



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro**

**Gabrielle Silva da Silveira**


**O rastreamento do câncer de colo de útero no contexto da  
expansão da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de  
Janeiro**

**Rio de Janeiro**

**2022**

Gabrielle Silva da Silveira

**O rastreamento do câncer de colo de útero no contexto da expansão da  
Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S587

Silveira, Gabrielle Silva da

O rastreamento do câncer de colo de útero no contexto da expansão da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro / Gabrielle Silva da Silveira – 2022.

66 f.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Neoplasias do colo do útero - Prevenção e controle - Teses. 2. Atenção Primária à Saúde - Rio de Janeiro - Teses. 3. Saúde da mulher - Teses. 4. Programas de rastreamento - Teses. 5. Estratégia Saúde da Família - Teses. I. Levcovitz, Eduardo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 616-006.6-055.2(815.3)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Gabrielle Silva da Silveira

**O rastreamento do câncer de colo de útero no contexto da expansão da  
Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 07 de Julho de 2022.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Ney  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Fausto  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho “In Memoriam” ao meu pai Reginaldo, por ter me transformado no que eu sou, por sempre exigir o meu melhor, me incentivar que só através de muito trabalho duro e honesto e do estudo que a vida poderia mudar. Por ter sido meu exemplo de força, honra e fé.

Dedico à minha mãe Elizete, por ter me apoiado em todas as vezes que pensei em desistir, pelo colo, pelo afeto, pelo amor. Somente por ela eu continuei seguindo todos os dias para poder ver nos olhos dela o orgulho de que a filha do taxista é enfermeira, gestora e agora mestre como toda sua carreira academia em instituições públicas de excelência.

Dedico este trabalho também a todos colegas que como eu estiveram no combate a pandemia do Covid-19, os sobreviventes ou não, que enfrentaram a doença, o medo de contaminarmos os nossos familiares, as angústias, ansiedades e dores de ver outros combatentes morrendo ao nosso lado.

Dedico esse trabalho a todos os cidadãos usuários do SUS em quaisquer que sejam as esferas, aqueles a qual eu devo retribuir a minha formação com serviço de qualidade, espero que este estudo contribua qualitativamente na formação de outros profissionais e conseqüentemente nos cuidados prestados a população que é majoritariamente pobre, vulnerável e carente dos nossos serviços.

Por fim, dedico este trabalho ao Sistema Único de Saúde, do qual tive toda minha formação acadêmica pela Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ) e toda minha trajetória profissional na rede pública de atenção básica de saúde no município do Rio de Janeiro que provém o meu sustento. Um SUS no qual acredito, sou usuária, profissional tentando contribuir positivamente para o SUS que tanto queremos ter.

## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos são imensuráveis e intensos. Em primeiro lugar gostaria de agradecer à **Deus e Nossa Senhora de Guadalupe**, por ter sobrevivido a pandemia do novo Corona Vírus, não ter pedido nenhum ente familiar durante a pandemia e assim ter a oportunidade de estar hoje concluindo este trabalho. Por ter me guiado, protegido e iluminado todo o meu caminho durante a vida, desde o vestibular e principalmente a superação em momentos tensos e de perdas, me encorajando a cada dia para que o sonho de me tornar uma mestra fosse possível.

Agradeço ao meu pai **Reginaldo Nunes da Silveira**, que além de ter sido uma referência de caráter, amor, força e determinação, também me proporcionou um ensino de qualidade que foi a base para que eu pudesse ingressar nesse Instituto de altíssimo nível. Desde o meu nascimento, todas as minhas vitórias eram as suas vitórias e continuará assim, pois dentro do meu coração não há morte, pois o amor que nos une nunca morrerá. “A vida é mesmo uma missão, a morte é uma ilusão, só sabe quem viveu, pois quando o espelho é bom, ninguém jamais morreu “ ( Além do Espelho, Diogo Nogueira)

Agradeço à minha mãe **Elizete Ribeiro da Silva**, que sempre foi um exemplo de dedicação, carinho e amor. Sempre me incentivou e me animou quando a força diminuía, sem ela eu não teria sido capaz de superar os obstáculos enfrentados durante a minha graduação e não chegaria até aqui. Obrigada, “vida”.

Agradeço ao meu noivo **Luiz Arthur Lino de Souza**, por todos os incentivos nos momentos difíceis, pelos elogios, pela preocupação, dedicação, paciência, cumplicidade, pelo zelo e companheirismo. Obrigada por tornar essa caminhada mais leve e possível.

Agradeço ao meu professor orientador professor **Eduardo Levcovitz**, que sempre se mostrou compreensivo sobre as complicações de ser uma mestranda que trabalha no mínimo quarenta e quatro horas semanais, por rir comigo dos problemas e dos momentos de desespero, por estar sempre solícito em me apoiar nos pedidos de prorrogação de prazos, sem isso certamente este estudo não seria possível.

Agradeço aos meus colegas de turma Ariadne, João, Laísa, Bibiana, Cassi, Camila, pelo acolhimento, suporte, incentivo e apoio mútuo.

Agradeço também as amigas Gisele Campos, Clara Antunes que acompanharam e vibraram junto comigo a minha entrada no IMS. Agradeço as minhas primas Grace Vieira e Ágatha Vieira que de alguma forma ajudaram, rezaram ou torceram por mim, seja de perto ou de longe. Obrigada as minhas tias, primos e amigos!

Por fim, porém não menos importante, agradeço a **Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social**, pelo ensino de qualidade, pelos professores altamente capacitados que contribuíram para que eu me qualificasse profissionalmente. Gratidão!

## **Espelho**

Nascido no subúrbio nos melhores dias  
Com votos da família de vida feliz  
Andar e pilotar um pássaro de aço  
Sonhava ao fim do dia ao me descer cansaço  
Com as fardas mais bonitas desse meu país  
O pai de anel no dedo e dedo na viola  
Sorria e parecia mesmo ser feliz (...)  
Num dia de tristeza me faltou o velho  
E falta lhe confesso que ainda hoje faz (...) Ê, vida voa  
Vai no tempo, vai, Ai, mas que saudade  
Mas eu sei que lá no céu o velho tem vaidade  
E orgulho de seu filho ser igual seu pai  
Pois me beijaram a boca e me tornei poeta  
Mas tão habituado com o adverso  
Eu temo se um dia me machuca o verso  
E o meu medo maior é o espelho se quebrar

*João Nogueira*

... Eu queria tanto  
Estar no escuro do meu quarto  
À meia-noite, à meia luz  
Sonhando!  
Daria tudo, por meu mundo  
E nada mais..."

