novos a cada ano, sendo responsável pelo óbito de 250 mil mulheres anualmente, onde aproximadamente 80% destes ocorrem em países de baixa renda (WHO, 2012).

A mais recente estimativa mundial, ano 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer e nas mulheres, as maiores incidências foram câncer de mama (24,2%), cólon e reto (9,5%), pulmão (8,4%) e colo do útero (6,6%) (BRASIL, 2018).

Embora exista um método eficaz para detecção precoce de lesões pré-cancerosas com o uso de citologia (Exame de Papanicolaou), com bons resultados comprovados em países de renda alta, no entanto, devido ao acesso precário aos serviços de detecção precoce e tratamento, a grande maioria das mortes ocorre em mulheres que vivem em países de baixa e média renda. Além disso, nesses países de média e baixa renda, a cobertura para detecção também é dificultada pelas prioridades concorrentes da saúde, por recursos financeiros insuficientes e pelos sistemas de saúde deficientes (OPAS, 2013).

A taxa de mortalidade pelo CCU tem demonstrado uma tendência de queda nas capitais dos estados de todas as regiões brasileiras. Porém é importante salientar que as tendências mostraram um padrão diferencial de acordo com as regiões geográficas do país (BARBOSA et al., 2016b; SILVA et al., 2010), refletindo indiretamente uma relação com o perfil socioeconômico das populações residentes nessas regiões. Já entre os municípios do interior, houve uma tendência de alta no Norte e Nordeste, uma tendência estável no Centro-Oeste e uma tendência de queda no Sul e Sudeste (SILVA et al., 2010), sendo que esta queda poderia alcançar resultados ainda melhores com investimento no aumento de cobertura e rastreamento, especialmente entre as populações de maior risco.

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é uma condição fundamental para o aparecimento do CCU. Geralmente, os cânceres de colo uterino são causados por meio de um dos 15 tipos oncogênicos do HPV, sendo os mais

frequentes o HPV 16 e o 18. Além disso, a literatura aponta outros fatores que aumentam o risco de desenvolvimento da doença, como o tabagismo, hábitos alimentares inadequados e o uso de contraceptivos orais (AOYAMA et al., 2019).

No Brasil, as diretrizes para o rastreamento do CCU recomendam a realização do exame citopatológico anualmente em mulheres com faixa etária entre 25 e 64 anos, com intervalo de três anos após dois exames consecutivos negativos (INCA, 2016). A incidência do CCU em mulheres até 24 anos é muito baixa, a maioria dos casos é diagnosticada no estágio I e o rastreamento é menos eficiente para detectá-los (INCA, 2016). Dessa forma, a antecipação do início do rastreamento dos 25 para os 20 anos tem impacto muito limitado e avaliado como não vantajoso. O início mais precoce do rastreamento representaria um importante aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, consideradas não precursoras e representativas apenas da manifestação citológica da infecção pelo HPV, que têm grande probabilidade de regressão e resultariam em um número significativo de colposcopias e procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários (BRASIL, 2013).

Diversas barreiras à não realização do exame são apontadas na literatura, como suas crenças, tabus, a baixa escolaridade, o precário nível de informação sobre a gravidade da patologia e desconhecimento da importância do exame preventivo (CARVALHO; JURADO, 2018), dentre outros.

2 JUSTIFICATIVA

Os moradores de áreas rurais enfrentam grandes barreiras de acesso aos serviços de saúde e de não atendimento das suas necessidades, incluindo dificuldades relacionadas à disponibilidade do serviço e de sua adequação às peculiaridades e complexidades dessas localidades (GARNELO et al., 2018) e a assistência em saúde e a qualidade do atendimento rural tem evidenciado que os profissionais de saúde atuam de modo fragmentado, atendendo mais de uma localidade em curto espaço e período de tempo (PITILIN; LENTSCK, 2015). Nesse contexto, as especificidades de cada região devem ser consideradas para otimizar os recursos e promover acesso às mulheres que não estão inseridas no programa de rastreamento do CCU (TIENSOLE, 2015).

São escassas as investigações sobre acessibilidade aos serviços de saúde em áreas rurais da Amazônia Legal (GARNELO et al., 2018), e a identificação de desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde, como foco da atenção de investigações acadêmicas e da gestão pública, fornece informações importantes para o planejamento de ações em saúde pública e para a qualificação da atenção em saúde (TIENSOLE, 2015).

O conhecimento dos fatores associados à não realização do exame preventivo Papanicolaou insere-se como um instrumento no planejamento de políticas públicas de controle do CCU, reforçando a necessidade de intervenções que visem a promoção da equidade e da integralidade das ações nos serviços de saúde, com ações multisetoriais, levando à implementação de um programa de rastreamento organizado, para recrutar mulheres menos propensas a serem rastreadas (TIENSOLE, 2015).

Os indicadores do rastreamento do CCU nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam um padrão de cobertura desfavorável, onde as diferenças regionais decorrem de falhas na captação de mulheres, na cobertura populacional, na qualidade das amostras do exame citológico e estabilidade da taxa de mortalidade (SANTOS; MELO; SANTOS, 2012).

Embora a atenção primária à saúde (APS) brasileira tenha aumentado significativamente o acesso ao rastreamento do CCU (STORMO; DE MOURA;

SARAIYA, 2014), identificar as possíveis barreiras para a realização do exame preventivo do CCU (PCCU) em populações rurais ribeirinhas torna-se relevante à reorientação das práticas assistenciais e para a mudança do quadro epidemiológico da doença em grupos de elevada vulnerabilidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar os fatores associados à não realização do exame PCCU em populações rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever o intervalo de tempo da realização do último exame preventivo do câncer de colo uterino, o serviço responsável pela realização do exame, o tempo de espera para a entrega do resultado e as motivações para a não realização do exame PCCU em populações rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas;
- ✓ Identificar o efeito de características geográficas com a não realização do exame PCCU em populações rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas;
- ✓ Avaliar a associação de fatores socioeconômicos, demográficos e relacionados ao serviço com a não realização do exame PCCU em populações rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.
- ✓ Descrever o padrão de repetição dos exames PCCU, tipos de epitélios representados nas amostras e respectivos resultados na população de estudo.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Câncer do colo do útero

O CCU está associado à infecção pelo HPV, especialmente os subtipos 16 e 18, configurando-se, atualmente, como importante problema de saúde pública. Apesar de apresentar grande potencial de prevenção e cura, quando diagnosticada precocemente, essa neoplasia vem sendo apontada como uma das mais importantes preocupações em nível mundial (SILVEIRA et al., 2016).

É caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (BRASIL, 2013).

As lesões clínicas podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas, de tamanho variável, planas ou exofíticas, sendo também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo. As localizações mais frequentes são a vulva, o períneo, a região perianal, a vagina e o colo do útero. Menos comumente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntiva, mucosa nasal, oral e laríngea. Dependendo do tamanho e localização anatômica, as lesões podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas (BRASIL, 2013).

Sendo assim, é importante que a população em geral e os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alerta do CCU, passível de melhor prognóstico se descobertos no início, a saber: dor e sangramento após relação sexual, corrimento vaginal excessivo. E assim a detecção precoce pode reduzir a mortalidade e a morbidade associada ao curso da doença e diminuir custos do sistema de saúde relacionados ao tratamento das doenças. Ela deve ser estruturada na atenção à saúde, com a definição clara de suas estratégias e a efetiva incorporação de seus princípios técnicos e operacionais pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

No Brasil, o controle do CCU teve seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram a citologia e a colposcopia para o Brasil, seguido dos seguintes fatos:

- ✓ 1940 e 1956 - Juscelino Kubitschek trouxe a primeira iniciativa direcionada para o controle do CCU.
- ✓ 1984 - Implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como principal contribuição introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina na consulta ginecológica.
- ✓ 1998 - Instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero (PNCCU), com a publicação da Portaria nº 3.040 de 21 de junho de 1998.
- ✓ 2011 - Publicadas pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do CCU e em 2013, foi instituído o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN).
- ✓ 2014 - O Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o HPV (INCA, 2016).

A incidência e a mortalidade pelo CCU podem ser reduzidas por meio de programas organizados de rastreamento. O principal método e o mais amplamente utilizado no rastreamento é exame de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Este exame requer uma estrutura de laboratório, com controle de qualidade interno e externo, treinamento de alta qualidade e educação continuada dos profissionais para garantir a eficiência e um sistema de comunicação dos resultados para a mulher. Quando há falhas em uma ou mais dessas áreas, situação comum nos países em desenvolvimento, o rastreamento tem impacto positivo inferior ao esperado (BRASIL, 2010).

A nível mundial, o CCU é o quarto câncer mais comum em mulheres, e o sétimo em geral, com uma estimativa de 528 mil novos casos em 2012. E nas regiões menos desenvolvidas do mundo é o segundo tipo de câncer mais comum e segunda causa de morte mais frequente em mulheres (FERLAY et al., 2015). De acordo com Ferlay e colaboradores (2018), o CCU está entre os tipos mais comuns no mundo e no Brasil será um dos mais incidentes na população feminina brasileira, representando 8,1% (INCA, 2017).

Em 2012, o CCU representava 7,9% dentre os tipos de câncer mais incidentes no mundo, e estima-se que, para o Brasil, no biênio 2018-2019, entre as

mulheres o CCU se figure entre os principais tipos de câncer que atingirá essa população (FERLAY et al., 2015; FERLAY et al., 2013). Sendo o risco médio de morrer por CCU antes dos 75 anos três vezes maior em regiões menos desenvolvidas do que nas regiões mais desenvolvidas (FERLAY et al., 2015).

Em uma análise regional, o CCU se destaca como o primeiro mais incidente na região Norte do Brasil, com 23,97 casos por 100 mil mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, ele ocupa a segunda posição, com taxas de 20,72/100 mil e 19,49/100 mil, respectivamente, e é o terceiro mais incidente na região Sudeste (11,3/100 mil) e quarto na Sul (15,17/100 mil) (INCA, 2019). Nas Regiões Norte e Nordeste, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina entre os principais, a incidência do CCU e do câncer de estômago tem impacto importante nessa população (INCA, 2017).

Entre os 10 tipos de câncer mais incidentes nas mulheres, estimados para a região norte em 2018, exceto pele não melanoma (Tabela 1), o câncer de colo do útero é o que alcança o primeiro lugar, com 24,8% do total, seguido por câncer de mama (18,6%) e colon e reto (7,1%) (INCA, 2017) e a estimativa para o ano 2018 apontava para 840 casos novos de CCU no Estado do Amazonas e destes, 640 somente para Manaus (BRASIL, 2017).

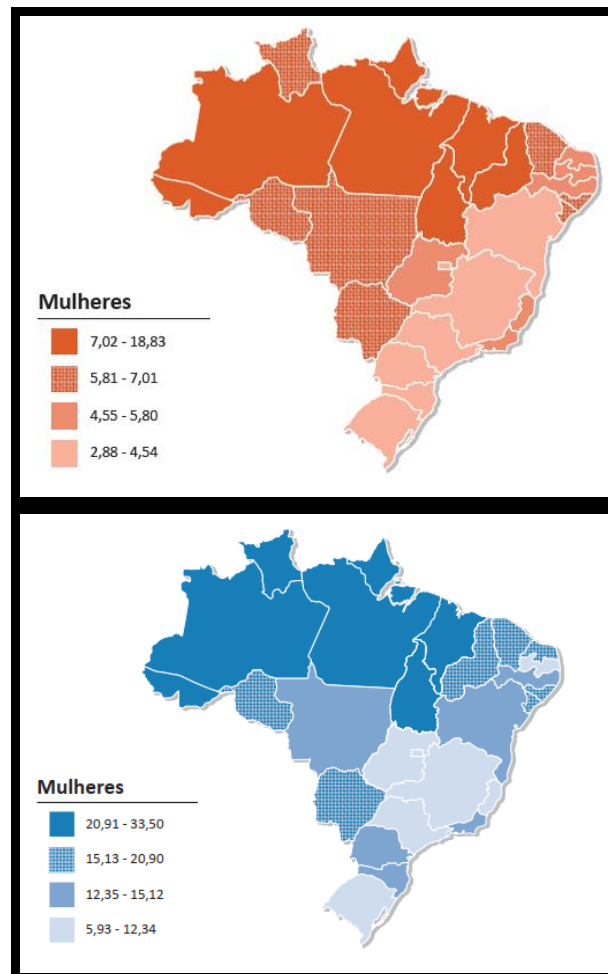
O INCA, em sua publicação sobre as estimativas de incidência do câncer no Brasil para o ano de 2018, apresentou o estado do Amazonas como o mais incidente da região norte do país, com uma taxa estimada em 40,97 casos para cada 100/mil mulheres, seguido pelos estados do Amapá e Acre, com taxas estimadas em 28,02 e 22,07 casos por 100/mil mulheres, respectivamente (Figura 1) (BRASIL, 2017).

Tabela 1 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes no sexo feminino estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma

Localização primária	Casos (n)	%
Colo do útero	2.300	24,8
Mama	1730	18,6
Cólon e reto	660	7,1
Traquéia, brônquio e pulmão	520	5,6
Estômago	480	5,2
Leucemias	310	3,3
Ovário	270	2,9
Glândula tireóide	270	2,9
Sistema nervoso central	270	2,9
Corpo do útero	200	2,2

Fonte: Estimativas 2018, INCA, 2017.

Figura 1 - Representação espacial das taxas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para os anos 2018 e 2020, segundo unidade da Federação.



Fontes: Estimativas 2018, INCA, 2017; Estimativas 2020, INCA, 2019

Apesar de existirem estudos na região Norte do Brasil, assim como o conduzido por Navarro e colaboradores (2015), os quais realizaram um inquérito domiciliar com amostra composta por 603 mulheres entre 25 e 59 anos de idade do município de Boa Vista, no estado de Roraima, que encontrou uma cobertura elevada, ou seja, acima do 80% recomendado para controle do câncer do colo uterino, o norte Brasil ainda é considerado como uma região com alta incidência deste tipo de câncer (BRASIL, 2017). Contrapondo a esse achado, um estudo realizado com o objetivo de estimar a prevalência do exame Papanicolaou e analisar os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à não realização do exame no Brasil, mostrou que possuir menor grau de escolaridade, não ter companheiro e morar na região Norte foram características associadas à

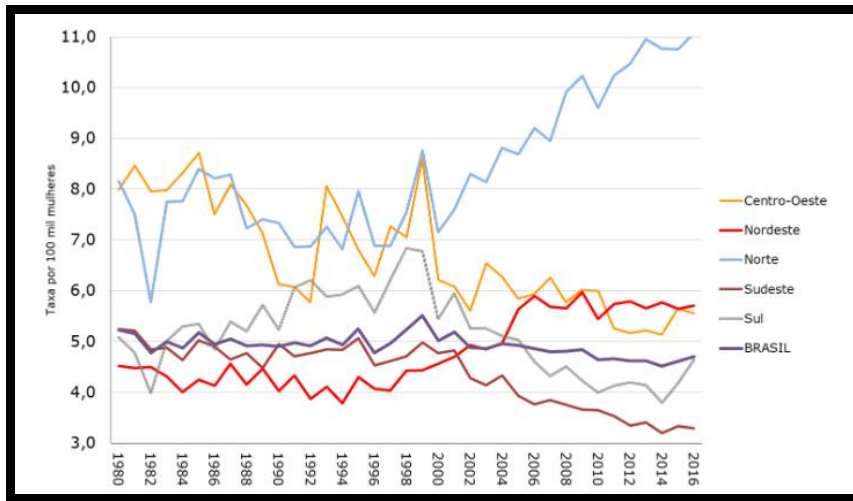
menor prevalência de realização do exame de Papanicolaou (TIENSOLI et al., 2018).

Em 2016, ocorreram 5.847 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,70 óbitos para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2017). Quanto à mortalidade, na região norte brasileira evidencia-se as maiores taxas do país, sendo a única com nítida tendência temporal de crescimento (Figura 2). Em 2016, a taxa padronizada pela população mundial foi de 11,07 mortes por 100 mil mulheres, representando a primeira causa de óbito por câncer feminino nesta região. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, onde este câncer representou a terceira causa, as taxas de mortalidade foram de 5,71/100 mil e 5,55/100 mil. As regiões Sul e Sudeste tiveram as menores taxas (4,64/100 mil e 3,29/100 mil), representando a sexta colocação entre os óbitos por câncer em mulheres (INCA, 2019). E, segundo dados disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em todo o estado do Amazonas, em 2017, houve 293 óbitos por neoplasia maligna do colo do útero, sendo 201 delas no município de Manaus (BRASIL, 2019).

O CCU é raro em mulheres até 30 anos e o pico de sua incidência se dá na faixa etária de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais, conforme apresentado na Figura 3 (INCA, 2019).

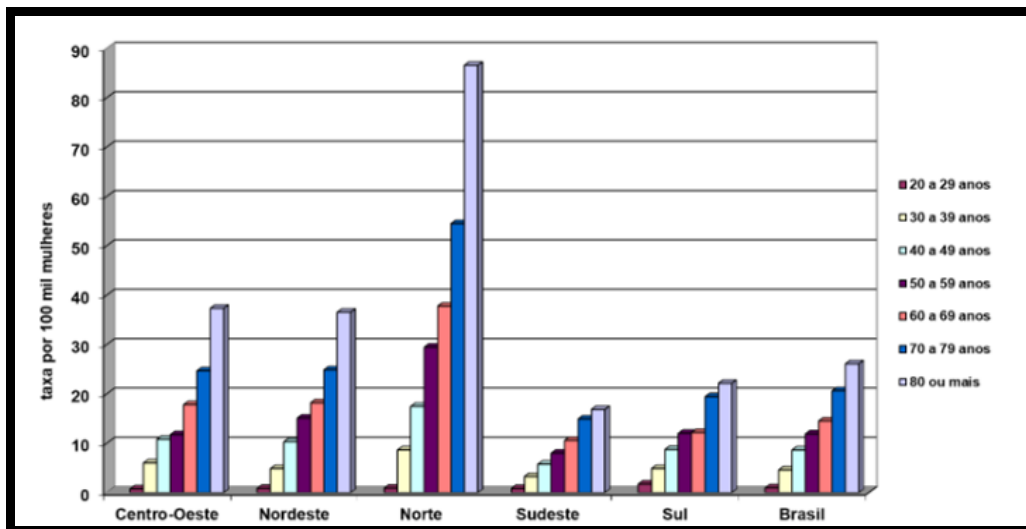
Um estudo que estimou e descreveu a cobertura do exame Papanicolaou, nos últimos 3 anos, referida pelas mulheres brasileiras entre 25 e 64 anos na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2013 ressaltou a importância também de evoluir para um modelo de rastreamento organizado, em substituição ao oportuníssimo, atual modelo encontrado nas unidades de saúde (OLIVEIRA et al., 2018).

Figura 2 - Taxa de mortalidade ajustada pela população mundial por CCU, Brasil e regiões, 1980-2016.



Fonte: Atlas da mortalidade. INCA, 2019.