*Meu mundo e nada mais – Guilherme Arantes*



## RESUMO

SILVEIRA, Gabrielle Silva da. **O rastreamento do câncer de colo de útero no contexto da expansão da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. 2022. 66f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O presente estudo busca correlacionar o rastreamento do câncer de colo do útero através do número de coletas de exames citopatológicos preventivos do câncer de colo de útero com a expansão da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro. Foi possível perceber que devido ao aumento do investimento na expansão das equipes e cobertura da atenção básica na cidade do Rio de Janeiro houve uma correlação com o aumento dos exames no período de 2008 a 2016. Em contrapartida no período de 2016 houve redução dos exames, no mesmo período que houve cortes de equipes, greves e posteriormente a pandemia. Foram sugeridos alguns fatores que podem interferir ao não alcance do indicador preconizado no município do Rio de Janeiro como a necessidade de qualificação de profissionais na coleta dos exames, qualificação dos laboratórios que fazem análise dos exames, aprimoramento nos registros dessas informações nos prontuários eletrônicos. Necessitando ainda de ampliação do acesso, completude das equipes, redução das vacâncias. Concluindo que de fato existiu uma correlação com aumento de exames durante o período de expansão da ESF no Município do Rio de Janeiro, entretanto, assim que faz se necessário uma nova pesquisa quantitativa sobre o comparativo do número de exames que de fato são coletados pelos profissionais das unidades e os números disponíveis nas plataformas de dados do Ministério da Saúde, bem como identificar possíveis motivos para a não realização desse exame por parte das usuárias.

Palavras-chave: Rastreamento. Citopatológico. Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

SILVEIRA, Gabrielle Silva da. **Cervical cancer screening in the context of the expansion of the Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro**. 2022. 66 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The present study seeks to correlate the screening of cervical cancer through the number of collections of preventive cytopathological exams of cervical cancer with the expansion of Primary Care in the Municipality of Rio de Janeiro. It was possible to notice that due to the increase in investment in the expansion of teams and coverage of primary care in the city of Rio de Janeiro, there was a correlation with the increase in exams in the period from 2008 to 2016. In contrast, in the period of 2016 there was a reduction in exams, in the same period that there were staff cuts, strikes and later the pandemic. Some factors that may interfere with the non-achievement of the recommended indicator in the city of Rio de Janeiro were suggested, such as the need for qualification of professionals in the collection of exams, qualification of laboratories that analyze the exams, improvement in the recording of this information in electronic medical records. Still needing expansion of access, completeness of teams, reduction of vacancies. Concluding that in fact there was a correlation with the increase in exams during the period of expansion of the ESF in the Municipality of Rio de Janeiro, however, so new quantitative research is necessary on the comparison of the number of exams that are actually collected by professionals of the units and the numbers available on the data platforms of the Ministry of Health, as well as identifying possible reasons for the users not performing this test.

Keywords: Tracking. Cytopathological. Primary Care. Family Health Strategy. Women's Health.

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Taxa de mortalidade por câncer de colo uterino no mundo.....   | 16 |
| Quadro 2 – Número de mulheres que faleceram por Câncer Uterino, CID C53, no Brasil, de 25 a 59 anos.....  | 18 |
| Quadro 3 – Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que relataram ter feito coleta de exame Papanicolau nos últimos três anos – Brasil e município do Rio de Janeiro..... | 20 |
| Quadro 4 – Fontes de dados.....   | 42 |
| Quadro 5 – Número de registros de coletas de preventivos pela plataforma E-Gestor.....  | 52 |
| Quadro 6 - Número de exames citopatológicos coletados por ano no Estado do Rio de Janeiro.....  | 54 |
| Quadro 7 - Financiamento da coleta dos exames preventivos na Rede Municipal do Rio de Janeiro, no âmbito da Atenção Básica.....   | 58 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1 – Distribuição proporcional do total de mortes por câncer de colo de útero segundo localização primária do tumor mulheres do Rio de Janeiro durante o período 2009-2013 e período 2015-2019..... | 18 |
| Gráfico 2 – Expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.....   | 48 |
| Gráfico 3 – Razão de cobertura de citopatológico no Município do Rio de Janeiro.....   | 51 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|         |   |
|---------|---|
| AIDS    | Síndrome da Imunodeficiência Humana                               |
| ACUS    | Células Atípicas de Significado Indeterminado                     |
| APS     | Atenção Primária à Saúde  |
| ASCUS   | Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado           |
| BENFAM  | Sociedade Brasileira de Bem-estar da Família                      |
| CAPES   | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior       |
| CCU     | Câncer de Colo do Útero   |
| CIB     | Comissão Intergestores Bipartite                                  |
| CIT     | Comissão Intergestores Tripartite                                 |
| CPAIMC  | Centro de Pesquisas e Atendimento Integrado Mulher e Criança      |
| CNS     | Conferência Nacional de Saúde                                     |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde             |
| ESF     | Estratégia de Saúde da Família                                    |
| GAL     | General   |
| INCA    | Instituto Nacional do Câncer                                      |
| HPV     | Papilomavírus Humano  |
| INAMPS  | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social    |
| MRJ     | Município do Rio de Janeiro                                       |
| MS      | Ministério da Saúde   |
| NIC     | Neoplasia Intraepitelial Cervical                                 |
| NOB     | Norma Operacional Básica  |
| NCU     | Neoplasia de Câncer de Útero                                      |
| OSS     | Organização Social de Saúde                                       |
| PAB     | Piso de Atenção Básica  |
| PNAISM  | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher           |
| PAISMC  | Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher e Criança          |
| PNAB    | Política Nacional da Atenção Básica                               |
| PNAISM  | Política Nacional Atenção Integral Saúde da Mulher                |
| PN/IST  | Política Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis         |
| PPI     | Programação Pactuada e Integrada                                  |
| SUBPAV  | Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde |
| TABNET  | Tabulador Genérico de Dados Públicos de Saúde                     |
| TEIAS   | Território Integrado de Atenção à Saúde                           |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO.....   | 14 |
| 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....   | 16 |
| 1.1 Câncer de colo de útero no mundo e no Brasil.....   | 16 |
| 1.2 Prevenção do Câncer de Colo do Útero.....   | 22 |
| 1.3 Exame de citopatológico como ferramenta de rastreamento do<br>câncer uterino.....               | 24 |
| 1.4 Citopatológico no Brasil e políticas públicas de rastreamento ao<br>CCU.....                    | 27 |
| 2 OBJETIVOS.....  | 38 |
| 2.1 Objetivo geral.....   | 38 |
| 2.2 Objetivos específicos.....  | 38 |
| 3 JUSTIFICATIVA.....  | 39 |
| 4 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....   | 41 |
| 4.1 Tipo de Estudo.....   | 41 |
| 4.2 Período do Estudo.....  | 41 |
| 4.4 Etapas do Estudo.....   | 41 |
| 4.4 Fontes de dados.....  | 42 |
| 4.5 Aspectos éticos.....  | 42 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....   | 43 |
| 5.1 Expansão da atenção básica e realização de citopatológico.....                                  | 43 |
| 5.2 Expansão da atenção básica e cobertura de citopatológico no<br>município do Rio de Janeiro..... | 47 |
| 5.3 Número de coletas de preventivo no município do Rio de Janeiro.....                             | 50 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....   | 61 |
| REFERÊNCIAS.....  | 65 |