Figura 3 - Taxas brutas de mortalidade por CCU por segundo grupo etário, Brasil e regiões, 2016.



Fonte: Atlas da mortalidade, INCA, 2019.

Para o controle do CCU, a melhora do acesso aos serviços de saúde e à informação são questões centrais. Isso demanda mudanças nos serviços de saúde, com ampliação da cobertura e mudanças dos processos de trabalho, e também articulação intersectorial, envolvendo atores do setor público e da sociedade civil organizada. O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e

culturalmente apropriadas a cada região deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do atendimento (BRASIL, 2013).

4.2 Uso e acesso aos serviços de saúde

Mais de 20 anos após a implementação do SUS e, apesar de avanços relacionados, sobretudo, à ampliação da oferta de serviços da rede básica de saúde, o acesso aos serviços de saúde ainda constitui um desafio (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

As contribuições de diferentes estudiosos sobre o acesso aos serviços de saúde sinalizam a complexidade do tema e sua relação com a percepção das necessidades de saúde, para a conversão dessas necessidades em demandas e destas em uso. Nesse contexto, é pertinente compreender os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde identificando razões para possíveis diferenças na procura, na satisfação com o cuidado recebido e nos resultados alcançados (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

O acesso e utilização dos serviços retrata, ainda, desigualdades e vulnerabilidades reais da sociedade, produzidas no arcabouço social. Assegurar o princípio da equidade do SUS, garantido constitucionalmente, é dever do Estado, de modo a minimizar as desigualdades que são produzidas em nível social (BARATA, 2008; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para Viegas, Carmo e Luz (2015) a compreensão do acesso aos serviços de saúde envolve sua relação com as condições de saúde e vida da população. No seu estudo os resultados evidenciaram fatores determinantes para o acesso do grupo estudado, incluindo a aceitabilidade do sistema de saúde pelos usuários, a relação deles com os profissionais de saúde, a adequação do número de profissionais para a prestação de serviços, a atenção secundária/referência, o financiamento do sistema de saúde e a estigmatização do município.

O conceito de acesso pode variar ao longo do tempo, à medida que as sociedades evoluem e novas necessidades surgem. Atualmente, o acesso aos serviços de saúde é cada vez mais discutido em termos de justiça social e de equidade. O aumento inexorável dos custos com a saúde em virtude da incorporação de novas tecnologias tem contribuído para acirrar as discussões.

Muitos pesquisadores concordam, no entanto, que o acesso à saúde é um conceito de múltiplas dimensões, composto por fatores financeiros e não financeiros (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O acesso reflete as características do sistema de saúde, que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. A utilização de serviços de saúde, entendida como a entrada nos serviços, é uma expressão positiva do acesso. No entanto, a utilização é influenciada também por fatores dos indivíduos, em particular, pelo perfil de necessidades de saúde e pelos valores e preferências das pessoas (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Apesar da assistência clínica e ginecológica da mulher estar diretamente ligada ao controle de vários fatores relacionados ao CCU, a mulher enfrenta barreiras para seu controle as quais estão relacionadas ao serviço, como a dificuldade de acessar/marcas os exames preventivos e rastreamento na comunidade onde mora (BARBOSA et al., 2017; BOTEAGA et al., 2016; LUCENA et al., 2011).

4.3 Condições de uso e acesso aos serviços de saúde em espaços rurais

O Brasil é um cenário privilegiado para o debate das desigualdades sociais, em razão de sua longa tradição de compromisso com a equidade em saúde. Há muitos entraves, como a desigualdade histórica existente (STOPA et al., 2017). Historicamente, a zona rural é um espaço que ainda apresenta taxas elevadas de pobreza, de baixos níveis de escolaridade e de atenção do poder público, no que tange ao desenvolvimento social (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2012).

Embora tenhamos um sistema de saúde universal e público, um dos grandes desafios é fazer com que suas ações se efetivem em todo o território nacional, em espaços de difícil acesso, onde as condições de infraestrutura (estradas, transporte, postos de saúde) impedem uma oferta qualificada dos serviços. Os habitantes das zonas rurais têm sofrido com a ausência das políticas de saúde em seu cotidiano, especialmente se considerarmos a APS (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2012). Sendo este nível de atenção considerado como a porta de entrada preferencial da rede de serviços de saúde, cabendo às equipes de saúde da família a responsabilidade pela coordenação de cuidados e acompanhamento longitudinal dos usuários que residem

na área de abrangência da unidade e para o controle do CCU, devem ser realizadas ações voltadas para a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, assim como as dirigidas para a detecção precoce dessa neoplasia, dentre elas a informação e esclarecimento para a população sobre o rastreamento (SILVEIRA et al., 2016).

No Brasil, são poucas as informações epidemiológicas existentes sobre as populações ribeirinhas da Amazônia (GAMA et al., 2018), entretanto, é sabido que as populações ribeirinhas da Amazônia representam uma miscelânea de diferentes grupos sociais (indígenas, nordestinos e migrantes de outras regiões) e essas populações vivem em áreas rurais, às margens de rios e lagos na Amazônia brasileira (FRAXE et al., 2007).

Nesse contexto, as pessoas que residem em áreas rurais têm de lidar com barreiras para obter os serviços de saúde de que necessitam. Uma barreira importante enfrentada ocorre em função da menor disponibilidade de serviços, particularmente em áreas esparsamente povoadas, grandes distâncias a serem percorridas, dificuldades de transporte e baixa renda são fatores que, associados, reduzem a utilização de serviços de saúde (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

O estudo de Gama e colaboradores (2018) desenhado para conhecer as condições de vida e de saúde da população ribeirinha da região do Médio Solimões, no Amazonas, apontou baixo nível econômico entre os ribeirinhos, dificuldade de acesso ao local que há problemas de saúde naquela população. Descreveram, também, que as condições econômicas desfavoráveis, aliadas ao ambiente em constante mudança e limitações geográficas, constituem importantes barreiras para o acesso aos serviços de saúde e à melhoria das condições de vida dos ribeirinhos.

Um estudo que se propôs avaliar a cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e os fatores associados verificou que apesar da cobertura exame do colo do útero teste de triagem de câncer para brasileiras de 25 a 64 anos estava próximo do objetivo preconizado pelo MS, uma menor cobertura foi observada nos grupos sociais menos favorecidos, indicando a forte influência das disparidades socioeconômicas, demográficas e assistenciais, bem como a falta de continuidade nas ações de saúde e educação para a prevenção do CCU (BARBOSA, 2017).

Uma realidade encontrada no Amazonas é que a assistência à saúde se concentra na área urbana dos municípios, com ações esporádicas dos profissionais

de saúde nas comunidades. O acesso à zona urbana no Amazonas costuma ser limitado pelas condições financeiras e, sobretudo, pela distância, podendo superar 500 quilômetros e com deslocamento por vários dias em algumas localidades, sendo o trajeto realizado somente por via fluvial (GAMA et al., 2018). Tais achados corroboram com estudo que discutiu o acesso e a cobertura da APS em populações rurais e urbanas que vivem nos sete estados da região Norte do Brasil, a partir de indicadores socioeconômicos e sanitários e dados da avaliação externa do segundo ciclo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual evidenciou a concentração de equipes em certos espaços, como as sedes municipais que nos estados do Amazonas e do Acre, que tendem a se instalar nas margens dos grandes rios, deixando descoberta a população que vive em espaços rurais e distante dos principais cursos d'água (GARNELO et al., 2018).

4.4 Fatores associados à não realização do exame preventivo do CCU

Realizar o rastreamento do CCU ainda é um desafio no Brasil, conforme avaliado em estudo que mostrou que a cobertura do exame PCCU varia de acordo com condições sociodemográficas, comportamentais e de saúde das mulheres (TIENSOLI et al., 2018) (Quadro 1)

Estudo realizado com o objetivo de estimar a prevalência do exame Papanicolaou e analisar fatores associados à sua não realização pelas mulheres brasileiras, o qual utilizou os dados provenientes do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado em 2013 com a população adulta maior de 18 anos das 26 capitais brasileiras mais o Distrito Federal, alcançando 32.653 mulheres, sendo que 22.580 delas estavam na faixa etária alvo para o rastreamento do câncer de colo do útero (25 a 64 anos), de acordo com as recomendações nacionais, mostrou que as mulheres nas faixas etárias de 35 a 45 a 54 a 64 anos apresentaram maior prevalência de realização do exame alguma vez na vida quando comparadas às de 25 a 34 anos e os fatores associados à não realização do exame foram as mulheres com escolaridade menor que de 12 anos de estudo, que declararam não ter companheiro e serem residentes nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte,

desnutridas e que autoavaliaram sua saúde negativamente e que apresentaram pelo menos um comportamento negativo em saúde (TIENSOLI et al., 2018).

Apesar de poucos estudos relacionados à realização do exame PCCU terem sido realizados na região norte do Brasil, alguns fatores podem contribuir para explicar o sucesso apenas parcial dos programas de rastreamento nesta região, de acordo com os achados em estudos realizados no norte e nordeste do Brasil, como: acesso aos exames preventivos e rastreamento na sua própria comunidade (LUCENA et al., 2011); ações de prevenção para o câncer de colo uterino, melhoria das condições de vida e na oferta e acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014); dificuldades das comunidades ribeirinhas da Amazônia com a assistência em saúde, carência de serviços de saúde que ofereçam cuidados voltados à saúde da mulher (BOTEGA et al., 2016); e, a dificuldade de marcação do exame e a falta de atuação na educação em saúde (BARBOSA et al., 2017).

Estudo realizado com o objetivo de estimar a prevalência do exame Papanicolaou e analisar os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à não realização do exame no Brasil, mostrou que possuir menor grau de escolaridade, não ter companheiro e morar na região Norte foram características associadas à maior prevalência de não realização do exame Papanicolaou (TIENSOLI et al., 2018).

A não realização deste exame pode estar relacionada a alguns fatores, como o inadequado sobre o exame ou doença (ANDRADE et al., 2014; BARBOSA, 2017; CARVALHO; JURADO, 2018), baixa escolaridade (AGUILAR; SOARES, 2015; ALBUQUERQUE et al., 2009; AMORIM et al., 2006; ANDRADE et al., 2014; BARBOSA, 2017; BORGES et al., 2012; CARVALHO; JURADO, 2018; FALCÃO et al., 2014; OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014; TIENSOLI et al., 2018), ausência de sintomas (AMORIM et al., 2006; ANDRADE et al., 2014; BARBOSA et al., 2017; SILVA; SILVA, 2012), não ter companheiro (ANDRADE et al., 2014; BARBOSA, 2017; BORGES et al., 2012; OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014; TIENSOLI et al., 2018), morar na região Norte (TIENSOLI et al., 2018), crenças (CARVALHO; JURADO, 2018), tabus (AGUILAR; SOARES, 2015; CARVALHO; JURADO, 2018), baixa renda (ANDRADE et al., 2014; BORGES et al., 2012; FALCÃO et al., 2014), multiparidade (ANDRADE et al., 2014), aspectos relacionados

ao serviço (AGUILAR; SOARES, 2015; AMORIM et al., 2006; SILVA; SILVA, 2012), trabalhar fora, medo ou vergonha do exame (AGUILAR; SOARES, 2015).

Andrade e colaboradores (2014), que analisaram os fatores associados à não adesão ao Papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos de idade atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em Feira de Santana, no estado da Bahia no ano de 2010, um município com uma população de 591.707 habitantes e cobertura de 47,8% pela ESF, apresentaram em seus achados como fatores à não adesão ao exame PCCU a baixa escolaridade, não ter parceiro (ser separada, divorciada, desquitada ou viúva), possuir baixa renda, ser multípara, possuir um conhecimento inadequado sobre o exame, bem como ausência de sintomas e sentir vergonha ao realizar o exame PCCU.

Estudo realizado na cidade de Rio Branco, estado do Acre, na Região Norte do Brasil, que também avaliou os fatores associados com a não realização do exame PCCU, também apresentou achados semelhantes, assim como em um estudo realizado em 2011 em comunidades quilombolas em Vitória da Conquista-Bahia (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014), que mostrou que não pertencer à faixa etária alvo do programa do MS também se caracteriza um fator associado à não realização do exame (BORGES et al., 2012) (Quadro 1).

Além dos fatores baixa escolaridade e não ter companheiro/cônjuge serem frequentemente encontrados na literatura como associados à não realização do exame PCCU, um outro achado interessante encontrado por Tiensole (2018), que realizou uma avaliação da não realização do exame PCCU por meio do Sistema de Vigilância por Inquérito Telefônico, foi residir nas regiões nordeste, norte e centro-oeste.

Carvalho e Jurado (2018) realizaram uma revisão integrativa da literatura científica nacional durante o período de janeiro de 1998 a dezembro de 2016, utilizando as bases de dados da SciELO e LILACS, e apresentaram alguns motivos que levaram as mulheres a não aderirem ao exame PCCU, como a vergonha, o constrangimento, o desconhecimento sobre este tipo de câncer, a técnica empregada no exame, bem como a compreensão da importância do mesmo.

Outro estudo, realizado na cidade de Vitória da Conquista, Bahia, que buscou conhecer as barreiras que levam as mulheres em idade fértil a não realizarem o exame Papanicolaou, avaliando tanto a perspectiva das usuárias como dos profissionais de saúde, reforçou achados como o conhecimento insuficiente acerca

do exame (entendendo a usuária que se trata de exame para descobrir e prevenir doenças sexualmente transmissíveis), existência de crenças e tabus, falta interesse pessoal para realizar o exame (entendendo que o CCU é algo distante de sua realidade de vida), sentimentos de medo e constrangimento diante do exame (onde a mulher sente vergonha ao expor o corpo e pela forma como o exame é realizado). Ainda neste estudo, foram identificados como agravantes o exame ser realizado por profissional do sexo masculino e o medo da dor, reforçado pelo relato profissional de que histórias aterrorizantes são inventadas por terceiros sobre como é o exame, aliado ao medo do resultado. Além disso, o estudo revelou que a inserção no mercado de trabalho se configura como uma barreira, pois a falta de tempo de ir à unidade de saúde e o horário restrito de funcionamento das unidades trazem dificuldades às usuárias. Achado importante revelado pelo estudo são os aspectos relacionados ao serviço de saúde, como dificuldades na marcação de consulta por falta de ficha e aspectos relacionados à sobrecarga de trabalho dos profissionais do serviço, que acabam por refletir na oferta insuficiente de vagas, além das dificuldades estruturais enfrentadas com a falta de espaço, escassez de material e recursos (AGUILAR; SOARES, 2015).

Da mesma forma, Silva e Silva (2012), almejando analisar o conhecimento, as atitudes e as práticas relacionadas à prevenção do CCU em uma unidade básica na zona oeste do Rio de Janeiro, também identificou a dificuldade de acesso ao exame PCCU imposta pelo serviço, além de outras barreiras, denominadas pela autora como descuido, ausência de sintomas e o próprio desejo da mulher em não realizar o exame.

Assim como na literatura nacional a internacional tem mostrado, de forma semelhante, os fatores associados à não realização do exame PCCU, como a baixa escolaridade, conhecimento inadequado, constrangimento, medo da dor, preferência pelo profissional do sexo feminino, ter companheiro, sentimentos com insegurança e ansiedade, não apresentar sintomas ou algum desconforto, além de fatores relacionados ao serviço, como falta de informação e solicitação do exame, estudos estes realizados em áreas rurais na África e China e com mulheres argentinas (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005, 2005; JIA et al., 2013; LYIMO; BERAN, 2012).

O estudo realizado no distrito rural de Moshi na Tanzânia na África, apresenta fatores diferentes não encontrado em estudos brasileiros. Este foi um estudo transversal realizado com 354 mulheres com idades compreendidas entre 18 a 69

anos com entrevistas de uma hora realizada de casa em casa, as quais residiam na comunidade a apresentaram como fatores associados à não realização do PCCU a não aprovação marido e distância para o serviço de rastreio, recomendando que o serviço fique dentro dos 5 km de distância (GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005).

Quadro 1 – Sinopse dos estudos incluídos na revisão da literatura que abordaram os fatores associados/dificultadores à não realização do exame PCCU.

Estudo	Ano	Cenário e população de estudo	Fatores associados à não realização do exame
ANDRADE et al., 2014	2010	- Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia - 230 mulheres com idades entre 25 a 59 anos	- Conhecimento inadequado sobre o exame - Não ter frequentado a escola - Quatro ou mais filhos
BARBOSA et al, 2017	2012-2013	- Unidade Básica de Saúde em Maceió, Alagoas - Mulheres que nunca se submeteram ao exame PCCU com idades entre 25 e 60 anos	- Conhecimento inadequado - Dificuldade de marcação do exame
CARVALHO; JURADO, 2018	1998-2016	- Revisão bibliográfica - Artigos disponíveis na íntegra, adequados ao tema estudado e redigidos em língua portuguesa	- Baixa escolaridade - Crenças e tabus - Baixa escolaridade - Baixo nível de informação sobre a gravidade da patologia - Desconhecimento da importância do exame preventivo.
AGUILAR; SOARES, 2015	2014	- Unidades de saúde da família de Vitória da Conquista, Bahia - 42 equipes de saúde da família (25 na zona urbana e 17 na zona rural) - 12 profissionais e 14 usuárias com idades entre 18 e 49 anos	- Baixa escolaridade - Conhecimento insuficiente - Sentimentos negativos - Falta de atitude - Aspectos vinculados aos serviços de saúde - Inserção da mulher no mercado de trabalho - Crenças e tabus - Medo e constrangimento - Exame ser realizado por profissional do sexo masculino
ALBUQUERQUE et al., 2009	2006	- Dados do inquérito da Pesquisa Mundial de Saúde: Atenção Básica realizada no Estado de Pernambuco	- Baixa escolaridade - Viver sem companheiro - Não ter dado à luz - Não ter realizado consulta médica no último ano

Quadro 1 – Sinopse dos estudos incluídos na revisão da literatura que abordaram os fatores associados/dificultadores à não realização do exame PCCU (continuação).

Estudo	Ano	Cenário e população de estudo	Fatores associados à não realização do exame
AMORIM et al., 2006	2001-2002	- Dados do Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), realizado entre 2001-2002 nos municípios de Campinas, Botucatu, Itapeverica da Serra/Embu/Taboão da Serra e distrito do Butantã	- Julgar desnecessário - Vergonha - Dificuldades relacionadas ao serviço
BARBOSA, 2017 ^a	2013	- Dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz	- Baixa escolaridade - Mulheres negras e pardas - Ser solteira ou separada - Moradoras de área rural
BORGES et al., 2012	2007-2008	- Dados do Inquérito de Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre - 772 mulheres com idades entre 18 e 69	- Baixa escolaridade - Solteiras - Baixa renda
TIENSOLI et al., 2018	2013	- Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2013 - Realizado nas capitais dos 26 Estados e no Distrito Federal	- Baixa escolaridade - Menos de 12 anos de estudo - Não ter companheiro - Residentes nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte - Desnutridas - Autoavaliação negativa de sua saúde
OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014	2011	- Dados do Projeto COMQUISTA (estudo de corte transversal, de base populacional, realizado entre os meses de setembro e outubro de 2011) - Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia	- Baixa escolaridade - Baixa instrução - Não ter companheiro - Buscar atendimento relacionado à saúde em unidades/estabelecimentos diferentes de seu local de residência - Ter realizado exame clínico das mamas há três ou mais anos ou nunca ter realizado

Quadro 1 – Sinopse dos estudos incluídos na revisão da literatura que abordaram os fatores associados/dificultadores à não realização do exame PCCU (continuação).