## INTRODUÇÃO

O presente estudo constitui uma pesquisa que foi desenvolvida ao longo do curso de mestrado na área de concentração de Políticas, Planejamento e Administração de Saúde do Instituto Medicina Social Hésio Cordeiro da UERJ.

Sou graduada em Enfermagem e Obstetrícia desde 2013 pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, onde participei de projetos de extensão na área de saúde coletiva no Morro dos Cabritos, comunidade na zona sul do Município do Rio de Janeiro, durante mais de dois anos, além de outras atuações e internatos em Clínicas da Saúde da Família da Área Programática 3.1, nos bairros da Penha e Manguinhos.

A partir dessas experiências optei por seguir na área da saúde coletiva e quando me graduei passei a atuar como enfermeira de Saúde da Família em uma unidade na Área Programática 1.0, no complexo do Turano, comunidade no centro da cidade do Rio de Janeiro, que funcionava em uma casa alugada com apenas duas equipes de saúde da família e cujo número de usuários cadastrados era superior a oito mil pessoas por equipe. Permaneci durante três anos e meio nesse contexto, até que em 2016, no período de expansão da atenção básica, pude presenciar a redivisão das equipes e vivenciar uma equipe dentro dos moldes preconizados de 3.500 cadastrados por equipe. Cursei a especialização em saúde da família nesse período.

Durante essa minha atuação como enfermeira de equipe de saúde da família até o ano de 2020 pude aplicar pessoalmente os protocolos clínicos, cadernos de atenção básica e políticas implementadas pelo Ministério da Saúde. Com isso percebi a importância dessas políticas em orientar os cuidados visando sempre à melhoria da qualidade de vida e da saúde dessa população. Exerci a função de enfermeira responsável técnica, onde monitorava os indicadores de saúde do contrato de gestão entre a SMS-RJ e a OS gestora daquela unidade, dentre os quais o indicador de razão de cobertura do exame citopatológico do colo do útero.

Articulei diversas estratégias para maior captação dessas mulheres, desde mutirões para atendimentos coletivos, agendamento, acesso em demanda livre, registro de resultados realizados em unidades privadas de saúde e até mesmo a

coleta do exame em domicílio e ainda assim nunca foi possível atingir a meta de citopatológico definida pela SMS.

Em 2019 ingressei no mestrado com vontade de tentar descobrir algumas razões pelas quais a meta não era alcançada, visto que a unidade continuava fazendo a coleta desses exames diariamente. No final do ano de 2021 mudei de função e passei para a gestão de outra unidade de saúde família, dessa vez na Área Programática 3.3, no bairro de Guadalupe, subúrbio do Rio de Janeiro. Devido à pandemia da Covid-19, atividades antes preconizadas como fundamentais foram reduzidas para que os esforços de recursos humanos e fluxos fossem direcionados para o melhor tratamento possível dos usuários com queixas de síndromes gripais, reduzindo drasticamente a coleta de exames.

Devido à inquietude em alcançar a meta de Citopatologia e considerando que o câncer de colo de útero, quando detectado precocemente, pode reduzir a mortalidade dessas mulheres resolvi realizar este estudo. O plano original era fazer uma pesquisa quantitativa para entender quais as razões que supostamente levariam grande número de mulheres a não fazer o exame. Entretanto, devido à pandemia, foi necessário mudar a estratégia para uma pesquisa bibliográfica, documental e com dados secundários que buscasse entender se mesmo com número de exames abaixo da meta preconizada pela SMS-RJ, a expansão da atenção básica pelas unidades de saúde da família estaria correlacionada com o número coletas realizadas e, conseqüentemente, impactando na prevenção do câncer de colo de útero.



## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

### 1.1 Câncer de colo de útero no mundo e no Brasil

O câncer de colo do útero (CCU) é descrito como uma replicação desordenada de células do epitélio uterino, podendo comprometer demais tecidos e órgãos. Esse tipo de carcinoma pode ser epidermóide, mais prevalente e presente em cerca e 90% dos casos ou adenocarcinoma, que acomete o epitélio glandular. A principal causa desse tipo de câncer é a infecção por tipos oncogênicos do HPV (Papiloma Vírus Humano). Acomete uma média de 570 mil mulheres no mundo e provoca cerca de 311 mil óbitos ao ano, sendo a quarta causa de óbitos em mulheres. Abaixo podemos ver um quadro que descreve a taxa de mortalidade em alguns países :

Quadro 1 - Taxa de mortalidade por câncer de colo uterino no mundo (continua)

| Posição Decrescente | País                      | Taxa de mortalidade por 100.000 mulheres |
|---------------------|---------------------------|--|
| 19                  | África do Sul             | 29,3                                     |
| 20                  | Angola                    | 29,3                                     |
| 23                  | Bolívia                   | 28,4                                     |
| 29                  | Paraguai                  | 26,9                                     |
| 58                  | Peru                      | 14,4                                     |
| 62                  | Argentina                 | 14                                       |
| 70                  | Índia                     | 13,4                                     |
| 86                  | Rússia                    | 10,5                                     |
| 87                  | Panamá                    | 10,3                                     |
| 96                  | Brasil                    | 9,2                                      |
| 97                  | Colômbia                  | 9,2                                      |
| 98                  | Cuba                      | 9,2                                      |
| 100                 | Equador                   | 9,1                                      |
| 105                 | Uruguai                   | 8,8                                      |
| 112                 | México                    | 7,5                                      |
| 113                 | China                     | 7,3                                      |
| 119                 | Chile                     | 6,6                                      |
| 135                 | Japão                     | 4,6                                      |
| 136                 | Portugal                  | 4,6                                      |
| 149                 | Estados Unidos da América | 3,3                                      |
| 150                 | França                    | 3,2                                      |
| 161                 | Canadá                    | 3,1                                      |