Estudo	Ano	Cenário e população de estudo	Fatores associados à não realização do exame
FALCÃO et al., 2014	2010-2011	- Comunidade de baixa renda em Fortaleza, Ceará - 144 mulheres com idades entre 25 e 64 anos	- Baixa escolaridade - Trabalho remunerado - Renda familiar
SILVA; SILVA, 2012	2010	- Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - 206 mulheres com idades entre 20 e 59 anos usuárias de um posto de Saúde e de uma Estratégia da Saúde da Família em 2010.	- Ausência de sintomas - Descuido
LYIMO; BERAN, 2012		- Distrito Rural de Moshi na Tanzânia, África - 354 mulheres com idades entre 18 a 69 anos	- Não aprovação marido - Distância para o serviço de rastreio
GAMARRA; PAZ; GRIEP, 2005	2005	- Puerto Leoni, na Província de Misiones, Argentina - 200 mulheres	- Falta de solicitação do exame
JIA et al, 2013	2006-2008	- Região de Wufeng, China - 5936 mulheres com mais de 26 anos de idade, sexualmente ativas	- Sentir-se ansiosa - Não apresentar sintomas ou algum desconforto - Não saber os benefícios do rastreamento

4.5 Modelo teórico-conceitual

Modelos conceituais de determinantes sociais da saúde (DSS) têm sido desenvolvidos para demonstrar os mecanismos amplos pelos quais as condições de vida das populações afetam os desfechos em saúde e o acesso aos serviços (MELO; SILVA; CORSO, 2020).

Um desafio importante em termos conceituais e metodológicos refere-se à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos

e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Cada modelo conceitual utiliza um amplo conjunto de DSS para explicar e relacionar fatores que propiciam ou não desfechos favoráveis em saúde (MELO; SILVA; CORSO, 2020). O que tem desafiado os estudos sobre as relações entre DSS e os desfechos em saúde é se estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), entendendo que a vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive a da saúde (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

As diversas definições de DSS expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (WHO, 2010), os quais dependem das relações de produção, ou seja, de como estão organizadas na sociedade não somente as relações das pessoas com a natureza, mas também das pessoas entre si (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

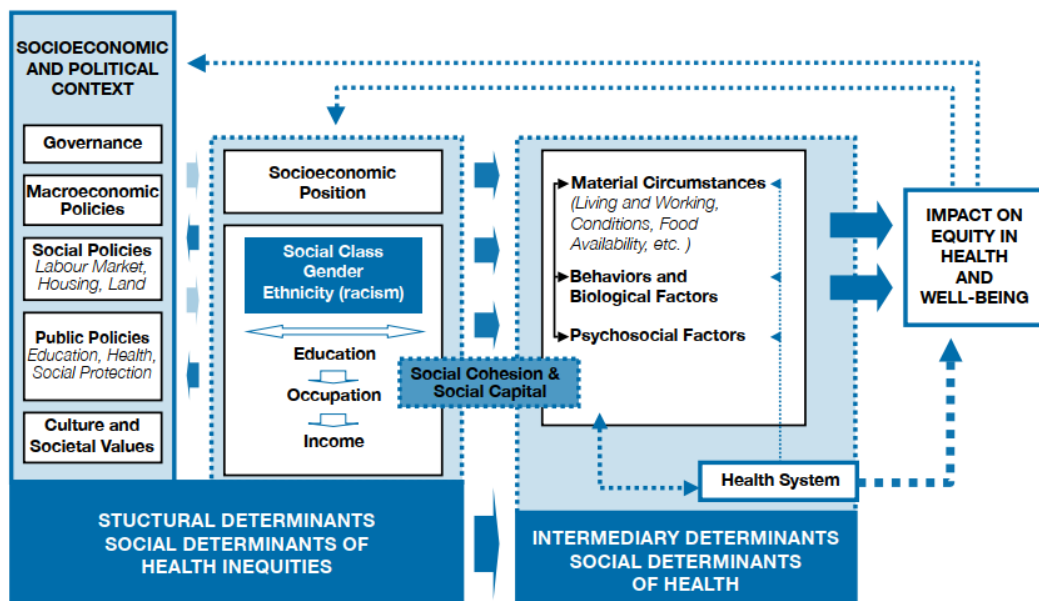
Em 2010, a OMS estabelece um novo marco conceitual sobre os DSS (WHO, 2010), sendo adotado no ano seguinte, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde realizada no Rio de Janeiro e incluído no relatório da OMS com o título “Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde” (WHO, 2011).

O modelo (Figura 4) incorporou todos os modelos anteriores e buscou uma síntese estrutural e dos mecanismos/processos pelos quais os DSS geram as

desigualdades em saúde. Foi composto por determinantes estruturais e determinantes intermediários, apresentando como fator de ligação a coesão social (capital social) (WHO, 2010). Entre os fatores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, se destacam: 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; 2) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas desemprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social; 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade (WHO, 2010).

De acordo com o modelo, os determinantes estruturais são os determinantes das iniquidades em saúde, que atuam através dos determinantes intermediários. Estes, por sua vez, operam moldando os desfechos em saúde, havendo assim uma relação causal entre os determinantes estruturais, intermediários e os desfechos em saúde (WHO, 2010).

Figura 4 – Modelo teórico-conceitual da CSDH para atuação nos determinantes sociais da saúde.



Fonte: WHO, 2010.

Nesse marco conceitual, o sistema de saúde é considerado um determinante intermediário da saúde, reconhecendo principalmente a influência das barreiras de acesso (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Assim, sendo o acesso é um fator limitador da realização do exame PCCU (ERWIN et al, 2019), e havendo uma deficiência do acesso tanto nas diferentes regiões quanto nas áreas urbanas e rurais do Brasil (ARRUDA, MAIA; ALVES, 2018), o fortalecimento e a ampliação do mesmo na APS poderiam melhorar a prevenção do CCU (VIANA et al., 2019).

5 MÉTODO

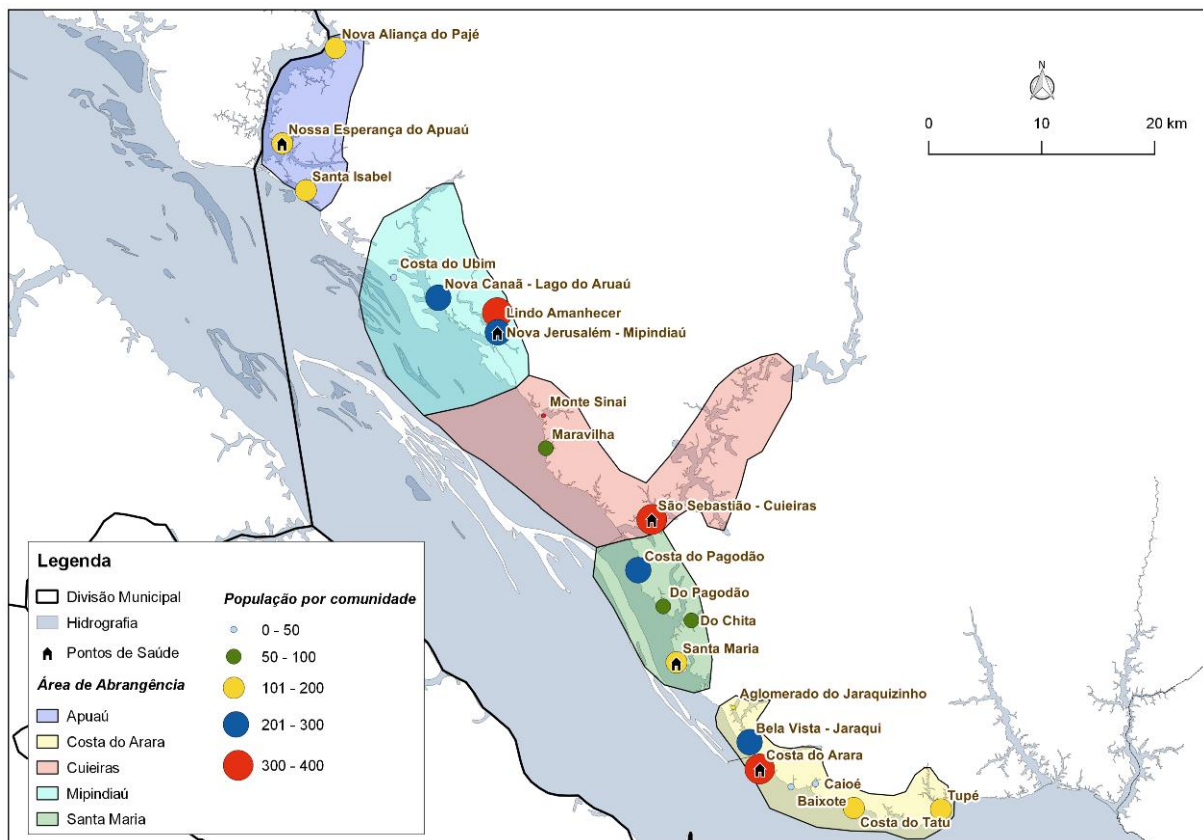
5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal. O estudo faz parte de um projeto mais amplo intitulado “Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas” que tem como objetivos descrever o perfil sócio demográfico e sanitário das populações rurais que vivem ao longo da calha do Rio Negro, no trecho compreendido entre os municípios de Manaus e Novo Airão; descrever as características, organização e infraestrutura da rede de serviços e de ações de saúde de APS, com ênfase no estudo do acesso e uso de serviços pelas populações rurais-ribeirinhas do território selecionado; desenvolver estudos qualitativos sobre o viver e cuidar da saúde compreendendo estratégias de auto atenção e acesso e uso de serviços oficiais de saúde e analisar as políticas públicas de saúde rural, nos sistemas municipais de saúde selecionados para o estudo, com ênfase nos processos de gestão e organização dos serviços, o qual avaliará as condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde da população rural ribeirinha de Manaus e Novo Airão através de abordagens quantitativas e qualitativas, do qual foi feito um recorte, com enfoque em questões relacionadas à saúde da mulher.

5.2 Local e população de estudo

O estudo foi realizado em 38 localidades rurais ribeirinhas da margem esquerda do rio Negro, dispostas no trecho compreendido entre a área urbana do município de Manaus e o limite territorial do município de Novo Airão, no estado do Amazonas. As localidades situavam-se no território de atuação de uma equipe de Estratégia Saúde da Família Fluvial, organizadas em cinco áreas de abrangência, a saber: Apuaú, Mipindiaú, São Sebastião do Cueiras, Santa Maria e Costa do Arara (Figura 5).

Figura 5 - Áreas de abrangência e comunidades de maior densidade populacional localizadas na margem esquerda do Rio Negro abrangidas pelo estudo.



Fonte: Dados cartográficos: SEMSA e IBGE. Mapa elaborado pelo Núcleo de Apoio à Pesquisa/NAP/ILMD/FIOCRUZ, Manaus, 2017.

A amostragem foi aleatória estratificada sistemática, calculada com base no número de indivíduos e domicílios em cada comunidade, informado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) em junho de 2018, totalizando 2342 pessoas residentes em 765 domicílios. O cálculo amostral considerou a representatividade dos grupos de interesse do projeto maior, adultos e idosos de ambos os sexos e

crianças menores de 2 anos e a probabilidade de encontrar os indivíduos de cada grupo dentro de cada domicílio. O cálculo considerou uma prevalência de 50% dos agravos de interesse e precisão de 0,05, além de 10% de possíveis perdas ou recusas e foi ajustado para a população finita, resultando em 239 domicílios, almejando-se a avaliação de 731 pessoas dos referidos estratos-alvo. Destes indivíduos, 211 referiam-se a mulheres adultas, com idade entre 18 e 59 anos.

A seleção dos domicílios em cada comunidade foi aleatória, com exceção das crianças menores de dois anos de idade. Para esse grupo, todos os domicílios com moradores na faixa etária deverão ser incluídos na amostra (estrato certo). Os demais domicílios foram selecionados por amostragem aleatória sistemática, desde que possuam moradores de algum dos grupos de interesse.

Na amostragem sistemática, o total de domicílios na comunidade foi dividido pelo número de domicílios selecionados e o valor obtido foi o intervalo entre os domicílios selecionados, seguindo o ordenamento natural ao longo do curso do rio, ou a organização em quadra/face nos aglomerados rurais, conforme mapas mentais construídos pelos ACS (Figuras 6, 7 e 8). Os intervalos amostrais previamente definidos em cada comunidade com base nas informações fornecidas pelos agentes comunitários de saúde deverão ser conferidos e atualizados no campo por cada equipe de coleta.

Figura 6 - Mapa mental da Comunidade do Chita



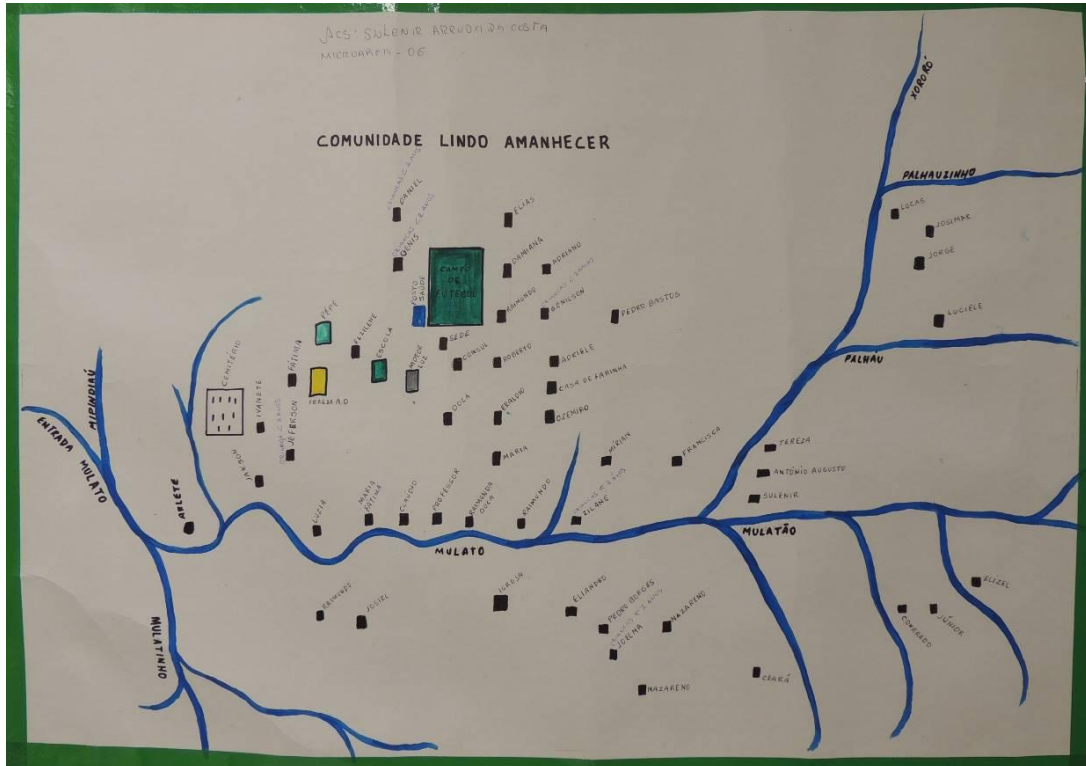
Fonte: Construído pelo ACS responsável pela área

Figura 7 - Mapa mental da Comunidade Costa do Arara



Fonte: Construído pelo ACS responsável pela área

Figura 8 - Mapa mental da Comunidade Lindo Amanhecer



Fonte: Construído pelo ACS responsável pela área

Para a seleção do primeiro domicílio a ser avaliado dentro dos primeiros situados no intervalo inicial (ou do único selecionado no conjunto de domicílios), foi utilizada uma tabela ou um programa gerador de números aleatórios. A tabela também deverá ser utilizada para escolha do morador selecionado no domicílio quando houver mais de um indivíduo em cada grupo de interesse. Dessa forma, foi garantida a aleatoriedade em todas as etapas de seleção.

5.3 Critérios de inclusão e exclusão

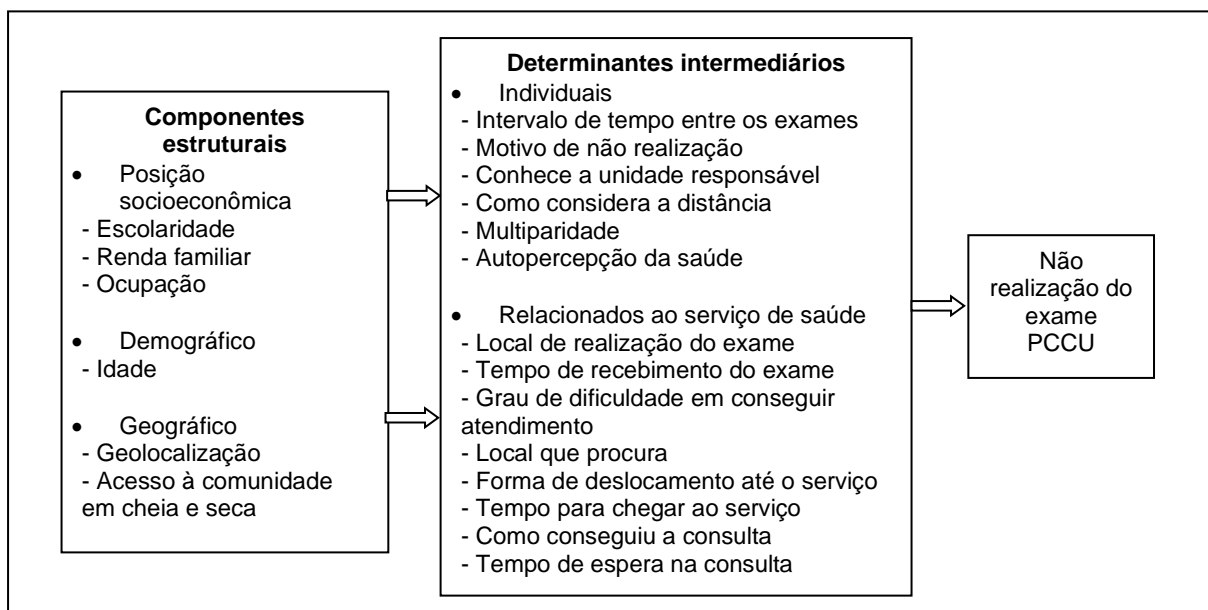
Foram incluídas neste estudo as mulheres com idade entre 18 e 59 anos moradoras na área de estudo. Também foram utilizados os dados das moradoras com menos de 18 anos incluídas no caderno suplementar do inquérito, voltado para gestantes ou mães de crianças menores de dois anos, informados pelos responsáveis. Foram excluídas aquelas com incapacidade cognitiva e que não tinham um familiar responsável que pudesse responder adequadamente ao questionário.

5.4 Modelo teórico-conceitual

O presente estudo baseou-se na estrutura conceitual elaborada pela CSDH, criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), abrangendo determinantes estruturais e intermediários sobre os desfechos relacionados à saúde e no bem-estar, para investigar os fatores associados à não realização do exame PCCU, conforme apresentado na Figura 9.

Os componentes estruturais selecionados para o presente estudo foram: posição socioeconômica (escolaridade, renda familiar e ocupação), demográfico (idade) e geográfico (geolocalização e acesso à comunidade em cheia e seca). Os determinantes intermediários foram: individuais (intervalo de tempo entre os exames, motivo de não realização, conhece a unidade responsável, como considera a distância, multiparidade e autopercepção da saúde), e relacionados ao serviço de saúde (local de realização do exame, tempo de recebimento do exame, grau de dificuldade em conseguir atendimento, local que procura, forma de deslocamento até o serviço, tempo para chegar ao serviço, como conseguiu a consulta e tempo de espera na consulta).

Figura 9 – Modelo teórico adaptado para o estudo mostrando os determinantes estruturais e intermediários de iniquidades em saúde relacionados com a realização do exame preventivo do CCU.



Nota: adaptado de WHO, 2010.

5.5 Instrumento de coleta

A entrevista foi realizada por meio da aplicação de questionários desenvolvidos no aplicativo Research Electronic Data Capture (REDCap) utilizado para criar e gerenciar pesquisas e bancos de dados.

O inquérito envolveu a caracterização socioeconômica, das condições de saúde e de uso e acesso aos serviços de saúde. As informações foram obtidas por meio de questionário estruturado em sete cadernos temáticos, com a maioria das questões fechadas, aplicado diretamente ao morador selecionado por entrevistadores treinados e calibrados para a realização inquérito. O estudo piloto foi realizado em áreas rurais do município de Manaus não envolvidas no estudo principal.

O caderno de questões de interesse específico para este trabalho foi referente à saúde da mulher, do qual foram utilizadas quatro variáveis específicas sobre o exame PCCU (Quadro 2). Para descrever o intervalo de tempo decorrido desde o último exame foi utilizada a pergunta: quando foi a última vez que a senhora fez um exame PCCU?; para descrever a motivação da não realização do exame preventivo, foi utilizada a seguinte pergunta: qual o principal motivo da senhora nunca ter feito um exame preventivo?; para descrever o serviço responsável pela realização do exame a pergunta utilizada foi: seu último exame PCCU foi feito em uma unidade (posto) de saúde público?; e a pergunta utilizada para descrever o tempo de espera para a entrega do resultado do exame preventivo foi: quando a senhora recebeu o resultado do último exame preventivo?

Quadro 2 – Variáveis específicas sobre o exame PCCU oriundas do caderno da saúde da mulher.

Objetivo	Dado coletado	Opções de resposta
Descrever o intervalo de tempo decorrido desde o último exame	Quando foi a última vez que a senhora fez um exame preventivo para CCU?	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 1 ano - De 1 a menos de 2 anos - De 2 a menos de 3 anos - 03 anos ou mais atrás - Nunca fez
Descrever a motivação da não realização do exame preventivo	Qual o principal motivo da senhora nunca ter feito um exame preventivo?	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca teve relações sexuais - Não acha necessário - Tem vergonha - Nunca foi orientada - Não sabe quem procurar ou aonde ir - Tem dificuldades financeiras para pagar pelo transporte até o serviço - Tem dificuldades de conseguir algum meio de transporte - Teve dificuldades para marcar consulta - O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande - O serviço de saúde é muito distante - O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas - O plano de saúde não cobre o exame - Está marcado, mas ainda não realizou - Outro
Descrever o serviço responsável pela realização do exame	Seu último exame preventivo para CCU foi feito em uma unidade (posto) de saúde pública?	<ul style="list-style-type: none"> - Sim - Não - Não sabe ou não respondeu
Descrever o tempo de espera para a entrega do resultado do exame	Quando a senhora recebeu o resultado do último exame preventivo?	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 1 mês depois - Entre 1 mês e menos de 3 meses - Entre 3 meses e menos de 6 meses - 6 meses ou mais - Ainda não recebi - Nunca recebi - Nunca fui buscar.

Além das questões contidas no caderno referente à saúde da mulher, foram incluídas como variáveis explicativas à não realização do exame PCCU as variáveis a listadas seguir, oriundas dos demais instrumentos da pesquisa maior ao qual este estudo está vinculado, a fim de identificar o efeito de características geográficas com a não realização do exame PCCU e avaliar a associação de fatores

socioeconômicos, demográficos e relacionados ao serviço com a não realização do exame PCCU (Quadro 3). Foram utilizadas:

- 1) idade, com opção de resposta em anos;
- 2) escolaridade (com opções de resposta: nunca frequentou escola, fundamental, ensino médio, superior de graduação, pós-graduação ou ignorado);
- 3) renda familiar mensal, incluindo salário, rendimentos ou equivalente em bens ou produtos e serviços, benefícios sociais e ajuda financeira de familiares;
- 4) número de partos;
- 5) qual a unidade de saúde que é responsável por atender a sua comunidade (na percepção da entrevistada, se acha que é o barco da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), o posto de saúde na comunidade, posto de saúde ou barco da SEMSA na comunidade, posto de saúde ou barco da SEMSA em outra comunidade rural, posto de saúde na cidade, não há unidade de saúde na área, não sabe informar, outro local).
- 6) qual o primeiro local que procura quando está doente ou precisando de atendimento de saúde (se procura uma farmácia, o barco da SEMSA, um posto ou centro de saúde, equipe de saúde do DSEI, centro de especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica, serviço de Pronto Atendimento público 24 horas, pronto-socorro ou emergência de hospital público, hospital público/ambatório, consultório particular ou clínica privada, ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato, pronto-atendimento ou emergência de hospital privado, no domicílio, com profissional da equipe de saúde da família, no domicílio com médico particular, outro serviço ou se não busca atendimento);
- 7) grau de dificuldade para conseguir atendimento nessa unidade de saúde (muito fácil, fácil, nem fácil nem difícil, difícil, muito difícil ou se não sabia ou não queria responder);
- 8) como se desloca para chegar até este serviço que costuma procurar, se a pé, de barco/rabeta/voadeira, bicicleta ou se utiliza outro meio de transporte;
- 9) tempo que leva para chegar de sua casa até a unidade de saúde, especificando esse tempo em períodos de cheia e de seca;
- 10) como considera a distância da sua casa até esta unidade de saúde: se acha longe, mas de fácil acesso; longe e de difícil acesso; perto e de fácil acesso; ou perto, mas de difícil acesso.

11) como conseguiu a última consulta que fez nesta unidade: se foi um retorno foi marcado na consulta anterior, se foi por intermédio do ACS ou por intermédio de outro profissional da unidade, se foi por conta própria e aguardou no dia para ser atendida, ou outra forma.

12) o tempo de espera na última consulta, em minutos;

13) se o acesso à comunidade é dificultado no período da seca ou cheia dos rios, com opções de resposta: sim, muito; sim, um pouco; não, nada.

14) a distância calculada a partir das coordenadas de georreferenciamento do domicílio para o ponto de parada da unidade móvel fluvial e para a unidade de saúde que atende a comunidade;

15) ocupação (autônomo, empregado, funcionário público, do lar, outros);

16) autopercepção da saúde (muito ruim, ruim, regular, bom, muito bom).

Quadro 3 – Variáveis explicativas oriundas dos demais cadernos utilizados no inquérito de saúde.

Dado coletado	Opções de resposta
Idade	Variável numérica (anos)
Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca frequentou escola - Fundamental - Ensino médio - Superior de graduação - Pós-graduação - Ignorado
Renda familiar mensal	Variável numérica (Reais)
Número de partos	Variável numérica discreta
Unidade de saúde responsável por atender a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Barco da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) - Posto de saúde na comunidade - Posto de saúde ou barco da SEMSA na comunidade - Posto de saúde ou barco da SEMSA em outra comunidade rural - Posto de saúde na cidade - Não há unidade de saúde na área - Não sabe informar - Outro local

Quadro 3 – Variáveis explicativas oriundas dos demais cadernos utilizados no inquérito de saúde (continuação).

Dado coletado	Opções de resposta
Primeiro local que procura quando está doente ou precisando de atendimento de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Farmácia - Barco da SEMSA - Um posto ou centro de saúde - Equipe de saúde do DSEI - Centro de especialidades - Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica - Serviço de Pronto Atendimento público 24 horas - Pronto-socorro ou emergência de hospital público - Hospital público/ambulatório - Consultório particular ou clínica privada - Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato - Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado - No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família - No domicílio com médico particular - Outro serviço - Não busca atendimento
Grau de dificuldade para conseguir atendimento nessa unidade de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Muito fácil - Fácil - Nem fácil nem difícil - Difícil - Muito difícil - Não sabe ou não quer responder
Como se desloca para chegar até este serviço	<ul style="list-style-type: none"> - A pé - Barco/rabeta/voadeira - Bicicleta - Outro meio de transporte
Tempo que leva para chegar de sua casa até a unidade de saúde (em períodos de cheia e de seca)	Variável numérica (minutos)
Como considera a distância da sua casa até esta unidade de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Longe, mas de fácil acesso - Longe e de difícil acesso - Perto e de fácil acesso - Perto, mas de difícil acesso
Como conseguiu a última consulta que fez nesta unidade	<ul style="list-style-type: none"> - Marcado na consulta anterior - Por intermédio do ACS - Por intermédio de outro profissional da unidade - Por conta própria - Aguardou no dia para ser atendida - Outra forma

Quadro 3 – Variáveis explicativas oriundas dos demais cadernos utilizados no inquérito de saúde (continuação).

Dado coletado	Opções de resposta
Tempo de espera na última consulta	Variável numérica (minutos)
O acesso à comunidade é dificultado no período da seca ou cheia dos rios	- Sim, muito - Sim, um pouco - Não, nada
Distância calculada a partir das coordenadas de georreferenciamento	Variável numérica (quilômetros)
Ocupação	- Autônomo - Empregado - Funcionário público - Do lar - Outros
Autopercepção da saúde	- Muito ruim - Ruim - Regular - Bom - Muito bom

Quadro 4 – Variáveis explicativas oriundas dos demais cadernos utilizados no inquérito de saúde.

Dado coletado	Opções de resposta
Idade	Variável numérica (anos)
Escolaridade	- Nunca frequentou escola - Fundamental - Ensino médio - Superior de graduação - Pós-graduação - Ignorado
Renda familiar mensal	Variável numérica (Reais)
Número de partos	Variável numérica discreta

Quadro 4 – Variáveis explicativas oriundas dos demais cadernos utilizados no inquérito de saúde (continuação).

Dado coletado	Opções de resposta
Idade	Variável numérica (anos)
Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca frequentou escola - Fundamental - Ensino médio - Superior de graduação - Pós-graduação - Ignorado
Renda familiar mensal	Variável numérica (Reais)
Número de partos	Variável numérica discreta
Unidade de saúde responsável por atender a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Barco da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) - Posto de saúde na comunidade - Posto de saúde ou barco da SEMSA na comunidade - Posto de saúde ou barco da SEMSA em outra comunidade rural - Posto de saúde na cidade - Não há unidade de saúde na área - Não sabe informar - Outro local
Primeiro local que procura quando está doente ou precisando de atendimento de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Farmácia - Barco da SEMSA - Um posto ou centro de saúde - Equipe de saúde do DSEI - Centro de especialidades - Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica - Serviço de Pronto Atendimento público 24 horas - Pronto-socorro ou emergência de hospital público - Hospital público/ambulatório - Consultório particular ou clínica privada - Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato - Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado - No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família - No domicílio com médico particular - Outro serviço - Não busca atendimento

Quadro 4 – Variáveis explicativas oriundas dos demais cadernos utilizados no inquérito de saúde (continuação).

Dado coletado	Opções de resposta
Grau de dificuldade para conseguir atendimento nessa unidade de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Muito fácil - Fácil - Nem fácil nem difícil - Difícil - Muito difícil - Não sabe ou não quer responder
Como se desloca para chegar até este serviço	<ul style="list-style-type: none"> - A pé - Barco/rabeta/voadeira - Bicicleta - Outro meio de transporte
Tempo que leva para chegar de sua casa até a unidade de saúde (em períodos de cheia e de seca)	Variável numérica (minutos)
Como considera a distância da sua casa até esta unidade de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Longe, mas de fácil acesso - Longe e de difícil acesso - Perto e de fácil acesso - Perto, mas de difícil acesso
Como conseguiu a última consulta que fez nesta unidade	<ul style="list-style-type: none"> - Marcado na consulta anterior - Por intermédio do ACS - Por intermédio de outro profissional da unidade - Por conta própria - Aguardou no dia para ser atendida - Outra forma
Tempo de espera na última consulta	Variável numérica (minutos)
O acesso à comunidade é dificultado no período da seca ou cheia dos rios	<ul style="list-style-type: none"> - Sim, muito - Sim, um pouco - Não, nada
Distância calculada a partir das coordenadas de georreferenciamento	Variável numérica (quilômetros)
Ocupação	<ul style="list-style-type: none"> - Autônomo - Empregado - Funcionário público - Do lar - Outros
Autopercepção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Muito ruim - Ruim - Regular - Bom - Muito bom

5.6 Dados administrativos de registro dos exames

Em complemento ao inquérito domiciliar, foram obtidos ainda junto ao Distrito de Saúde Rural da Secretaria Municipal de Saúde do município de Manaus (SEMSA) os registros dos exames realizados no período de janeiro de 2016 a maio de 2019, incluindo a identificação do usuário, data de nascimento e nome da mãe, a localidade de residência, a data de realização do exame e o resultado citopatológico. Os dados administrativos foram utilizados para descrever os resultados dos exames, bem como para fins de comparação com as informações auto referidas.

5.7 Análise dos Dados

Os dados coletados foram exportados diretamente pelo REDCap em arquivos de bancos de dados do programa SPSS Statistics, versão 22. Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados, incluindo a descrição das quatro variáveis de interesse segundo os grupos etários 24 anos ou menos e 25 a 59 anos. A idade menor que a preconizada nas diretrizes do MS foi incluída no presente estudo por ter sido identificada a realização do exame nestas mulheres.

Em seguida os dados sobre a realização do exame preventivo foram confrontados com os registros administrativos, com a finalidade de identificar possíveis inconsistências nas informações coletadas. Além disso, foram descritos o quantitativo de exames realizados por localidade e o padrão de repetição dentro do período disponibilizado dos registros.

Por fim, foi realizada análise de regressão logística bivariada considerando o desfecho dicotômico ter ou não realizado o exame preventivo nos últimos três anos para a faixa etária de 25 a 59 anos (idades dentro da faixa etária preconizada pelo MS) e as variáveis independentes selecionadas, utilizando-se os dados coletados no inquérito domiciliar. As variáveis com p-valor menor ou igual a 0,20 nas análises bivariadas foram incluídas na análise multivariada considerando-se os componentes estruturais e os componentes intermediários, segundo o modelo teórico-conceitual apresentado. As variáveis com p-valor menor ou igual a 0,10 foram mantidas no modelo final.

5.8 Aspectos éticos e legais da pesquisa

A coleta de dados respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi obtida a anuência da SEMSA e o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), tendo sido aprovado sob o CAAE nº 57706316.9.0000.0005 (Anexo 2).

Os informantes da pesquisa receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foram orientados sobre os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios e convidados a participar do estudo, sendo obtido o consentimento por escrito (Anexo 3).

6 RESULTADOS

6.1 Dados do inquérito

Foram entrevistadas 221 mulheres, com idade média de 35 anos ($\pm DP=11,04$), variando entre 14 e 59 anos. Deste total, 46 (20,8%) tinham menos de 25 anos sendo que destas 12 tinham menos de 18 anos de idade.

Dezoito mulheres (8,1%) afirmaram nunca ter realizado o exame PCCU, 150 (67,9%) relataram ter realizado o exame há menos de um ano atrás, 26 (11,8%) informaram que realizaram o último exame entre um e dois anos atrás, 10 (4,5%) realizaram entre dois e três anos atrás e 17 (7,7%) mulheres afirmaram que há mais três anos que não realizaram o exame PCCU (Tabela 2).

Das 18 mulheres que afirmaram nunca ter realizado o exame, os principais motivos relatados foram: 1 (0,5%) afirmou que nunca teve relações sexuais, 5 (2,3%) não julgavam necessário realizar o exame, 3 (1,4%) informaram sentir vergonha para realizar o exame, 1 (0,5%) informou que nunca foi orientada sobre a realização do exame preventivo, 2 (0,9%) relatou ter tido dificuldade para marcar o exame e 6 (2,7%) disseram que não realizaram o exame por outros motivos como medo, idade e não saber informar (Tabela 2).

Em relação ao tempo de espera para a entrega do resultado do exame, 15 (6,8%) afirmaram ter recebido o resultado em menos de um mês depois da realização do mesmo, 113 (51,1%) receberam o resultado entre um e três meses, 38 (17,2%) receberam entre três e menos de seis meses depois do exame, 1 (0,5%) afirmaram ter recebido o resultado em seis meses ou mais, 32 (14,5%) disseram que ainda não haviam recebido o resultado, 3 (1,4%) informaram nunca ter recebido o resultado e 1 (0,5%) nunca foi buscar o resultado do seu exame. Das 203 mulheres que realizaram o exame preventivo 194 (87,8%) afirmaram que se último exame foi realizado em uma unidade (posto) de saúde pública (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição das variáveis específicas sobre o exame preventivo do câncer do colo do útero (n=221).