Quadro 1 -Taxa de mortalidade por câncer de colo uterino no mundo (conclusão)

|     |               |      |
|-----|---------------|------|
| 154 | Alemanha      | 2,9  |
| 155 | Nova Zelândia | 2,9  |
| 156 | Reino Unido   | 2,8  |
| 159 | Dinamarca     | 2,5  |
| 161 | Israel        | 2,5  |
| 163 | Áustria       | 2,4  |
| 167 | Espanha       | 2,3  |
| 168 | Itália        | 2,3  |
| 171 | Noruega       | 2,2  |
| 172 | Suécia        | 2,2  |
| 173 | Austrália     | 2,1  |
| 176 | Países Baixos | 1,9  |
| 180 | Finlândia     | 1,5  |
| 19  | África do Sul | 29,3 |
| 20  | Angola        | 29,3 |
| 23  | Bolívia       | 28,4 |
| 29  | Paraguai      | 26,9 |
| 58  | Peru          | 14,4 |
| 62  | Argentina     | 14   |
| 70  | Índia         | 13,4 |
| 86  | Rússia        | 10,5 |
| 87  | Panamá        | 10,3 |
| 96  | Brasil        | 9,2  |
| 97  | Colômbia      | 9,2  |
| 98  | Cuba          | 9,2  |
| 100 | Equador       | 9,1  |
| 105 | Uruguai       | 8,8  |
| 112 | México        | 7,5  |
| 113 | China         | 7,3  |

Fonte: GloboCan –OMS (2020)

Os países que apresentam as menores taxas de mortalidade são Canadá, Estados Unidos, Japão, Austrália e países europeus, em contrapartida, os países com menores taxas de desenvolvimento apresentam 85% dos casos mundiais: a África Oriental apresentou 27,6 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2021). O quadro 2 apresenta os dados referentes à mortalidade feminina de 25 a 59 anos por câncer de colo de útero no Brasil, no período 2000-2016 (GLOBOCAN, 2021).

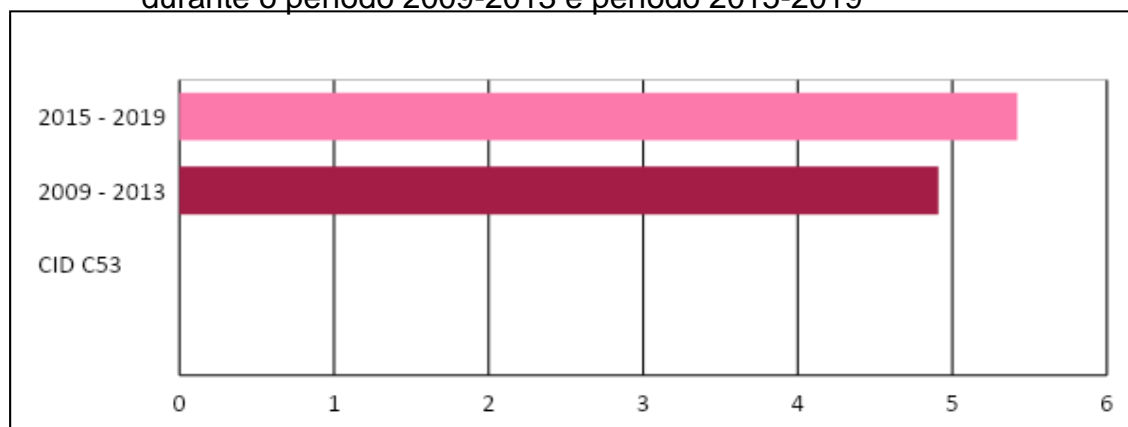
Quadro 2 - Número de mulheres que faleceram por Câncer Uterino, CID C53, no Brasil, de 25 a 59 anos

| Ano  | Brasil |
|------|--------|
| 2008 | 2.789  |
| 2009 | 2.902  |
| 2010 | 2.896  |
| 2011 | 2.948  |
| 2012 | 2.993  |
| 2013 | 3.095  |
| 2014 | 3.072  |
| 2015 | 3.259  |
| 2016 | 3.383  |

Fonte: GloboCan –OMS (2020)

No Brasil, em 2019, houve 6.596 óbitos por CCU, com uma taxa de mortalidade de 5,33/100.000 mulheres. A estimativa para 2020-2022 é de 16.590 novos casos, com risco estimado de 15,43/100.000 mulheres. A maior prevalência se manifesta na Região Norte, com 26,24/100.000 mulheres, seguida pela Região Nordeste com 16,10, Centro-oeste com 12,35, Sul com 12,60 e por último Sudeste com 8,61. Dentre esses casos, a estimativa para o município do Rio de Janeiro é de 1.640 novos casos para 100 mil mulheres dentro da faixa etária (INCA, 2021).

Gráfico 1 Distribuição proporcional do total de mortes por câncer de colo de útero segundo localização primária do tumor em mulheres do Rio de Janeiro durante o período 2009-2013 e período 2015-2019



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM (2021)

O rastreamento do CCU através do exame preventivo é uma estratégia de baixo custo e que pode reduzir o índice de mortalidade nessas mulheres visto que

no Brasil 6,8% dos casos de câncer são constituídos por neoplasias do colo do útero. A Neoplasia do Câncer de Útero (NCU) apresenta um alto índice de cura quando detectada e tratada nos primeiros estágios da doença, podendo chegar a 100% de chances de cura, entretanto continua sendo um desafio para a saúde pública em países mais pobres devido à dificuldade no acesso aos serviços de saúde (KOCK, 2020).

A alta taxa de mortalidade por câncer de colo do útero é uma das principais causas de mortes femininas em populações de países com menor desenvolvimento, sendo a terceira causa de morte entre as brasileiras. Baixas condições socioeconômicas, diversos parceiros sexuais, alimentação pouco saudável, higiene íntima inadequada, uso de métodos hormonais contraceptivos orais e presença do vírus do papiloma humano (HPV) são fatores de risco para câncer de colo do útero, além disso, apenas 30% das mulheres fazem a coleta do exame citopatológico do colo de útero pelo menos três vezes na vida (KOCK,2020; SANTOS, 2011).