Variável	Amostra total n (%)	< 25 anos n (%)	25-59 anos
<i>Determinantes intermediários individuais</i>			
Tempo de realização do último exame			
Nunca realizou	18 (8,1)	13 (28,9)	5 (2,9)
Realizou há menos de 1 anos atrás	150 (67,9)	24 (53,3)	125 (71,4)
Realizou entre 1 e 2 anos atrás	26 (11,8)	6 (13,3)	20 (11,4)
Realizou entre 2 e 3 anos atrás	10 (4,5)	1 (2,2)	9 (5,1)
Realizou há mais de 3 anos atrás	17 (7,7)	1 (2,2)	16 (9,1)
Motivos da não realização do exame			
Nunca teve relação sexual	1 (0,5)	1 (2,2)	-
Não julga necessário	5 (2,3)	1 (2,2)	4 (2,3)
Sente vergonha	3 (1,4)	2 (4,4)	1 (0,6)
Nunca foi orientada sobre a realização do exame	1 (0,5)	1 (2,2)	-
Teve dificuldade para marcar o exame	2 (0,9)	2 (4,4)	-
Outros motivos (medo, não sabe informar, por causa da idade)	6 (2,7)	6 (13,3)	-
<i>Determinantes intermediários relacionados ao serviço</i>			
Tempo de espera do resultado			
Recebeu em menos de um mês	15 (6,8)	2 (4,4)	13 (7,4)
Entre um mês e três meses	113 (51,1)	20 (44,4)	92 (52,6)
Entre 3 meses e menos de 6 meses	38 (17,2)	4 (8,9)	34 (19,4)
Em seis meses ou mais	1 (0,5)	-	1 (0,6)
Ainda não haviam recebido o resultado	32 (14,5)	-	26 (14,9)
Nunca tinham recebido	3 (1,4)	6 (13,3)	3 (1,7)
Nunca foi buscar o resultado	1 (0,5)	-	1 (0,6)
Local de realização do exame			
Não sabe/não respondeu	1 (0,5)	-	1 (0,6)
Privado	8 (3,6)	1 (2,2)	7 (4,0)
Serviço público	194 (87,8)	31 (68,9)	162 (92,6)
Sem informação	18 (8,1)	-	5 (2,9)

As distâncias calculadas a partir das coordenadas de georreferenciamento dos domicílios em relação às estruturas físicas de saúde localizadas nas comunidades de Apuaú, Mipindiaú, São Sebastião do Cuieiras, Santa Maria e Costa do Arara e em relação aos pontos de parada da unidade móvel fluvial de saúde que conduz mensalmente a equipe que atende as comunidades mostraram uma média de distância de 2,4 km ($\pm DP=3,5$) do domicílio ao ponto de parada do barco. A distância máxima do domicílio ao ponto de parada do barco foi 15,5 km e a mínima foi 25 metros. Já a distância média entre os domicílios e as unidades fixas foi 6,9 km ($\pm DP=6,5$), com uma distância máxima de 22,1 km e mínima de 14 m. As distâncias estão sumarizadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Distâncias calculadas entre domicílios/ponto de parada da unidade móvel fluvial e domicílios/unidades fixas de saúde (em quilômetros).

Medidas	Distância domicílio/barco	Distância domicílio/unidade
Média	2,401	6,895
Desvio padrão	3,466	6,466
Amplitude	15,475	22,086
Mínimo	0,025	0,014
Máximo	15,500	22,100

Possuíam entre um a nove anos de estudo 136 mulheres avaliadas no estudo (61,5%). As principais ocupações foram as atividades domésticas (46,2%) e a agricultura/extrativismo/piscicultura (35,7%). Em relação à autopercepção da saúde, a maioria das mulheres considerou seu estado de saúde como muito bom ou bom (54,8%). Quando questionadas sobre qual a unidade de saúde responsável por atender a sua comunidade, 40,7% afirmaram ser o barco da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, e que sua última consulta nessa unidade foi marcada por meio do ACS (53,4%). Embora a maior parte das mulheres tenham classificado o grau de dificuldade para conseguir atendimento nesta unidade como sendo “fácil” ou “muito fácil” (49,1%), um percentual importante relatou ter dificuldade relacionada a essa questão (28%). Verificou-se que quando essas mulheres estão doentes ou precisando de algum atendimento de saúde, o primeiro local que elas procuram é a unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) (57,5%) e os principais meios de deslocamento para o serviço foram a pé (34,4%) ou de barco/rabeta/voadeira (57,5%). A distância do seu domicílio à unidade que costumam procurar foi, em geral, considerada como perto e de fácil acesso (55,7%). Em relação ao acesso à comunidade, ou seja, se as mesmas consideravam ficar dificultado acessar a comunidade em períodos de cheia e seca dos rios, houve um equilíbrio nas respostas, onde 31,7% afirmou não haver dificuldades, 33% afirmou haver um pouco e 35,3% considerou haver muita dificuldade (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise descritiva das mulheres participantes do estudo.

Variáveis	N	%
Componentes estruturais		
Escolaridade		
Nunca frequentou escola	4	1,8
1 a 9 anos de estudo	136	61,5
10 a 12 anos de estudo	70	31,7
13 anos ou mais de estudo	9	4,1
Sem informação	3	1,4
O acesso fica dificultado no período da seca ou cheia dos rios		
Não, nada	70	31,7
Sim, pouco	73	33,0
Sim, muito	78	35,3
Ocupação		
Agricultura/extrativismo/piscicultura	79	35,7
Funcionário público	13	5,9
Atividades domésticas	102	46,2
Comércio	15	6,8
Outros	12	5,4
Determinantes intermediários		
Unidade de saúde é responsável por atender a sua comunidade		
Não sabe informar	10	4,5
Barco da SEMSA Manaus que atende na sua comunidade	90	40,7
Posto de saúde na comunidade	47	21,3
Posto de saúde E barco da SEMSA na comunidade	33	14,9
Posto de saúde ou barco da SEMSA em outra comunidade rural	24	10,9
Não há unidade de saúde na área	1	,5
Outro (posto de saúde da comunidade vizinha, polo de saúde indígena)	2	,9
Sem informação	14	6,3
Primeiro local que procura quando está doente ou precisando de atendimento de saúde		
Nenhum	3	1,4
Unidade básica de saúde fluvial (barco da SEMSA)	30	13,6
Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde)	127	57,5
Equipe de saúde do DSEI	2	,9
Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica	1	,5
Serviço de Pronto Atendimento público (24 horas)	18	8,1
Pronto-socorro ou emergência de hospital público	8	3,6
Hospital público/ambulatório	6	2,7
Consultório particular ou clínica privada	2	,9
No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família	3	1,4
Outro serviço	7	3,2
Sem informação	14	6,3
Como avalia o grau de dificuldade para conseguir atendimento		
Não sabe/não respondeu/ausente	11	6,3
Muito fácil / fácil	86	49,1
Nem fácil nem difícil	29	16,6
Difícil / muito difícil	49	28,0

Tabela 4 – Análise descritiva das mulheres participantes do estudo (continuação).

Como se desloca para chegar ao serviço que costuma procurar		
A pé	76	34,4
Barco/rabeta/voadeira	127	57,5
Outro	1	,5
Sem informação	17	7,7
Como considera a distância da sua casa até esta unidade de saúde		
Longe, mas de fácil acesso	23	10,4
Longe e de difícil acesso	31	14,0
Perto e de fácil acesso	123	55,7
Perto, mas de difícil acesso	18	8,1
Sem informação	26	11,8
Como conseguiu a última consulta nesta unidade		
O retorno foi marcado na consulta anterior	17	7,7
Por intermédio do ACS	118	53,4
Por intermédio de outro profissional da unidade	5	2,3
Veio por sua conta e aguardou no dia para ser atendido	53	24,0
Outro (brigando para conseguir ficha, não se aplica)	2	0,9
Sem informação	26	11,8
Como considera seu estado de saúde		
Muito bom / bom	121	54,8
Regular	71	32,1
Ruim / muito ruim	15	6,8
Sem informação	14	6,3

Em relação à multiparidade, fator apontado na literatura como um dos fatores associados à não realização do exame PCCU, a média de filhos foi de 3,85 com desvio padrão de 2,68. Verificou-se que a renda familiar mensal média foi R\$ 908,58, o que representa um valor menor que o salário mínimo vigente à época. Observou-se diferença em períodos de cheia e seca dos rios no tempo de deslocamento até a unidade de saúde responsável pelo atendimento à comunidade, sendo o tempo médio gasto em períodos de seca de aproximadamente 29 minutos, mais que o dobro do tempo médio dispendido quando o rio está cheio (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise descritiva das variáveis contínuas na população de estudo.

Variáveis	Média	Desvio-padrão	Amplitude	Min	Máx
Renda familiar mensal	908,58	769,05	6000	0	6000
Multiparidade	3,85	2,68	15	0	15
Tempo de demora para chegar a unidade (min)					
Na cheia	12,44	15,44	89	1	90
Na seca	29,19	32,40	179	1	180
Tempo de espera na consulta anterior (min)	85,25	81,300	420	0	420

A Tabela 6 apresenta os resultados das análises bivariadas entre as variáveis explicativas e o desfecho de não realização do exame preventivo nos últimos 3 anos em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos. Quanto maior a idade e maior o número de partos, menor a chance de ter realizado o exame nos últimos três anos. Na análise de regressão múltipla, o desconhecimento sobre a responsabilidade pela atenção básica no território mostrou-se associado ao desfecho. Mulheres que não souberam informar ou desconheciam haver unidade responsável apresentaram 84% menos chance de terem realizado o exame preventivo nos últimos três anos (Tabela 7).

Tabela 6 – Razões de chance para a não realização do exame preventivo do colo do útero nos últimos 3 anos em mulheres de 25 a 59 anos.

Variável	OR	IC 95%	p-valor
Componentes estruturais			
Idade	0,94	0,89-0,99	0,010*
Anos de estudo	1,13	0,99-1,30	0,061 ^a
Renda familiar	1,00	1,00-1,00	0,452
Ocupação			
Outras	ref		
Do lar	0,36	0,14-0,93	0,034*
Facilidade de acesso			
Fácil	ref		
Difícil	1,15	0,36-3,76	0,812
Determinantes intermediários			
Como considera seu estado de saúde			
Muito bom / bom	1,24	0,25-6,21	0,797
Regular	1,26	0,23-6,85	0,788
Ruim / muito ruim	ref		

Tabela 6 – Razões de chance para a não realização do exame preventivo do colo do útero nos últimos 3 anos em mulheres de 25 a 59 anos (continuação).

Como avalia o grau de dificuldade para conseguir atendimento	1,35	0,82-2,25	0,234
Muito fácil / fácil	1,06	0,36-3,12	0,915
Nem fácil nem difícil	3,91	0,45-34,21	0,218
Difícil / muito difícil	ref		
Primeiro local que procura quando está doente ou precisando de atendimento de saúde			
Atenção primária	1,01	0,32-3,24	0,981
Outro nível de atenção	ref		
Como se desloca para chegar ao serviço que costuma procurar			
A pé	ref		
Barco/rabeta/voadeira	0,57	0,21-1,56	0,277
Conhecimento sobre a unidade responsável por atender a comunidade			
Posto de saúde ou barco na comunidade	ref		
Unidade de saúde fora da comunidade	0,98	0,21-4,69	0,984
Não há / não sabe informar	0,26	0,06-1,10	0,067 ^a
Tempo que leva de casa a unidade de saúde na cheia	1,00	0,97-1,03	0,861
Tempo que leva de casa a unidade de saúde na seca	1,00	0,98-1,01	0,887
Distância da sua casa até esta unidade de saúde			
Perto	ref		
Longe	1,78	0,49-6,52	0,385
Como conseguiu a última consulta nesta unidade			
Agendado ou por intermédio da equipe	ref		
Por conta própria	1,76	0,48-6,46	0,393
Tempo de espera na consulta	1,00	1,00-1,00	0,765
O acesso fica dificultado no período da cheia e da seca dos rios			
Não	ref		
Sim	0,69	0,24-1,99	0,493
Distância da casa para o barco	0,99	0,88-1,12	0,885
Distância da casa para a unidade de saúde	0,98	0,92-1,05	0,607
Multiparidade	0,80	0,69-0,94	0,005**

* P<0,05; ** P<0,01

^a Variáveis com P<0,20 foram incluídas na análise múltipla.

Tabela 7 – Modelo final com as razões de chance ajustadas para a realização do exame preventivo do colo do útero nos últimos 3 anos em mulheres de 25 a 59 anos.

Variável	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	OR (IC 95%)	P-valor	OR (IC 95%)	P-valor	OR (IC 95%)	P-valor
<i>Determinantes estruturais</i>						
Idade	0,93 (0,89-0,98)	0,006	0,96 (0,90-1,02)	0,159		
Anos de estudo	0,97 (0,92-1,02)	0,187				
Ocupação (ref. outras)						
Do lar	0,36 (0,14-0,94)	0,037	0,30 (0,10-0,88)	0,028	0,31 (0,11-0,89)	0,029
<i>Determinantes intermediários</i>						
Conhecimento sobre a unidade responsável por atender a comunidade (ref. na comunidade)						
Unidade de saúde fora da comunidade			0,84 (0,16-4,30)	0,835	0,86 (0,17-4,37)	0,857
Não há / não sabe informar			0,20 (0,04-1,01)	0,051	0,18 (0,04-0,97)	0,045
Multiparidade			0,81 (0,67-0,96)	0,018	0,76 (0,64-0,90)	0,002

6.2 Dados administrativos

Os registros administrativos mostraram que no período foram examinadas 651 mulheres, nas quais foram realizados 1097 exames preventivos do CCU. As mulheres examinadas tinham uma idade média de 36 anos, com mínima de 14 e máxima de 83 anos ($\pm DP=13,29$, amplitude=69). Desses registros, 24% era composto por mulheres consideradas fora da faixa etária preconizada pelas diretrizes brasileiras de rastreamento do CCU, que é de 25 a 64 anos, com 35 mulheres acima de 64 anos (3,2%) e 228 mulheres com 24 anos ou menos (20,8%).

Em relação aos exames realizados, 35 (3,2%) foram repetidos indevidamente (dois exames realizados no mesmo ano, sem indicativo de necessidade de repetição). Além disso, outros 105 (9,6%) foram realizados sem necessidade, tendo em vista que nos dois anos anteriores a mulher havia apresentado resultados negativos para neoplasia, o que de acordo com as diretrizes brasileiras indicaria um intervalo de três anos para a realização de novo exame. A avaliação conjunta destas situações sugere que 12,8% dos exames não deveriam ter sido realizados segundo as diretrizes (Tabela 8).

Por outro lado, 210 (19,1%) mulheres estavam com seu exame potencialmente atrasado, ou seja, há mais de três anos sem realizá-lo. Entretanto,

ao confrontar os dados administrativos com os dados autorreferidos (coletados no inquérito), foram encontrados 26 homônimos e destes somente duas mulheres informaram como há mais de 3 anos sem ter realizado o exame.

Dos tipos de epitélios encontrados 102 (9,3%) encontravam-se sem informação, considerando que alguns exames haviam sido recém coletados e ainda não dispunham de resultado; 258 (23,5%) tiveram amostras insuficientes (encontrado epitélio escamoso ou glandular, separadamente), indicando a necessidade de repetição do mesmo; 601 (54,8%) apresentaram epitélios escamoso/glandular; 34 (3,1%) apresentaram epitélios escamoso/metaplásico; e 102 (9,3%) apresentaram epitélios escamoso/glandular/metaplásico (Tabela 8). Além disso, o tempo médio de espera para entrega do resultado do exame foi de 66,3 dias.

Tabela 8 – Dados administrativos sobre exames PCCU realizados e tipos de epitélios encontrados por faixa etária.

Variáveis	Amostra total 14 a 83 anos n (%)	< 25 anos n (%)	25-59 anos n (%)
Exames realizados	1097 (100)	229 (100)	837 (100)
Repetidos indevidamente	35 (3,2)	7 (3,1)	26 (3,1)
Realizados desnecessariamente	105 (9,6)	11 (4,8)	94 (11,2)
Potencialmente atrasado	210 (19,1)	45 (19,7)	150 (17,9)
Tipos de epitélio encontrado			
Sem informação	102 (9,3)	17 (7,4)	85 (10,2)
Epitélio escamoso	257 (23,4)	54 (23,6)	193 (23,1)
Epitélio glandular	1 (0,1)	1 (0,4)	-
Epitélios escamoso/glandular	601 (54,8)	137 (59,8)	451 (53,9)
Epitélios escamoso/metaplásico	34 (3,1)	4 (1,7)	26 (3,1)
Epitélios escamoso/glandular/metaplásico	102 (9,3)	16 (7,0)	82 (9,8)

Quando avaliados os resultados dos exames realizados foram encontradas alterações tanto entre as mulheres com idade abaixo dos 25 anos de idade como nas mulheres com idades dentro da faixa etária preconizada pelo MS, chamando atenção para 5 resultados de lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia-intraepitelial cervical de grau I), onde 4 destes acometeram mulheres abaixo dos 25 anos (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição quantitativa dos resultados dos exames PCCU que apresentaram alteração segundo grupos etários (n=1097).

Resultado	Universo total de exames n (%)	< 25 anos n (%)	25-59 anos n (%)
Células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo se afastar lesão de alto grau – ASC-H	7 (0,6)	2 (0,9)	5 (0,6)
Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas – ASC-US	14 (1,3)	6 (2,6)	8 (1,0)
Lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo neoplasia intra-epitelial cervical grau II e III) HSIL	3 (3,3)	-	3 (3,4)
Lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I) LSIL	5 (5,5)	4 (1,7)	1 (0,1)
Lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau II e III) LSIL	2 (0,2)	1 (0,4)	1 (0,1)

7 DISCUSSÃO

A maior parte das mulheres avaliadas no estudo relatou ter feito o exame PCCU há menos de um ano, com um tempo de entrega satisfatório dos resultados e a grande maioria dos exames realizados em um estabelecimento público de saúde. Aspectos organizacionais e individuais foram relatados como motivação entre aquelas que nunca tinham realizado o exame preventivo. Entre as mulheres na faixa etária recomendada para a realização do exame, multiparidade, ocupação e desconhecimento sobre a unidade responsável pelo atendimento mostraram-se associados à não realização do exame nos últimos três anos. Além do percentual elevado de exames realizados fora da faixa etária preconizada, observou-se nos registros administrativos realizações indevidas dos exames, segundo as diretrizes preconizadas, e um número relevante de amostras insatisfatórias coletadas.

O percentual de mulheres que nunca realizaram o exame PCCU encontrado no estudo (8,1%) esteve abaixo daquele encontrado por Rodrigues e colaboradores (2016) no município de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, também situado na região norte do Brasil, porém em contexto urbano, no qual 11,1% afirmaram nunca tê-lo realizado. Por outro lado, foi similar aos achados de Dias e colaboradores (2015) em um estudo realizado no município de Serranópolis, com percentual de 8,3%.

Percentual ainda maior foi encontrado no Estado Acre, onde estudo apontou que 60% das mulheres estudadas nunca haviam realizado o exame preventivo (COSTA; SILVA; SOUZA, 2018). Já um estudo realizado com 353 mulheres que viviam em comunidades ribeirinhas do estado do Pará, revelou um inquietante percentual de 70% de mulheres que declararam nunca ter realizado o exame (DUARTE et al., 2017). Realidade pior emergiu do trabalho realizado em uma comunidade em Luanda, Angola com 130 mulheres vendedoras de um mercado, vulneráveis e com baixa escolaridade, onde 70% não realiza consulta regular de ginecologia e 96,9% nunca realizaram o exame PCCU.

O fato de algumas mulheres nunca ter realizado o exame pode estar relacionado a questões individuais, como o medo e vergonha, difíceis de serem resolvidos, mas que também podem estar relacionados à organização do serviço ou aos profissionais de saúde (LOPES; RIBEIRO, 2019; SILVA et al., 2015).

Os percentuais relacionados ao tempo de realização do último exame PCCU encontrados neste estudo divergem daqueles encontrados em Rondônia, estudo realizado com mulheres de idades entre 20 e 59 anos de idade, faixa etária considerada pelo MS até 2013. Enquanto o percentual encontrado na população ribeirinha no Amazonas que relatou ter realizado o exame há menos um ano atrás foi 67,9%, em Porto Velho foi de 53% (RODRIGUES et al., 2016).

Quanto à realização do exame no intervalo de até três anos encontramos que mais de 80% das mulheres apresentaram esse comportamento e percentual bem próximo a isso foi encontrado em um estudo de base populacional (TIENSOLI et al., 2018) utilizando os dados do VIGITEL, onde 82,9% das mulheres realizaram o exame nos últimos 3 anos. Um percentual um pouco menor foi descrito por Oliveira e colaboradores (2018) utilizando os dados da PNS realizada em 2013, onde o percentual na região norte foi de 75,5%. Entretanto, o percentual nas ribeirinhas se assemelhou ao percentual nacional de 79,4%, sendo as moradoras das regiões norte e nordeste, com 75,1%, as regiões que apresentaram os menores percentuais de realização do exame nos últimos três anos (OLIVEIRA et al., 2018).

No Acre, o percentual de mulheres que mencionaram haver realizado o exame pelo menos uma vez nesse intervalo, foi de 75,3%, e somente na população-alvo orientada pelo MS, esse percentual se elevou 85,3% (BORGES et al., 2012). No inquérito domiciliar conduzido no município de Boa Vista, estado de Roraima localizado na região Norte do Brasil (NAVARRO et al., 2015), que incluiu mulheres entre 25 e 59 anos residentes no município, o percentual de mulheres rastreadas nos últimos três anos foi de 85,6%. Para Barbosa e colaboradores (2016a) ter realizado o exame ultrapassando o limite de tempo de 3 anos preconizado e nunca ter realizado esteve associado a morarem em área rural.

Os motivos relatados para a não realização do exame PCCU, como não julgar necessária a realização ou nunca ter sido orientada a fazê-lo, conduzem à um dos fatores associados à não realização do exame mais exposto na literatura, o conhecimento inadequado, sugerindo possíveis lacunas na conscientização sobre a importância do exame conforme análise reflexiva sobre o tema realizada por Lobo e colaboradores (2018).

Estudo que determinou o efeito da educação em 350 mulheres de comunidades rurais da Nigéria elevou o nível de conhecimento sobre câncer e seu rastreio de 2% para 70,5% ao utilizar um filme como estratégia de educação em

saúde. Assim, a educação em saúde tem se apresentado eficácia na conscientização e no aprimoramento do conhecimento, na percepção das mulheres e na melhora da captação para o rastreamento do CCU. Portanto, a criação da conscientização seria crucial para o sucesso de um programa de prevenção do câncer cervical (ABIODUN et al., 2014). Assim, quando o conhecimento inadequado das mulheres sobre a realização do exame é enfraquecido por meio da educação em saúde, as mulheres não somente passam a compreender a necessidade de realização do exame como o realizam, buscam o resultado e o mostram à um profissional de saúde (MELO et al., 2019).

Testando os efeitos de intervenção comportamental e educativa por telefone na adesão das mulheres com periodicidade inadequada ao exame PCCU, autores concluíram que as intervenções comportamentais e educativas por telefone são eficazes na adesão das mulheres ao exame (LIMA et al., 2017). Assim como as ações educativas realizadas durante as visitas domiciliares sobre a importância do uso do preservativo e da realização do preventivo têm se apresentado como fundamental na estratégia de prevenção, indo além da coleta de material para realização do exame PCCU (FERRAZ; JESUS; LEITE, 2019).

Os sentimentos de medo e vergonha relatados pela população ribeirinha do nosso estudo em relação à realização do exame PCCU, são recorrentes em diversos estudos realizados em outras regiões do país, assim como no estudo realizado com mulheres residentes no Município de Parintins, Amazonas, que expressaram existir medo e vergonha de “se expor” ao profissional de saúde, como relatado por Leite (2017). Os mesmos sentimentos foram manifestados por mulheres de uma região com perfil socioeconômico considerado baixo em São José do Rio Preto, em São Paulo (IGLESIAS et al., 2019). Para Silva e colaboradores (2015), 55,6% das mulheres relataram sentir vergonha de realizar o exame e o pudor de exposição do corpo, pela posição de litotomia, assim como descrito por Fernandes e colaboradores (2019).

Destarte, o medo e a vergonha são elementos que impedem ou dificultam a realização do exame, resultado discutido também em uma revisão de literatura (GURGEL et al., 2019). Além disso, valores morais e afetivos acabam interferindo na percepção de risco e na adoção de práticas preventivas (RICO; IRIART, 2013), o que também deve ser considerado na organização do cuidado.

Na revisão de literatura realizada por Onofre, Vieira e Bueno (2019), além dos sentimentos de medo, vergonha, constrangimento sobre a exposição do corpo e genitália, a ausência de sintomas e a falta de tempo também foram aspectos relevantes na busca pelo serviço de saúde. Em outra revisão destacou-se o medo tanto do exame quanto do resultado para o câncer, vergonha devido à exposição da genitália, dificuldades de acesso à unidade de saúde, negligência dos profissionais no que diz respeito à falta de orientação e informação a estas mulheres sobre o que é o CCU, sobre a importância do exame e medidas de prevenção (SANTOS; VARELA, 2016).

Outro motivo relatado pela população deste estudo foi relacionado a dificuldades para a marcação do exame e baixa flexibilidade no agendamento das consultas, aspectos relacionados ao serviço também identificado em outros estudos, como o realizado em uma UBS no município de Londrina (SILVA et al., 2015) e no Acre (COSTA; SILVA; SOUZA, 2018). Questões ligadas à qualidade do atendimento foram ainda relatadas por mulheres baianas no estudo de Souza e colaboradores (2019), que revelaram obstáculos para a não realização do exame PCCU anualmente como a insatisfação com a assistência clínica ao usuário, o tempo de espera longo, além do direito à informação e a dignidade e cortesia.

No estudo observou-se que 51,1% receberam o resultado do exame em menos de um mês. 17,2% de mulheres receberam o resultado entre três e menos de seis meses e 14,5% ainda não haviam recebido o resultado do último exame, fato este que pode ser em grande parte explicado pela presença recente da unidade fluvial móvel responsável pela realização dos exames na comunidade, coincidindo com o período da coleta dos dados e não ter havido tempo hábil para o retorno do resultado. Os dados administrativos corroboram esse achado, uma vez que o tempo médio de espera para entrega do resultado do exame foi de 66,3 dias. Outro estudo no norte do Brasil, identificou que o percentual de mulheres com 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame nos três anos anteriores à pesquisa e tinham recebido o resultado no prazo de três meses foi de 88,4% (OLIVEIRA et al., 2018).

A população estudada apresentou um baixo nível socioeconômico representado pela baixa escolaridade e renda. Tiensole (2018) verificou que a escolaridade menor que 12 anos foi um fator associado à não realização do exame.

Estudo realizado na cidade de Wufeng, China, mostrou que as mulheres com níveis mais elevados de escolaridade eram mais propensas a realizar o exame (JIA

et al., 2013) além de ser observado um maior conhecimento acerca do CCU naquelas mulheres com maior escolaridade (SILVA et al., 2016). Andrade (2014) identificou que a não adesão ao exame PCCU era maior entre mulheres que nunca frequentaram escola e com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo, evidenciando que a baixa escolaridade é um dos fatores que dificultam a realização do exame PCCU (ONOFRE; VIEIRA; BUENO, 2019). Assim, cabe aos profissionais e aos responsáveis pela gestão dos serviços de saúde elaborar estratégias que minimizem as interferências causadas pelos fatores que levam à não realização do exame PCCU (OLIVEIRA et al., 2020).

A sobrecarga relacionada à sobreposição de atividades laborais associadas à agricultura/extrativismo/pesca e ao cuidado domiciliar e familiar pode dificultar a adesão das mulheres às práticas preventivas, uma vez que elas vivenciam a incompatibilidade de horários entre jornada de trabalho e o expediente ofertado pelos serviços de saúde, deixando assim de realizar o exame PCCU (AGUILAR; SOARES, 2015). Outrossim, as restrições de horário de funcionamento das unidades, a demora no atendimento e o fato de não terem com quem deixar os filhos têm se apresentado como alguns dos motivos de impedimento para realização do exame, cabendo às equipes de saúde adotarem novas estratégias no atendimento das mulheres que trabalham ou são responsáveis pelo lar (ACOSTA et al., 2017).

Apesar da maioria das mulheres ter afirmado conhecer qual a unidade de saúde era responsável por atender a sua comunidade, o desconhecimento sobre a responsabilidade pela atenção básica no território mostrou-se associado à não realização do exame PCCU na análise ajustada. Conforme estudo realizado com mulheres que residiam na zona rural do município de Prudentópolis, no estado do Paraná, a não adesão às ações e atividades voltadas à promoção da saúde da mulher se dá por suas próprias características culturais e pela dificuldade no acesso aos serviços de saúde no meio rural (PITILIN; LENTSCK, 2015).

O vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, sendo construído ao longo do tempo, e com potencial terapêutico (BRASIL, 2012). Assim, não saber informar sobre a unidade de saúde responsável pelo território pode indicar uma fragilidade no vínculo, elemento imprescindível não apenas para o desfecho em estudo, mediante o fortalecimento das relações na atenção à saúde, intermediando a comunicação entre os usuários e

profissionais de saúde e estabelecendo uma relação próxima entre todos os atores envolvidos (SANTOS; MIRANDA, 2016).

Feitosa e colaboradores (2019) perceberam na fala das mulheres estudadas que o acolhimento reflete na realização do exame PCCU, apesar de ainda existir fatores estruturais e sociais como barreira, perceptível em algumas falas. Para os autores acima, conhecer as características sociais das mulheres pertencentes à área facilita a formulação e a construção do acolhimento de acordo com a singularidade dos sujeitos (FEITOSA et al., 2019) e o reconhecimento, a escuta e o acolhimento pelo profissional de saúde que acompanha a realização do exame pode favorecer uma melhor adesão ao mesmo (CAMPOS; OLIVEIRA, 2019). Além do mais, considera-se importante a realização de uma permanente interação com a mulher, a fim de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades de autocuidado e promoção de sua saúde (MENDES, 2016).

Nesse sentido, os resultados sugerem o protagonismo do ACS no cenário ribeirinho amazônico, uma vez que representam o elo de ligação dos usuários com o serviço e estão em contato permanente com a população, em contraponto com a característica itinerante do restante da equipe, sediada na UBSF. Para além do agendamento ambulatorial, esses profissionais são atores importantes na longitudinalidade do cuidado e na minimização das barreiras de acesso, incluindo a identificação e busca ativa de usuárias faltosas ou que apresentam alteração no exame PCCU.

Os ACS são atores centrais na linha de cuidado de controle do CCU por desenvolverem ações nas comunidades que atuam, além de possivelmente terem o reconhecimento, identidade cultural e vínculo social com a comunidade, como discutido no estudo de Fernandes e colaboradores (2019), uma vez que dentre as atividades consideradas como típicas do ACS, em sua área geográfica de atuação é a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento das famílias (BRASIL, 2018). A maior parte das mulheres classificou o grau de dificuldade para conseguir atendimento na unidade como sendo “muito fácil / fácil”, podendo ser explicado pela presença do ACS, pois este profissional trabalha próximo às famílias, acompanhando seu estado de saúde e representando o elo de ligação com o serviço, achado este também pontuado Andrade e Cardoso (2017).

Destaca-se, no entanto, o número não desprezível (28%) de mulheres que relataram ser “difícil / muito difícil” conseguir agendamento na unidade de saúde, o que pode sugerir possíveis rupturas nesse elo de ligação para algumas famílias.

Um dos desafios encontrados durante o estudo foi conseguir chegar às comunidades ribeirinhas, uma vez que a distância na Amazônia não se trata apenas de quilômetros, mas também de tempo e condições para o deslocamento.

As distâncias dos domicílios para as unidades de saúde chegaram a 22,1 quilômetros. Fernandes e colaboradores (2019) mostraram que o deslocamento das mulheres da zona rural para a realização do exame foi uma das maiores barreiras de acesso naquela região, por não haver transporte público regular ou as usuárias não dispunham de recursos financeiros para pagamento da condução, obrigando as mulheres a se deslocarem a pé ou usarem o transporte escolar. Os autores concluem que residir em zona rural representava uma importante barreira geográfica para o acesso ao exame PCCU.

Na população rural ribeirinha avaliada, foram encontrados dois principais meios de locomoção, a pé (em geral para as localidades onde a unidade fluvial ancora) e de barco, rabeta ou voadeira (reportado pela maioria, em geral representando as localidades e domicílios próximos aos pontos de parada da unidade cuja população precisa se deslocar por rios ou igarapés para conseguir atendimento). Apesar da distância em geral ter sido considerada como perto e de fácil acesso, os achados evidenciam as barreiras que parte da população precisa superar para chegar ao serviço. A sazonalidade dos rios também impõe diferenças nesse contexto, sendo que o tempo médio relatado para chegar à unidade foi 2,3 vezes maior na época da seca. Esses resultados corroboram as observações do estudo que descreveu o processo de planejamento e execução das atividades da unidade de saúde fluvial que mostrou que o tipo de transporte, a potência do motor e a sazonalidade do rio (cheia ou vazante) são condições que relativizam a distância e o tempo amazônico (KADRI et al., 2019).

Para a maioria das mulheres do estudo, a sazonalidade dos rios impõe alguma dificuldade no acesso às comunidades, mostrando a importância de refletir também sobre as dificuldades geográficas impostas aos ribeirinhos – e que muitas vezes podem associar-se a barreiras financeiras – na organização dos serviços e ações de saúde, considerando a dinâmica fluvial anual nos rios amazônicos, que

passa por quatro períodos: enchente, cheia, vazante e seca, referidos a cotas que variam entre máximas (cheia) e mínimas (seca) (QUEIROZ; SOARES; NETO, 2018).

Em acordo com a literatura, o estudo também mostrou que o número de filhos (multiparidade) interferiu na realização do exame PCCU. Para Andrade e colaboradores (2014) a não adesão ao exame é significativamente superior entre mulheres que tenham quatro ou mais filhos, sendo relevante no planejamento e implementação de ações que reduzam as iniquidades locais e regionais. Estudo realizado em Fortaleza, no estado do Ceará, mostrou as mulheres que tiveram no máximo uma gestação apresentaram maior chance de ter realizado o exame PCCU do que aquelas com duas ou mais gestações (FALCÃO et al., 2014).

As famílias que ainda têm a mulher como principal responsável pelo lar e pelo cuidado dos filhos dificulta a ida ao serviço de saúde, cabendo às unidades de saúde adotarem medidas alternativas para atender às demandas da sua comunidade (ACOSTA et al., 2017), uma vez que o período gestacional e o puerpério poderiam ser vistos como situações nas quais as mulheres têm maior chance de estar em contato com os serviços de saúde e assim realizar exames periódicos (FALCÃO et al., 2014). Assim, as mulheres que mais poderiam se beneficiar do exame PCCU são as que menos o realizam (FONSECA et al., 2010), fator este apontado por Ribeiro e colaboradores (2016), onde o contato com o serviço de saúde para realização do pré-natal não foi determinante para garantir o acesso ao exame, indicando perda de oportunidades onde o rastreamento é oportunístico. Pois, apenas a procura pelo PCCU por meio da livre demanda das mulheres não tem se mostrado eficaz para a cobertura do exame (NAZARÉ et al., 2020).

Os dados administrativos mostraram que aproximadamente 20% dos exames foram realizados em mulheres com idade abaixo de 25 anos, mesmo sendo a idade preconizada para o início do rastreio do CCU pelo MS a partir dos 25 anos (INCA, 2016). Também foram identificados alguns poucos exames realizados em mulheres com idade acima da idade preconizada. Esses resultados são similares aos encontrados por Costa, Silva e Souza (2018), em estudo realizado no Acre, onde foi observado onde 34,3% encontravam-se com idade abaixo dos 25 anos e com os achados de Noé (2018), onde foi observada a realização do exame a partir dos 11 anos de idade no Rio Grande do Sul. Quando avaliados os indicadores relacionados ao exame citopatológico do CCU no Município de Icó, no Ceará, verificou um

percentual significativo de exames realizados fora da periodicidade recomendada, 16,4% em mulheres com idade abaixo dos 24 anos e 3,9% foi realizado em mulheres com idade acima dos 64 anos (JUNIOR et al., 2018). Embora a faixa etária abaixo dos 25 anos não seja prioritária nas diretrizes brasileiras de rastreamento do CCU (INCA, 2016), estudos realizados no norte do Brasil com mulheres jovens e idosas indígenas (SPECK et al., 2015) e com mulheres abaixo dos 25 anos em Rondônia (SANTOS; VIEIRA, 2016), evidenciaram presença de lesões de baixo e alto grau em mulheres jovens e achados semelhantes foram apontados em Porto Alegre (CANABARRO, 2018).

Speck e colaboradores (2015) e Canabarro (2018) sugerem que o rastreamento do CCU deveria ser iniciado em idade mais precoce do que o preconizado atualmente.

Além disso, 19,1% das mulheres poderiam estar com seu exame atrasado, ressaltando que pelos registros não há como descartar que o mesmo possa ter sido realizado em outro serviço. Assim, um fator que pode contribuir com a cobertura abaixo do preconizado pela OMS é a realização deste procedimento pela rede privada, como já apontado em estudo anteriormente desenvolvido por Brito Silva e colaboradores (2014).

Cabe às equipes de saúde o papel primordial da busca ativa destas mulheres, por atuarem mais próximos dos contextos familiares e coletivos, como da família e comunidade onde vivem, levando em consideração que quando se recebe informações sobre a doença, sobre o exame e a sua finalidade, a mulher sente-se mais segura e confortável para submeter-se a realização do procedimento, quebrando tabus, sentimentos de medo e ansiedade (SOUZA et al., 2020).

Pesquisa realizada no Município de Rio Branco, no estado do Acre, revelou que 45,7% das usuárias de uma UBS compreendem que a periodicidade do exame deve ser anual, porém 60% nunca o haviam realizado (COSTA; SILVA; SOUZA, 2018). No estudo realizado na localidade rural de Caxirumbu do município de Caxias no Maranhão, o rastreamento do CCU havia sido realizado em intervalos de tempo inadequados (ROSS; LEAL; VIEGAS, 2017). Resultado semelhante foi observado em Minas Gerais, onde 9,1% das mulheres estudadas nunca tinham realizado o exame e 20,5% não realizou com a frequência preconizada pelo MS (MARQUES; PAIVA, 2019).

Em Sergipe, estudo revelou que apesar de haverem fatores que levam a usuária à menor busca pelo exame, como vergonha ou não apresentar sintomas, as entrevistadas se submeteram ao exame numa frequência maior do que a orientada pelo MS, seja devido à orientação equivocada do profissional de saúde ou pelo fato da usuária acreditar que a periodicidade que está realizando o exame seja a mais segura ou a mais correta (ARAUJO; SILVA, 2019).

Torna-se, portanto, necessário para a organização e planejamento das ações de saúde conhecer o quantitativo de procedimentos necessários e o perfil de realização dos procedimentos na população, indicando a necessidade de redimensionamento ou contratualização de serviços para atender a demanda estimada, no âmbito local ou regional, além de também evidenciar o déficit ou a sobreoferta de procedimentos ao avaliar as ações de controle do CCU (RIBEIRO et al., 2019).