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o VIGITEL, que é um sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas o câncer, visando monitorar a frequência e a distribuição destes por inquérito telefônico. Uma empresa contratada faz as ligações para a população acima de 18 anos que tenha linha de telefone fixo, em dias diferentes e horários distintos, de segunda a domingo, todos os meses do ano, com amostra mínima de 2.000 pessoas por cidade. Os fatores de risco analisados são tabagismo, alimentação não saudável, sedentarismo e abuso de álcool.

O VIGITEL questiona às mulheres se elas realizaram a coleta do exame citopatológico de colo de útero nos últimos três anos e utiliza a informação da realização dos exames de rastreamento de câncer de colo de útero e mamas para quantificação desses dados por município. Os resultados do VIGITEL serviram de base para a elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011).

Quadro 3 - Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que relataram ter feito coleta de exame Papanicolau nos últimos três anos – Brasil e município do Rio de Janeiro

| Ano  | Brasil | Município do Rio de Janeiro |
|------|--------|-----------------------------|
| 2008 | 78,4%  | 76%                         |
| 2009 | 81,2%  | 77,8%                       |
| 2010 | 81,3%  | 78,4%                       |
| 2011 | 80,5%  | 77,8%                       |
| 2012 | 82,3%  | 78,5%                       |
| 2013 | 82,9%  | 84,3%                       |
| 2014 | 81,4%  | 80%                         |
| 2015 | 81,0%  | 76,8%                       |
| 2016 | 82%    | 82,4%                       |
| 2017 | 82,8%  | 84%                         |
| 2018 | 81,7%  | 82,9%                       |
| 2019 | 81,5%  | 83,7%                       |

Fonte: Vigitel (2008 – 2019)

Considerando o câncer como uma doença crônica não transmissível, em 2011 foi criado o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, elaborado pelo Ministério da Saúde, com base em pesquisas de diversas instituições de ensino e pesquisa da área a saúde. Durante cinco meses de discussões foram coletadas sugestões para enfrentamento das DCNT's no país, visando construir um plano de compromisso em todos os níveis de gestão e complexidade do SUS para combater e reduzir os índices das principais doenças crônicas não transmissíveis. Cita ainda que os principais fatores determinantes sociais para as DCNT podem ser baixa escolaridade, diferença no acesso de bens e serviços, tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada. Para esses determinantes, visando atenuar esses determinantes foram propostas políticas públicas como o Programa Academia da Saúde (2011), Política Nacional de Promoção a Saúde (2011), Guia Alimentar para a População Brasileira (2011), Programa Farmácia Popular (2011), e Política de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (2011) (BRASIL,2011).

Destaca-se ainda no plano que é fundamental a ampliação da atenção básica cujas equipes atuam com território definido e população cadastrada adscrita, com ações de vigilância em saúde, promoção, prevenção de agravos e tratamento das principais doenças crônicas, além da dispensação de medicamentos. As principais

doenças crônicas não transmissíveis foram divididas em quatro grupos: circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes. Define as diretrizes em: vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral. (BRASIL, 2011) As doenças crônicas constituíam, em 2011, 72% das causas de morte no Brasil, principalmente em habitantes pertencentes às camadas de menor renda. No ano de 2007 foram 540 óbitos por 100 mil habitantes e, embora seja uma taxa alta, representa uma redução de 20% em comparação a década de 90. Atribuiu-se essa redução, em parte, a expansão da Atenção Básica nos municípios brasileiros (SHMIDT, 2011).

Em 2011 foram publicados os cadernos de atenção básica e guias para controle e tratamento das linhas de cuidados hipertensão, diabetes, pré-natal, acolhimento, tabagismo, hanseníase, tuberculose, saúde da mulher e câncer, entre outros. Essas publicações servem como documentos norteadores para a implantação de fluxos de atendimento, prevenção, acolhimento, tratamento e promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Os sistemas informatizados SISCOLO e SISMAMA foram implementados com o objetivo de serem instrumentos para a consolidação de ações realizadas nas unidades de saúde, com seus dados provenientes de serviços (BRASIL, 2011). Essas ferramentas permitem o monitoramento, planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde. O SISCOLO (Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do Útero) foi implantado em 1988 e o SISMAMA (Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama) em 2008, contando com a parceria do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), passando a ser os sistemas oficiais do Ministério da Saúde utilizados para leitura de dados sobre os procedimentos de Citopatologia, Histopatologia e controle de qualidade do exame Papanicolau (SISCOLO) e os dados informatizados sobre os procedimentos referentes ao rastreamento e diagnóstico do câncer de mama (SISMAMA) (BRASIL, 2011).

Ambos requerem que as guias de solicitação de exames contenham os dados pessoais e de identificação, data da coleta do exame, adequabilidade da amostra e resultado do preventivo padronizado pelo Ministério da Saúde. Os instrutivos do SISCOLO e SISMAMA preveem ainda que haja um formulário de Histopatologia do colo do útero com dados de anamnese e indicação clínica. Dispõe que os laudos

sejam padronizados com diagnóstico descritivo: "dentro os limites da normalidade no material examinado", "alterações celulares benignas reativas ou reparativas", "microbiologia", "células atípicas de significado indeterminado", "atipias em células escamosas" (BRASIL, 2011).

## **1.2 Prevenção do Câncer de Colo do Útero**

O exame citopatológico de colo do útero, Papanicolau ou preventivo, é um método executado por profissionais médicos e enfermeiros em consultórios, em unidades de atenção básica, durante consultas de saúde da mulher, ou em unidades hospitalares. Permite a detecção de células neoplásicas ou que sugerem pré-invasão através da análise do material posto na lâmina contendo células cervicais esfoliadas (JORGE, 2011). O câncer de colo de útero é uma patologia com alta incidência, um problema de saúde pública mundial, principalmente em países em desenvolvimento, visto a forma como compromete a qualidade de vida dessas mulheres e a sua taxa de mortalidade, tornando evidente a necessidade da prevenção (SOARES, 2010).

Apesar da alta prevalência, o CCU apresenta um potencial vasto de prevenção e cura quando o diagnóstico é realizado precocemente através de consultas regulares e coleta do exame preventivo Papanicolau, uso de preservativos e educação em saúde direcionadas à população e, embora a incidência do CCU seja um problema de saúde pública, é um tipo de neoplasia com alto potencial evitável e curável se o diagnóstico for realizado de forma oportuna, apresenta elevada mortalidade se o diagnóstico ocorrer em estágios avançados, sendo primordial que as estratégias de rastreamento na atenção básica à saúde da mulher sejam otimizadas (GROCHOT, 2018).