Além do desperdício de tempo e recursos, a realização de procedimentos desnecessários pode contribuir para a limitação de acesso às mulheres com o exame em atraso. Segundo Araújo e Silva (2019), uma melhor organização administrativa do serviço poderia contribuir com o controle da realização do exame PCCU nas usuárias do território, reduzir os custos com exames desnecessários e possíveis iatrogenias inerentes ao procedimento. Os autores sugerem, ainda, o uso do Cartão de Saúde da Mulher para facilitar tal controle, bem como propõem a capacitação dos profissionais e a realização de ações educativas sobre a periodicidade e importância do exame para a população.

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta objetivar a obtenção de elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero. É muito oportuno que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cervicovaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do CCU do colo do útero (INCA, 2016).

O Estudo revelou que 258 (23,5%) foram amostras onde somente um tipo de célula (escamosa ou glandular) foi encontrado, dos três tipos considerados desejáveis, percentual este muito além daquele recomendado pelo MS, que recomenda um valor menor que 5%, podendo indicar a necessidade de repetição do

mesmo, uma vez que as células glandulares podem ter origem em outros órgãos que não o colo do útero, o que nem sempre é identificável no exame citopatológico (BRASIL, 2013). Em oposição, o percentual de amostras insatisfatórias em Icó, no Ceará, entre 2011 e 2014 foi de 0,62% e sabe-se que este indicador está relacionado à qualidade do exame revelando o percentual de amostras inadequadas ou insuficientes, o que requer a repetição do exame, gerando assim aumento nos custos e ainda a perda da oportunidade de adesão da mulher ao exame e alerta também para a necessidade de capacitação e qualificação dos profissionais para otimizar os recursos (JUNIOR et al., 2018).

Sendo a zona de transformação onde são encontrados 90% das lesões precursoras do CCU. Essa região é caracterizada pela transformação ocorrida no epitélio cilíndrico que em contato com o meio ácido e hostil do canal vaginal sofre metaplasia, transformando-se em um tecido mais adaptado formado agora por células escamosas (BRASIL, 2013). Os dados apresentaram um percentual de 54,8% de exames que apresentaram epitélios escamoso/glandular, 3,1% apresentaram epitélios escamoso/metaplásico e 9,3% dos exames apresentaram epitélios escamoso/glandular/metaplásico.

Após pesquisadores verificarem em Icó, no Ceará, que estavam sendo dispensados esforços e recursos para realização de exames em uma faixa etária que não apresenta grandes impactos na estratégia de prevenção do CCU, os mesmos sugeriram uma revisão do planejamento para intensificação das ações para o grupo que representa maior risco, no caso de 25 a 64 anos, justificada ao observarem que 63,7% dos exames realizados nessa faixa etária aconteceram no intervalo de até 2 anos e 72,5% no intervalo recomendado de até três anos, destacando que 10,8% dos exames foram realizados em intervalo de quatro anos ou mais (JUNIOR et al., 2018).

Em 62 municípios do estado do Amazonas, Viana e colaboradores (2019) verificaram que as amostras citopatológicas consideradas insatisfatórias apresentaram-se acima do percentual de 5% preconizado pelo MS e INCA (INCA, 2014). Em contraste, almejando identificar as principais causas que comprometem a qualidade do exame citopatológico cervical, estudo realizado no município de Caruaru, no agreste pernambucano, verificou uma baixa frequência de amostras insatisfatórias, destacando que a unidade de saúde em estudo realizava suas

atividades laboratoriais de acordo com os parâmetros estabelecidos, garantindo assim resultados fidedignos (GALVÃO et al., 2015).

O maior percentual das alterações celulares encontradas no presente estudo, foi na categoria das células escamosas atípicas de significado indeterminado, em suas duas subclassificações (ASC-US e ASC-H), e representou 1,9% do total dos exames alterados, sendo estas, as atípicas citológicas mais comumente descritas nos resultados dos laudos citopatológicos do colo do útero, ficando entre 3,5% e 5% na média nacional, aqui estando abaixo da média nacional. Ainda que sejam lesões insuficientes para o diagnóstico de lesão intraepitelial, são alterações significativas (INCA, 2016) e precisam ser levadas em consideração. No nosso estudo, maior percentual desse tipo de alteração (1,2%) foi encontrado nas mulheres acima dos 25 anos. Percentual abaixo da média nacional também foi relatado por Rocha, Bahia e Rocha (2016) ao identificarem o perfil dos achados citopatológicos em Belém, Pará, onde 2,5% dos exames eram atípicas de significado indeterminado.

Quando avaliados os resultados dos exames realizados nas mulheres ribeirinhas nos anos de 2016 a 2019, 2,8% apresentaram algum tipo de alteração, tanto em mulheres abaixo dos 25 anos quanto naquelas dentro da faixa etária preconizada, no estudo compreendida entre 25 e 59 anos. Dos 0,6% resultados encontrados como LSIL, 0,4% foram lesões que acometeram mulheres abaixo dos 25 anos de idade, dado consoante às diretrizes brasileiras para o rastreamento do CCU, afirmando que a LSIL representa a manifestação citológica da infecção causada pelo HPV, altamente prevalente e com potencial de regressão frequente, especialmente em mulheres com menos de 30 anos, devendo ser realizada a repetição do exame em seis meses (INCA, 2016).

Nos percentuais elevados apresentados por Duarte e colaboradores (2010) ao estudar mulheres ribeirinhas de comunidades em Abaetetuba, no Pará, as células escamosas atípicas de significado indeterminado representaram 21,5%, 16,46% representaram lesões de baixo grau e 2,3% foram lesões alto grau. Nosso estudo verificou um percentual ameno das alterações, comparado ao estudo acima, uma vez que as células escamosas atípicas representaram o percentual de 1,9%, as lesões de alto grau representaram 0,27% e as lesões intraepiteliais de baixo grau representaram o percentual de 0,63% dos exames totais.

Em uma série histórica entre 2000 e 2014, considerando que os dados podem apresentar uma tendência e/ou sazonalidade, Matarazzo e colaboradores (2017)

estimaram que o CCU aumentará cerca de 50% no norte do Brasil. Este estudo reforça a necessidade de fortalecer os programas de prevenção do câncer, especialmente no Norte, Nordeste e Centro-oeste.

Assim, estudos sobre o CCU têm se mostrado relevantes para que se possa analisar tanto a cobertura do rastreamento nas áreas atendidas pelas unidades básicas de saúde quanto compreender os fatores associados à não realização do exame PCCU pelas mulheres (JEZUS et al., 2019). Destacando a importância de ações específicas voltadas à prevenção, além de ações para promover o rastreamento de lesões cervicais entre as comunidades ribeirinhas da região amazônica (DUARTE et al., 2017).

Alguns pontos fortes e limitações deste estudo devem ser considerados. As inferências causais devem ser avaliadas com cautela considerando o desenho transversal do estudo. Outra limitação relaciona-se à dificuldade de cruzamento entre os dados dos registros administrativos com os dados obtidos no inquérito. Além disso, como a informação sobre a realização do exame PCCU foi autoreferida no inquérito, a mesma está sujeita a vieses de informação e memória. Por outro lado, foram analisados dados de uma amostra representativa para a população estudo, com base em um modelo teórico-conceitual, e os dados administrativos utilizados abrangeram o universo de exames realizados no período.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se boa cobertura do exame PCCU na população de estudo, embora os achados tenham mostrado que as mulheres residentes nestas localidades rurais ribeirinhas estão sendo rastreadas fora da faixa etária preconizada pelo MS (25-64 anos). Determinantes estruturais (ocupação) e intermediários (vínculo com a unidade de saúde e multiparidade) mostraram-se associados à realização do exame.

A análise dos dados administrativos sugere que as equipes de saúde podem enfrentar dificuldades no controle adequado desse acompanhamento, evidenciado pela realização desnecessária e indevida de exames e pelos possíveis atrasos na realização dos mesmos, além de um número relevante de amostras classificadas como insatisfatórias. Os achados indicam a necessidade de se reorganizar o monitoramento e o controle da qualidade da realização dos exames.

No conjunto que compreende os motivos para a não realização do exame PCCU, alguns fatores que podem intimidar as mulheres e impedi-las de buscar por serviços de saúde, como, por exemplo, não julgar necessária a realização ou nunca ter sido orientada, sugerem lacunas que podem ser alvo de ações pelas equipes de saúde. Da mesma forma, foram identificados sentimentos de medo e vergonha de “se expor”, além das questões relacionadas ao serviço expressas pela dificuldade na marcação do exame e baixa flexibilidade no agendamento das consultas. Embora as grandes distâncias amazônicas tenham se colocado de forma desafiadora à equipe de pesquisa, para as mulheres do território esse fator não foi percebido como uma barreira geográfica para o acesso ao exame.

Os achados do estudo poderão subsidiar ações do Distrito de Saúde Rural da SEMSA relacionadas à estratégias de organização do serviço e possível necessidade de capacitação da equipe em relação à técnica de coleta, além da identificação e realização de busca ativa daquelas mulheres que não acessam o serviço para realizar o exame na periodicidade recomendada nas diretrizes. As barreiras identificadas representam um risco para a não identificação de lesões precursoras para o desenvolvimento do CCU. Além disso, os resultados aqui apresentados poderão levar a uma reflexão sobre sobre a importância das ações

regulares de promoção da saúde, que poderiam diminuir as barreiras entre as mulheres e o serviço e, dentre outros desfechos favoráveis em saúde, favorecer a realização do exame PCCU de acordo com os prazos estabelecidos.

REFERÊNCIAS

ABIODUN, O. A. et al. Impact of health education intervention on knowledge and perception of cervical cancer and cervical screening uptake among adult women in rural communities in Nigeria. *BMC Public Health*, v. 14, p. 814, Ago. 2014.

ACOSTA, D. F. et al. Vivenciando o exame papanicolau: entre o (não) querer e o fazer. *Rev. enferm. UFPE on line*, v. 11, n. 8, p. 3031–3038, Ago. 2017.

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, Jun. 2015.

ALBUQUERQUE, K. M. DE et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. suppl 2, p. s301–s309, 2009.

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, Out-Dez. 2014.

AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329–2338, Nov. 2006.

ANDRADE, M. S. et al. Fatores associados à não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 111–120, Mar. 2014.

ANDRADE, V. M. P.; CARDOSO, C. L. Visitas domiciliares de agentes comunitarios de salud: concepciones de profesionales y usuarios. *Psico-USF*, v. 22, n. 1, p. 87–98, Abr. 2017.

AOYAMA, E. DE A. et al. Nursing assistance in the prevention of cervical cancer. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 162–170, Dez. 2018.

ARAUJO, Ana Flávia Lima; SILVA, Andréa Wanessa. **Avaliação do padrão de realização do papanicolau para rastreamento de câncer de colo uterino em uma unidade básica de saúde de Lagarto – SE.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2019.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, e00213816. 2018.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 19-29. Dez. 2008.

BARBOSA, I. R. Regional and Socioeconomic Differences in the Coverage of the Papanicolaou Test in Brazil: Data from the Brazilian Health Survey 2013. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 39, n. 9, p. 480–487. Set. 2017.

BARBOSA, I. R. et al. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 253–262. Jan. 2016a.

BARBOSA, I. R. et al. Desigualdades socioespaciais na distribuição da mortalidade por câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 12, n. 23, p. 122–132. Dez. 2016b.

BARBOSA, L. C. R. et al. Percepção de mulheres sobre os fatores associados a não realização do exame Papanicolaou. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, Aracaju, v. 5, n. 3, p. 87–96. Jul. 2017a.

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**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1156–1166. Jun. 2012.

BOTEGA, G. C. N. et al. A extensão universitária na prevenção do câncer de colo do útero em comunidades ribeirinhas no estado do Pará. **Revista Ciência em Extensão**, v. 12, n. 3, p. 22–36. Jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A mulher e o câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, RJ, 2018. Disponível em <https://www.inca.gov.br/exposicoes/mulher-e-o-cancer-do-colo-do-utero-2018>. Acesso em 28 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ, INCA: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ, INCA: 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, DF, INCA: 2013.

BRASIL. Lei nº 13.708, de 14 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF, 2010.

BRITO-SILVA, K. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 240–248. 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, E. A. DE; OLIVEIRA, R. C. Valores e práticas corporais de mulheres sobre seus corpos: confiança, dor e vergonha no exame Papanicolaou. **Nucleus**, v. 16, n. 1, p. 385–398. Abr. 2019.

CANABARRO, Carolina Travi. **Prevalência de lesões cervicais de alto risco para câncer de colo do útero em mulheres menores de 26 anos**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

CARVALHO, L. R. DA S.; JURADO, S. R. Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolaou. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 23, p. 39–46. Ago. 2018.

COSTA, R. S. L. DA; SILVA, M. DO V. R. E; SOUZA, T. N. DE. Fatores que levam a não adesão ao exame preventivo do câncer do colo uterino em uma unidade de saúde do Acre em 2014. **DêCiência em Foco**, v. 2, n. 2, p. 5–18. Dez. 2018.

DATASUS. Ministério da Saúde. Sistema de informação sobre mortalidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10am.def>. Acesso em 13 de junho de 2019.

DIAS, E. G. et al. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 135-146–146. Jan. 2015.

DUARTE, D. V. et al. Frequência e genotipagem do Papilomavírus humano em mulheres de comunidades ribeirinhas do Município de Abaetetuba, Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 3, p. 75–82. Set. 2010.

DUARTE, D. V. et al. Prevalence of Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer Screening among Riverside Women of the Brazilian Amazon. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 39, n. 7, p. 350–357. Jul. 2017.

ERWIN, E. et al. SMS behaviour change communication and eVoucher interventions to increase uptake of cervical cancer screening in the Kilimanjaro and Arusha regions of Tanzania: a randomised, double-blind, controlled trial of effectiveness. *BMJ Innov*, v.0, p. 1-7. 2019.

FALCÃO, G. B. et al. Fatores associados à realização de citologia para prevenção de câncer do colo uterino em uma comunidade urbana de baixa renda. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 165–172, Jun. 2014.

FEITOSA, Douglas. Acolhimento como estratégia de adesão ao exame preventivo de câncer do colo do útero. *In: Congresso Internacional de Enfermagem: desafios contemporâneos para sustentabilidade e equidade em saúde*, 2., 2019, Aracaju. **Anais eletrônicos**, Aracaju: Universidade Tiradentes, 2019. Acesso em 11 de agosto de 2020. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/11744/0>

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

FERNANDES, N. F. S. et al. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10. 2019.

FERRAZ, E. T. R.; JESUS, M. E. F. DE; LEITE, R. N. Q. Educational actions: role of nurse on preventing cancer. *Brazilian Journal of Development*, v. 5, n. 10, p. 21083–21093. Out. 2019.

FONSECA, A. J. et al. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 32, n. 8, p. 386–392. Ago. 2010.

FRAXE, T. J.; PINTO; PEREIRA, H. S.; WITKOSKI, A. C. **Comunidades ribeirinhas amazônicas**: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: EDUA, 2007. 223p. ISBN 9878574012636.

GALVÃO, E. F. B. et al. Frequência de amostras insatisfatórias dos exames preventivos do câncer de colo uterino na rede pública de saúde, em município do agreste pernambucano. *Revista Paraense de Medicina*, v. 29, n. 2, p. 51-56. Jun. 2015.

GAMA, A. S. M. et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 1–16. 2018.

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 270–276. Abr. 2005.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, Jan-mar, 2017.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 81–99. Set. 2018.

GURGEL, L. C. et al. Perception of women on uterine cervix prevention Papanicolau: An Integrative Review of Literature. *Revista de Psicologia*, v. 13, n. 46, p. 434–445. Jul. 2019.

IGLESIAS, G. A. et al. Conhecimento e adesão ao Papanicolau de mulheres de uma rede de Atenção Primária à Saúde. *Revista de Ciências Médicas*, v. 28, n. 1, p. 21–30. Ago. 2019.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 2017. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>. Acesso em 17 jan 2019.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/indicadores-das-acoes-de-controle-do-cancer-do-colo-do-uterio>. Acesso em 30 jun. 2020.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>. Acesso em 30 jun. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Conceitos e Magnitude**. Acesso em 09/07/2019. Disponível em www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude. Acesso em 10 ago. 2019.

JEZUS, S. V. et al. The prevalence of intraepithelial lesions in preventive examinations carried out in the “legal amazon” region. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 7, n. 1, p. 9–13. 2019.

JIA, Y. et al. Knowledge about cervical cancer and barriers of screening program among women in Wufeng County, a high-incidence region of cervical cancer in China. *PloS One*, v. 8, n. 7, p. e67005. Jul. 2013.

JUNIOR, J. B. et al. O câncer do colo do útero: um rastreio nos sistemas de informações. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências**, Ceará, v. 1, n. 1, p. 108–122. Abr. 2018.

KADRI, M. R. E. et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180613. Ago. 2019.

LEITE, Sued Medeiros. **Factors related to not accessing preventive of uterine column cancer in Parentins Amazonas**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual do Amazonas, Manaus, 2017.

LIMA, T. M. et al. Intervenções por telefone para adesão ao exame colpocitológico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2844. Jan. 2017.

LOBO, L. M. DAS G. A.; ALMEIDA, M. M.; OLIVEIRA, F. B. M. Uterine column cancer, HPV and Papanicolaou experiment: a reflection on women's knowledge. **ReonFacema**, v. 4, n. 1, p. 889–895. Mar. 2018.

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3431–3442. Set. 2019.

LUCENA, L. T. et al. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. **Rev Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 45–50. Jun. 2011.

LYIMO, F. S.; BERAN, T. N. Demographic, knowledge, attitudinal, and accessibility factors associated with uptake of cervical cancer screening among women in a rural district of Tanzania: three public policy implications. **BMC Public Health**, v. 12, p. 22. Jan. 2012.

MAIA, M. N.; SILVA, R. P. DE O. DA; SANTOS, L. P. R. DOS. A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Med Fam e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–10. Dez. 2018.

MARQUES, C. R.; PAIVA, A. C. Evaluation of the profile and accession to the colpocytological of women in fertility. **Braz. J. Technol**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 984–997. Dec. 2019.

MATARAZZO, Hellen. 2029: Ano em que o câncer será a primeira causa de morte no Brasil. *In*: Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica, 20., 2017, Rio de Janeiro, **Braz J Oncol**, Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Oncologia, 2017. Acesso em

03 de julho de 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/brazilianjournalofoncology.com.br/pdf/v13s1a02.pdf>

MELO, E. M. F. et al. Cervical cancer: knowledge, attitude and practice on the prevention examination. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 25–31. Dez. 2019.

MELO, F. C.; COSTA, R. F. R.; CORSO, J. M. Modelo conceitual aplicável a estudos sobre determinantes sociais da saúde em municípios brasileiros. **Saúde Soc**, São Paulo, v.29, n.2, e181094, 2020.