Esse tipo de câncer pode ter sua incidência em mulheres a partir dos 25 anos e seu risco segue aumentando até os 50 a 60 anos, quando atinge o pico da curva (BRASIL, 2014). Embora o CCU seja um tipo de neoplasia com alto potencial evitável e curável se o diagnóstico for realizado de forma oportuna, apresenta elevada mortalidade se o diagnóstico ocorrer em estágios avançados, sendo

primordial que as estratégias de rastreamento na atenção básica à saúde da mulher sejam otimizadas (GROCHOT, 2018).

O método mais utilizado no Brasil para o rastreamento do câncer de colo de útero e suas lesões precursoras é o exame **Papanicolau**, que detecta células negativas ou positivas para neoplasias intraepiteliais ou malignidade na ectocérvice e endocérvice. O Ministério da Saúde preconiza o rastreamento em mulheres de 25 a 59 anos, se a mulher fizer por dois anos consecutivos e não houver alterações é orientada a ficar três anos sem realizar o exame. A população alvo feminina na faixa etária indicada é cerca de 50 milhões de mulheres, o Sistema Único de Saúde realiza por volta de 10 milhões de exames anualmente, entretanto essa coleta é oportunista podendo permitir que mulheres fora das recomendações colem o exame, tornando a cobertura baixa (FEBRASGO, 2016).

O vírus do HPV, Papilomavírus Humano, é comprovadamente um dos fatores associados à existência de lesões no colo do útero. Embora seja uma patologia com diagnóstico e rastreio fáceis, ainda é uma das causas de infecção uterinas, com maior prevalência em países mais vulneráveis socioeconomicamente. Essa infecção é detectada em milhares de mulheres brasileiras todos os anos, cerca de 15 mil mulheres por ano são diagnosticadas com CCU e o HPV está relacionado a 99,7% dos casos. A principal estratégia de prevenção primária é a imunização contra os quatro tipos de HPV mais prevalentes : 6, 11, 16 e 18, que juntos são responsáveis por cerca de 70 % dos casos de câncer de colo de útero e 90% de incidência das verrugas genitais (FEBRASGO, 2016).

A infecção sexualmente transmissível por HPV é uma das mais prevalentes no mundo. Em 2015, 291 milhões de mulheres tinham o vírus. A vacinação do HPV começou em 2006 nos Estados Unidos, e em 2019 já havia sido ampliada para mais de 40 países, sendo a vacina mais utilizada a quadrivalente com público-alvo de mulheres de 9 a 45 anos e homens de 9 a 25 anos, levando proteção contra os 4 tipos de HPV citados (MOURA, 2021).

Uma das estratégias para a prevenção do Câncer de Colo do Útero no Brasil foi a implementação pelo Ministério da Saúde da vacina tetravalente contra o HPV. Inicialmente, em 2014, a vacina foi implementada para meninas, e no ano de 2017 a campanha ampliou o público-alvo também para os meninos. A aplicação desse imunizante deve ser feita em duas doses com intervalo de seis meses entre elas.



Mulheres com HIV ou doenças imunossupressoras podem se imunizar até os 45 anos de idade. (INCA, 2021) A imunização contra o HPV é uma estratégia de prevenção bem como o papanicolau que é o principal exame de rastreamento (MOURA,2021).

O Ministério de Saúde através do PNI, inseriu em 2014 a vacina do HPV no calendário nacional de vacinação com a meta de 80% do público-alvo imunizado. Essa introdução justificou-se pelas estimativas mundiais que apontam cerca de 530 mil novos casos e 275 mil novas mortes de mulheres por câncer de colo de útero ao ano, visto que no Brasil o CCU constitui a segunda causa de mortalidade por câncer em mulheres. Levando em consideração que o HPV é um agente precursor desse tipo de câncer, a vacinação torna-se uma medida preventiva com potencial de redução sobre as doenças cervicais e lesões precursoras, sua eficácia e maior evidência de proteção são para indivíduos que nunca tiveram contato com o vírus (MORO, 2017). Ressalta-se que a imunização é uma ferramenta de prevenção primária e não substitui o rastreamento através do exame preventivo, visto que a vacina protege apenas contra quatro tipos de vírus do HPV e não todos, assim como não protege contra as demais infecções sexualmente transmissíveis, não substituindo o uso do preservativo (BRASIL, 2014).

### **1.3 Exame de citopatológico como ferramenta de rastreamento do câncer uterino**

Desde 1920 o câncer uterino já era uma preocupação no ambiente científico. Pesquisas realizadas na Europa e nos Estados Unidos começariam a avaliar caminhos para um possível controle desse câncer. Em 1924 o alemão Hans Hinselmann percebeu que necessitaria de uma lupa binocular para avaliação do colo uterino, porém esse instrumento não existia, então entrou em contato com fábricas de microscópio explicando a forma que o instrumento teria que ter, que ampliasse o colo do útero em dez vezes e o chamou de **colposcópio**, instrumento utilizado como facilitador da visualização das lesões e patologias ginecológicas e da cérvix.

Em 1928, Walter Schiller, patologista austríaco, desenvolveu a coloração do colo do útero com iodo diluído a olho nu e percebeu que as células alteradas não absorviam a coloração, indicando que fossem realizadas biópsias dessas áreas não coradas, o que facilitaria o diagnóstico, inclusive permitindo que algumas lesões pudessem ser cauterizadas. Após dez anos, Hinselmann adicionaria o ácido acético à técnica da colposcopia, sendo a primeira etapa do exame com a aplicação do ácido com concentração de 3 ou 5% na cérvix. Hinselmann passou então a utilizar a combinação desses métodos que depois foram utilizados por médicos e patologistas da Alemanha, Áustria e Suíça, sem disseminação para os demais países (FREIRE, 2019; TEIXEIRA, 2015; NAUD, 2006).

Na década de 1940, mesmo após a combinação das duas técnicas, houve uma estagnação da colposcopia visto que o período era de pós-guerra quando existia um isolamento da comunidade científica alemã em relação aos demais países, observando-se uma tendência de aceitação apenas de técnicas norte-americanas. A língua alemã seria outro fator dificultador assim como o registro das imagens que eram em aquarelas e o peso do material utilizado. Havia também a competição de um novo método que prometera ser mais simples, barato e de fácil execução: o Papanicolau (TEIXEIRA, 2015; NAUD, 2006).

O Papanicolau foi desenvolvido a partir de 1930, através das pesquisas do médico grego George Papanicolau que percebeu que o esfregaço coletado do colo do útero durante o exame detectaria lesões que poderiam ser neoplásicas. Estudo explicando a técnica de diagnóstico citológico foi publicado em 1941, na revista americana de ginecologia, e a técnica acabaria levando o seu nome. Os Estados Unidos da América, que era o país dominante no pós-guerra, assumiram o Papanicolau como o método prioritário para rastreamento do câncer de colo de útero (TEIXEIRA, 2015).

George Papanicolau tinha Kimmi, Grécia como sua cidade natal. Graduou-se primeiramente em música e ciências pela Universidade de Kimmi e, em 1904, na escola de medicina. Trabalhou como cirurgião assistente nas forças armadas, porém quando voltou à Kimmi trabalhou com a população local e em 1910 ingressou na Universidade de Munique para cursar o doutorado em zoologia. Foi em Munique que se casou com Andromache Mavroyeni, porém quando se iniciou a primeira Guerra dos Balcãs em 1912 o casal retornou à Grécia. Após esse período, o casal resolveu

emigrar para Nova York e, devido a sua condição financeira, trabalharam no setor comercial. Somente em 1914 Papanicolau ingressaria na Universidade de Nova York, no Departamento de Patologia da Universidade e Mavroyeni seria sua técnica em patologia e figura importante nesse processo, visto que Papanicolau faria nela os testes diariamente (VILO, 1998).

Em 1916 Papanicolau iniciou os estudos em porquinhos-da-índia nos quais foi detectada a diferença nas fases do ciclo reprodutivo através das secreções vaginais. Em 1920 foi possível distinguir as células malignas das normais em lâminas microscópicas com amostras captadas em *swaps*. Em 1928 houve a publicação dessa descoberta, entretanto somente em 1943, colaborando no livro *Diagnosis of Uterine Cancer by Vaginal Smear*, que sua descoberta foi amplamente divulgada e a partir disso, o Papanicolau tornou-se o exame padrão ouro para a detecção dos casos de morte por câncer de colo de útero (VILOS, 1998).

Papanicolau publicou em 1954 o livro *Atlas of Exfoliative Cytology*, recebeu muitos prêmios e foi nomeado membro honorário da Sociedade Obstétrica e Ginecológica de Atenas e da Academia de Ciências de Nova York, inclusive sua face foi estampada na moeda grega de 10.000 dracmas. Em 1962 mudou-se para Miami, entretanto, faleceu três meses após sua chegada em decorrência de um infarto agudo do miocárdio, aos 78 anos de idade. Em sua homenagem o instituto foi renomeado para *Papanicolau Cancer Research Institute* (VILOS, 1998).

Além de Papanicolau, o médico romeno Aurel Babes apresentou, em 1927, à Sociedade Romena de Ginecologia em Bucareste, critérios de células anormais sugestivas de malignidades, pleomorfismo nuclear e fatores patognomônicos do câncer. Apesar de Babes o ter publicado antes, o exame ficou conhecido como "Papanicolau", isso se deve a publicação de Babes ter sido escrita em sua língua natal e em francês, e não em inglês, dificultando assim sua disseminação (TASCA,2002).

O exame Papanicolau foi um marcador extremamente importante na história ginecológica e é usado até os dias de hoje, contudo, enfrentou barreiras culturais nas quais os maridos não permitiam que as mulheres fizessem o exame devido à exposição do genital feminino a um médico. Outra barreira foi à igreja católica que acreditava que o exame era uma forma de ofender e profanar o corpo feminino. Mesmo com esses enfrentamentos, George Papanicolau percebeu uma queda de

10% de mortalidade nas mulheres que faziam o exame. Em 1941, aconteceu a classificação dessas células e lesões em classes: Classe I - citologia atípica ou anormal ausentes; Classe II - citologia atípica sem malignidade; Classe III - sugestiva de malignidade; Classe IV - citologia fortemente sugestiva de malignidade; Classe V - citologia conclusiva de malignidade. Essa classificação foi determinante para decidir quais pacientes necessitariam de histerectomia (parcial ou total).

Em 1968 houve uma atualização da nomenclatura denominada de **NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) grau I, II ou III**. As lesões em um terço do epitélio eram grau I; lesões em dois terços eram grau II; lesões em três terços eram grau III (carcinoma in situ) (QUEIROZ,2010).

Devido aos novos achados relacionados ao vírus HPV, em 1988 foi criada uma terminologia conhecida como Sistema de Bethesda/TBS pelo Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos: **ASCUS - Atipias de Células Escamosas de Significado Indeterminado e AGUS - Atipias Glandulares de Significado Indeterminado**.

Em 1991 houve uma revisão dessas terminologias visando especificar as lesões onde fosse identificado o HPV: lesão Intraepitelial correspondente a NIC I (LSIL); associações ao HPV seriam HSIL correspondentes a NIC II e NICIII. Essa terminologia foi fundamental para reforçar a discussão sobre a necessidade do uso de preservativo em todas as relações sexuais (QUEIROZ, 2010).

Em 2001 a categoria ASCUS foi dividida em atipias de células escamosas de significado não neoplásico (ASC-US) ou atipias em células escamosas de significado indeterminado em que não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H) sendo a denominação AGUS eliminada (QUEIROZ, 2010).O Brasil adotou uma terminologia própria em 2006 inserindo "possivelmente não neoplásica" e "não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau", essas terminologias foram lançadas na Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas (QUEIROZ, 2010).

#### **1.4 Citopatológico no Brasil e políticas públicas de rastreamento ao CCU**

Embora o exame tenha sido descoberto na década de vinte, somente na década de 1950a prática de realização do exame foi iniciada no Brasil, também enfrentando as barreiras culturais e sociais, porém com certa aderência das mulheres ao exame (QUEIROZ, 2010). Em 1965 foi criada a BENFAM (Sociedade Brasileira do Bem-Estar da Família) e a CPAIMC (Centro de Pesquisas e Atendimento Integrado da Mulher e Criança), ambas privadas conveniadas a algumas prefeituras nordestinas. Esses serviços ofereciam métodos contraceptivos para as mulheres, porém não havia um acompanhamento clínico após a utilização desses métodos (COSTA, 2016).