MENDES, C. R. A. Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica: Potencialidades e Limites. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol, Agrar Saúde**, v. 20, n. 2, p. 65–72. 2016.

NAVARRO, C. et al. Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 17. 2015.

NAZARÉ, G. DE C. B. et al. A importância da busca ativa do enfermeiro na atenção primária para prevenção do câncer de colo uterino. **Electronic Journal Collection Health**, n. 39, p. 1–8. 2020.

NOÉ, B. R.; TRINDADE, F. R. DA; DEXHEIMER, G. M. Análise da periodicidade e da idade na realização do exame citopatológico cervicovaginal no Rio Grande do Sul. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 104–120. Mai. 2018.

OLIVEIRA, B. S. et al. Fatores associados à não adesão ao exame citopatológico do colo uterino: uma revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 14, n. 17. Jul. 2020.

OLIVEIRA, E. X. G. DE; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386–402. Abr. 2004.

OLIVEIRA, M. M. 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**, v. 21. 2018.

OLIVEIRA, M. V.; GUIMARÃES, M. D. C.; FRANÇA, E. B. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4535–4544. Nov. 2014.

ONOFRE, M. F.; VIEIRA, R. D.; BUENO, G. H. Principais fatores que dificultam a adesão ao exame de citologia oncológica: uma revisão de literatura. **Enfermagem Revista**, v. 22, n. 2, p. 231–242. Ago. 2019.

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

PITILIN, É. DE B.; LENTSCK, M. H. Primary Health Care from the perception of women living in a rural area. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 726–732. Out. 2015.

QUEIROZ, M. S. DE; SOARES, A. P. A.; NETO, A. G. T. Comunidades rurais ribeirinhas e as águas do rio Solimões no município de Iranduba - Amazonas. *Revista Brasileira de Meio Ambiente*, v. 4, n. 1, p. 108-119. Out. 2018.

RIBEIRO, C. M. et al. Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. e00183118. Jul. 2019.

RIBEIRO, L. et al. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. e00001415. Jun. 2016.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763–1773. Set. 2013.

ROCHA, S. M. M. DA; ROCHA, C. A. M. DA; BAHIA, M. DE O. Perfil dos exames citopatológicos do colo do útero realizados na Casa da Mulher, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amazônica de Saúde*, v. 7, n. 3, p. 51–55. 2016.

RODRIGUES, D. E.; MOREIRA, K. F. A.; OLIVEIRA, T. S. Barriers to prevention of cervical cancer in the city of Porto Velho, Rondônia, Brazil. *Invest Educ Enferm*, Medellín, v. 34, n. 1. Apr. 2016.

ROSS, J. DE R.; LEAL, S. M. C.; VIEGAS, K. Screening of cervical and breast cancer. *Journal of Nursing UFPE Online*, Recife, v. 11, n. 12, p. 5312–5320. Dez. 2017.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 31, n. 3, p. 260–268. Mar. 2012.

SANTOS, A. C. S.; VARELA, C. D. DA S. Prevenção do câncer de colo uterino: motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 4, n. 2, p. 179-188. Mar. 2016.

SANTOS, Adirléia Dias; VIEIRA, Bruna. **Casos de mulheres entre 15 a 25 anos infectadas por HPV no colo uterino, atendidas e diagnosticadas no centro de referência saúde da mulher em Porto Velho - RO, no período de janeiro a**

dezembro de 2015. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ensino São Lucas, Faculdade São Lucas, Porto Velho, 2016.

SANTOS, R. C. DE A.; MIRANDA, F. A. N. DE. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFSM*, v. 6, n. 3, p. 350–359. Set. 2016.

SANTOS, R. DE S.; MELO, E. C. P.; SANTOS, K. M. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 800–810. Dez. 2012.

SILVA, M. R. B. DA; SILVA, L. G. P. DA. Knowledge, attitudes and practice in the prevention of cervix cancer among basic health unit West-RJ. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*, v. 4, n. 3, p. 2483-2492. Set. 2012.

SILVA, V. H. F. DA; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 267–285. Dez. 2012.

SILVA, G. A. E et al. Cervical cancer mortality trends in Brazil, 1981-2006. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2399–2407. Dez. 2010.

SILVA, K. S. DE B. E et al. Cervical cancer prevention in Pernambuco: improvements for whom? Inequity scenario in the state of the Northeast Region. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, Recife, v. 20, n. 2, p. 633–641. Jun. 2020.

SILVA, M. A. et al. Factors related to non-adherence to the realization of the Papanicolaou test. *Rev Rene*, v. 16, n. 4, p. 532-539. 2015.

SILVA, M. DA C. M. et al. Cervical Cancer Prevention: Empowerment of women from a community of Luanda. *Omnia*, n. 5, p. 75–91. Out. 2016.

SILVEIRA, N. S. P. et al. Knowledge, attitude and practice of the smear test and its relation with female age. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, e2699. 2016.

SOUZA, A. T. M. DE et al. Exame citopatológico de câncer de colo do útero: acesso e qualidade no atendimento. *RevFunCare Online*, p. 97–104, v. 11, n. 1. Mar. 2019.

SOUZA, M. S. et al. Perfil das mulheres que se submetem ao exame papanicolau na estratégia saúde da família. *Revista Uningá*, Maringá, v. 57, n. 1, p. 51–60. Mar. 2020.

SPECK, N. M. DE G. et al. Cervical cancer screening in young and elderly women of the Xingu Indigenous Park: evaluation of the recommended screening age group in Brazil. *Einstein*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 52–57. Mar. 2015.

STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. supl 1. Jun. 2017.

STORMO, A. R.; DE MOURA, L.; SARAIYA, M. Cervical Cancer-Related Knowledge, Attitudes, and Practices of Health Professionals Working in Brazil's Network of Primary Care Units. **The Oncologist**, v. 19, n. 4, p. 375–382. Abr. 2014.

TIENSOLE, Sabrina Daros. **Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

TIENSOLI, S. D.; FELISBINO-MENDES, M. S.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. Evaluation of non-attendance for Pap test through the Surveillance System by telephone survey. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03390. 2018.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190–S198. 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490–2502. Out. 2007.

VIANA, J. N. et al. Social determinants of health and secondary prevention of cervical cancer in the State of Amazonas, Brazil. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**, v. 52, n. 2, p. 110–120. Jul. 2019.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. DA. Factors associated to the access to health services from the point of view of professionals and users of basic reference unit. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100–112. Mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual and reproductive health. Prevention and control. Cancer of the cervix**. [texto na internet], citado em 07/2012, disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/en/index.html>. Acesso em 7 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro, Brasil, 19-21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-daConferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Debates, Policy & Practice, Case Studies. Geneva: WHO, 2010.

ANEXO 1

Recorte do caderno da mulher com as variáveis que foram avaliadas no estudo

Quando foi a última vez que a Sra. fez um exame preventivo para câncer de colo do útero? (Leia as opções de resposta)

1. Menos de 1 ano atrás
2. De 1 ano a menos de 2 anos
3. De 2 anos a menos de 3 anos
4. 3 anos ou mais atrás
5. Nunca fez

Qual o principal motivo da Sra. nunca ter feito um exame preventivo?

01. Nunca teve relações sexuais
02. Não acha necessário
03. Tem vergonha
04. Nunca foi orientada para fazer o exame
05. Não sabe quem procurar ou aonde ir
06. Tem dificuldades financeiras para pagar pelo transporte até o serviço
07. Tem dificuldades de conseguir algum meio de transporte
08. Teve dificuldades para marcar consulta
09. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande
10. O serviço de saúde é muito distante
11. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas
12. O plano de saúde não cobre o exame
13. Está marcado, mas ainda não realizou
14. Outro (Especifique: _____)

Seu último exame preventivo para câncer do colo do útero foi feito em uma unidade (posto) de saúde público?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe / não respondeu

Quando a Sra. recebeu o resultado do último exame preventivo? (Leia as opções de resposta)

1. Menos de 1 mês depois
2. Entre 1 mês e menos de 3 meses depois
3. Entre 3 meses e menos de 6 meses depois
4. 6 meses ou mais depois
5. Ainda não recebi
6. Nunca recebi
7. Nunca fui buscar

Data de nascimento ___/___/___

Idade informada (caso não saiba data de nascimento): _____

Qual o nível mais elevado de escolaridade que frequenta ou frequentou?

- (1) Nunca frequentou escola
- (2) Fundamental (incluir primário e ginásio)
- (3) Ensino médio (incluir clássico, científico e magistério)
- (4) Superior de graduação
- (5) Pós-graduação
- (99) IGN

Em média qual a renda mensal total da sua família (em salário, bens ou produtos, serviços, benefícios etc) R\$ _____

De modo geral, você considera o seu estado de saúde como:

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito Ruim

Como o(a) senhor(a) avalia o grau de dificuldade para conseguir atendimento nessa unidade de saúde? (ler as opções de resposta)

1. Muito fácil
2. Fácil
3. Nem fácil nem difícil
4. Difícil
5. Muito difícil
9. Não sabe/não respondeu

Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, qual o primeiro local que <NOME DO MORADOR> costuma procurar, na maioria das vezes? (pode não ser o serviço da comunidade)

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde fluvial (barco da SEMSA)
3. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde)
4. Equipe de saúde do DSEI
5. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
6. Serviço de Pronto Atendimento público (24 horas)
7. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
8. Hospital público/ambulatório
9. Consultório particular ou clínica privada
10. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
11. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
12. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família
13. No domicílio, com médico particular
14. Outro serviço _____
15. Nenhum

Como você se desloca para chegar até este serviço que costuma procurar?

1. A pé
2. Barco/rabeta/voadeira
3. Bicicleta
4. Outro: _____

<NOME DA MORADORA>, você sabe qual a unidade de saúde responsável por atender a sua comunidade?

1. Barco da SEMSA Manaus que atende na sua comunidade
2. Posto de saúde na comunidade
3. Posto de saúde ou barco da SEMSA na comunidade
4. Posto de saúde ou barco da SEMSA em outra comunidade rural
5. Posto de saúde na cidade
6. Não há unidade de saúde na área
7. Não sabe informar
8. Outro: _____

Quanto tempo demora para chegar de sua casa até essa unidade de saúde?

_____ minutos na cheia
 _____ minutos na seca

O(a) Sr.(a) considera a distância da sua casa até esta unidade de saúde:

1. Longe mas de fácil acesso
2. Longe e de difícil acesso
3. Perto e de fácil acesso

4. Perto e de difícil acesso
9. IGN

Como conseguiu a última consulta que fez nesta unidade?

1. O retorno foi marcado na consulta anterior
2. Por intermédio do agente comunitário de saúde
3. Por intermédio de outro profissional da unidade
4. Veio por sua conta e aguardou no dia para ser atendido
5. Outro: _____

Quanto tempo esperou, no dia da última consulta, para ser atendido(a)?
_____ minutos [88 = NSA / 99 = IGN]

No período de seca, o acesso à sua comunidade fica com acesso dificultado?

- (1) Sim, muito.
- (2) Sim, um pouco.
- (3) Não, nada.

Coordenadas de georreferenciamento do domicílio

Latitude: _____

Longitude: _____

X1. Nome da comunidade: _____

1. Nova Aliança do Pajé
2. Apuaú
3. Santa Isabel
4. Costa do Ubim
5. Nova Canaã – Lago do Ubim
6. Lindo Amanhecer
7. Mipindiaú
8. Monte Sinai
9. Igarapé Açú
10. Igarapé do Mulato
11. Maravilha
12. São Tomé (Indígena)
13. Nova Esperança (Indígena)
14. Boa Esperança (Indígena)
15. Nova Canaã (Indígena)
16. São Sebastião – Cuieiras
17. Três Unidos (Indígena)
18. Igarapé Solimãozinho
19. Costa do Pagodão
20. Pagodão
21. Igarapé Damiense
22. Igarapé do Mucura
23. Chita
24. Terra Preta (Indígena)
25. Santa Maria
26. Igarapé do Tucumã
27. Bela Vista – Jaraqui
28. Jaraquzinho
29. Costa do Arara
30. Baixote
31. Caioé
32. Costa do Tatu
33. Tupé
34. Outra: Especificar _____

ANEXO 2

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FUNDAÇÃO DE MEDICINA
TROPICAL DR. HEITOR VIEIRA
DOURADO ((FMT-HVD))



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas

Pesquisador: Maria Luiza Garnelo Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57706316.9.0000.0005

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.742.086

Apresentação do Projeto:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide parecer 1.685.778/2016.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Como pendência levantado no parecer 1.685.778/2016, verificou-se a necessidade de anexar a Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Airão.

Como resposta a esta pendência, os pesquisadores expuseram que, embora parte da população a ser pesquisada resida no município de Novo Airão, esta é atendida integralmente pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, uma singularidade observada para algumas

Endereço: Av. Pedro Teixeira, 25
Bairro: D. Pedro I **CEP:** 69.040-000
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)2127-3572 **Fax:** (92)2127-3572 **E-mail:** cep@fmt.am.gov.br

**FUNDAÇÃO DE MEDICINA
TROPICAL DR. HEITOR VIEIRA
DOURADO ((FMT-HVD))**



Continuação do Parecer: 1.742.086

comunidades ribeirinhas daquele município. A SEMSA Manaus já havia emitido carta de anuência para o projeto, conforme já relatado no parecer 1.685.778/2016. Assim, CONSIDERA-SE A PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto está APROVADO e os interessados ficam informados de apresentar a este CEP os relatórios parciais e final do estudo, conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012, utilizando o formulário de Roteiro para Relatório Parcial/Final de estudos clínicos Unicêntricos e Multicêntricos, proposto pela CONEP em nossa home page.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_708491.pdf	14/09/2016 22:43:01		Aceito
Outros	Resposta_pendencia.pdf	14/09/2016 22:41:29	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Luiza_Garnelo_Pereira.pdf	11/07/2016 11:35:45	José Wilzimar Monteiro de Luna	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_CEP.pdf	24/06/2016 15:58:01	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEgestoresprofissionais.doc	24/06/2016 15:37:52	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLComunitarios.doc	24/06/2016 15:37:43	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	23/05/2016 15:29:33	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito
Outros	Anuencia_Semsa.pdf	23/05/2016 15:28:58	FERNANDO JOSÉ HERKRATH	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Pedro Teixeira, 25
Bairro: D. Pedro I **CEP:** 69.040-000
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)2127-3572 **Fax:** (92)2127-3572 **E-mail:** cep@fmt.am.gov.br

FUNDAÇÃO DE MEDICINA
TROPICAL DR. HEITOR VIEIRA
DOURADO ((FMT-HVD))



Continuação do Parecer: 1.742.086

MANAUS, 23 de Setembro de 2016

Assinado por:
Marilaine Martins
(Coordenador)

Endereço: Av. Pedro Teixeira, 25
Bairro: D. Pedro I **CEP:** 69.040-000
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)2127-3572 **Fax:** (92)2127-3572 **E-mail:** cep@fmt.am.gov.br

ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas.

Pesquisador Responsável: Maria Luiza Garnelo Pereira.

OBJETIVO DO ESTUDO: Este projeto tem como objetivo estudar como funcionam os serviços de saúde, entendendo como as pessoas tem atendimento nas áreas rurais-ribeirinhas.

JUSTIFICATIVA: Esta pesquisa vai permitir saber quais as condições de saúde das populações rurais-ribeirinhas e vai ajudar a conhecer os serviços e pensar como eles podem servir melhor à esta população.

PROCEDIMENTOS: A pesquisa incluirá respostas a perguntas realizadas em uma entrevista ou encontros em grupo, que irão tratar de assuntos relativos ao atendimento dos serviços de saúde e relatos sobre sua experiência nesses lugares. Nessas ocasiões, a sua fala pode ser gravada, por meio de um gravador, desde que você autorize na parte final desse documento, ficando garantido o sigilo desses áudios, que somente serão usados para auxiliar o pesquisador a escrever no papel o que foi dito. Os grupos focais reunirão pessoas em pequenos grupos, em média de 10 (dez) pessoas, onde serão debatidos temas relacionados ao funcionamento dos serviços de saúde. As entrevistas, narrativas e grupos focais terão duração em média de 1(uma) hora, podendo acontecer em mais de um encontro.

CONFIDENCIALIDADE: Sua identidade nesta pesquisa ficará em sigilo, não sendo usado seu nome em nenhuma ocasião; sendo garantido que o que for respondido será utilizado somente para esse estudo.

RISCOS: Algumas informações tratam sobre suas experiências pessoais. Assim, fica garantida, a possibilidade de você escolher não responder perguntas que o façam sentir-se incomodado. Na realização de grupos focais, ainda que seja solicitado sigilo para os demais participantes, isso não pode ser garantido plenamente, havendo risco de uma das pessoas participantes do grupo revelar conteúdos sobre o que foi tratado.

BENEFÍCIOS: A pesquisa não fornecerá dinheiro ou qualquer outra coisa. A participação na pesquisa é voluntária. Entretanto, participando dela você estará ajudando a conhecer melhor os serviços de saúde e esse conhecimento pode ajudar na hora que forem pensados os serviços de saúde para essa localidade.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Serão garantidas aos participantes da pesquisa informações sobre os resultados no meio e no final da pesquisa, sendo garantido o direito de telefonar ou ir no local onde está a pesquisadora responsável, em qualquer momento do estudo. A pesquisadora principal é Maria Luiza Garnelo Pereira que pode ser encontrada no endereço: Rua Terezina, 476. Adrianópolis. Manaus - AM. CEP: 69.057-070, telefone (92) 3621-2379. Também é possível entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FMT-HVD, na Av. Pedro Teixeira, s/n – Dom Pedro, Manaus, Amazonas, telefone (92) 2127-3572, e-mail cep@fmt.am.gov.br. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na instituição pesquisadora e a outra será fornecida ao participante.

GARANTIA DE RECUSA: A pesquisa garante a liberdade do participante em recusar-se a participar da pesquisa, bem como, deixar de participar, em qualquer fase da sua realização, sem que isso implique em qualquer prejuízo.

AUSÊNCIA DE DESPESAS: A participação nesse estudo não implicará em despesas para o participante. No caso de eventuais despesas adicionais, diante de eventuais danos ocasionados pela pesquisa, a indenização será garantida, sendo absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa “Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas”.

Assinatura do Entrevistado : _____

Assinatura do Entrevistado : _____

Assinatura do Entrevistado : _____

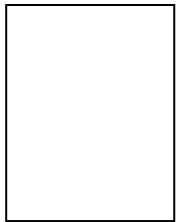
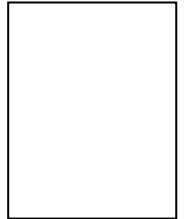
Assinatura do Entrevistado : _____

Assinatura do Entrevistado : _____

Assinatura do Entrevistado : _____

Assinatura do Entrevistado : _____

Assinatura do Pesquisador : _____



Local e Data:,/...../.....

Quanto à utilização de gravadores que registrem os áudios durante a realização de entrevistas, narrativas e grupos focais, sendo garantido que os mesmos serão utilizados somente para coleta de dados:

Sim, aceito que seja feito registro da minha voz;

Não, recuso que seja feito registro da minha voz;