No Brasil, somente a partir de 1950 existem registros sobre o início de coleta de citopatológico, já o primeiro instituto voltado para a prevenção do controle do câncer de útero foi estabelecido em 1956, com a criação do Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro. Em 1970 foi criada a Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia e IBCC - Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (INCA, 2016). A Universidade Estadual de Campinas iniciou em 1986 o programa para controle do câncer uterino.

Na década de setenta, associado aos Planos Nacionais de Desenvolvimento, houve a criação do Programa de Saúde Materno- Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais do Ministério da Saúde, com financiamento federal destinado às secretarias estaduais. O Programa de Saúde Materno-Infantil estava restrito à saúde da mulher no que tange a reprodução e puerpério, principalmente à proteção do produto da gestação, inclusive atividades referentes ao planejamento familiar orientadoras sobre o espaçamento ideal entre uma gestação e outra. Apenas em 1978 o planejamento familiar passou a orientar sobre medidas contraceptivas, apenas aos grupos de risco, através do "Manual de Normas de Identificação e Controle do Risco Obstétrico e de Infertilidade" (COSTA, 2016).

A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1983) traduz um marcador histórico e político resultante de reivindicações e protestos dos movimentos pelos direitos femininos (AQUINO, 1986). Esses movimentos feministas e sociais emergiram fortemente clamando por assistência integral à saúde da mulher, não somente no período reprodutivo, mas sim em todas as fases da vida com uma posição contra o controle do corpo feminino e o poder do homem sobre a saúde da mulher. Para isso, era essencial o acesso aos métodos contraceptivos,

sexualidade livre e liberdade em poder escolher ter filhos ou não. Foi nesse processo de conquistas e reivindicações sobre a necessidade de aplicação do conceito de atenção integral à saúde da mulher, que ganhou espaço o tema de coleta do exame citopatológico, visto que o exame foi incorporado à política nacional de saúde para esse grupo, estando presente nos demais planos desde então (MANDU, 1999; COSTA, 2016).

Em 1984 aconteceu o I Encontro Nacional de Saúde da Mulher em Itapeçerica da Serra - SP, resultando no documento "Carta de Itapeçerica" que denunciou a intenção do Governo Federal de estabelecer um planejamento familiar de cunho *controlista*, refutando que a pobreza não seria resultado de uma explosão demográfica, mas sim de um modelo concentrador de renda. Reivindicava, ainda, que o programa de saúde da mulher contemplasse todos os ciclos biológicos, doenças venéreas, prevenção ao câncer, entre outros componentes.

O presidente da época, Gal. João Batista Figueiredo, solicitou a instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito para averiguar problemas decorrentes ao aumento populacional. O Ministro Waldir Arcoverde, em proposta para responder a solicitação do presidente, determinou a criação de um programa de atendimento à mulher: PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), e neste programa deveriam estar incluídas estratégias de implementação do planejamento familiar propriamente dito (COSTA, 2016).

Na década de 80, no contexto conceitual do PAISM, a mulher passou a ser vista como sujeito ativo no cuidado da sua própria saúde, em todas as etapas da vida. O conceito ampliado de saúde foi resultante dos movimentos de mulheres. Em 1986 e 1989 aconteceram as Conferências Nacionais de Saúde e Direitos da Mulher com temáticas diversas como: aborto, envelhecimento, trabalho, sexualidade, saúde mental, adolescência, cidadania (GIFFIN, 1991).

O PAISM surgiu como proposta para atenção integral, abordando temas como planejamento familiar, decodificação do enfoque de gênero, métodos contraceptivos e prevenção do câncer de colo uterino, visando atendimento amplo das necessidades femininas, o que até aquele momento não existia visto que o atendimento para mulheres era pautado na especificidade biológica e função materna. Existiam duas áreas técnicas dentro do Ministério da Saúde: saúde da criança e do adolescente e saúde da mulher (RATTNER, 2014).

A Resolução INAMPS No 123, de maio de 1986, incorpora o PAISM na sua política de atendimento e amplia as formulações do Ministério da Saúde entendendo a necessidade de um atendimento ampliado à saúde da mulher de acordo com suas especificidades em cada etapa do ciclo de vida, respeitando a mulher em suas características sociais, culturais e psicológicas, afirmando os atendimentos em todos os âmbitos institucionais, seja nos serviços próprios ou contratados/conveniados (MANDU, 1999).

Mesmo com a criação do PAISM, existem poucas informações sobre o número de exames citopatológicos realizados pelos serviços do INAMPS ainda que esse fosse o maior prestador de cuidados médico-assistenciais no país. Estima-se que na década de 80 apenas 7% das unidades da rede básica realizavam a coleta do Papanicolau em mulheres adultas, com uma cobertura inferior a 2% (AQUINO, 1986).

Sobre a prevenção do câncer de colo uterino, o exame citopatológico é considerado uma estratégia de baixo custo, adequada e prática para fazer o rastreio deste tipo de câncer, porém apenas em 1988 o Ministério da Saúde do Brasil adotou o exame como norma para controlar o crescimento desse câncer (VASCONCELOS, 2017). Em 1988, a Constituição Federal potencializou a valorização da mulher e as políticas públicas para esse grupo, políticas que visavam responder holisticamente às demandas e garantir o acesso ao direito de saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos.

O PNAISM descreve a promoção obstétrica e neonatal humanizada e qualificada a fim de reduzir a mortalidade materno-infantil, inclui a assistência ao abortamento legal e em condições inseguras, estabelece como estratégia a Rede Cegonha e, em conjunto com o PN-IST/AIDS/MS, visa a prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, o PNAISM implementou a saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher idosa, Programa Mulher Viver sem Violência e redução da morbimortalidade por câncer de mama e colo de útero (GONÇALVES, 2019).

É sabido que diversos fatores como alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade e tabagismo interferem/potencializam uma possível manifestação do câncer, porém a promoção de saúde sobre esses temas estimula mudanças de estilo de vida e a realização do exame de citopatológico de rastreamento no tempo

correto, oportunizando assim o diagnóstico precoce do câncer, podendo resultar em uma redução da morbimortalidade dessas mulheres. Nesse contexto, é nítido que as políticas de saúde da mulher foram um avanço para o acompanhamento de saúde desse grupo, entretanto, a extensão do território brasileiro associada a poucos recursos, fatores sociais, distância entre os serviços e a população, tornavam o acesso aos exames de rastreamento do câncer de colo de útero e de mama desigual entre as mulheres (GONÇALVES,2019).

Em acordo com as bases da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher em 1986, organizada pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher com apoio do MS e Ministério da Previdência e Assistência Social, elaborou e municiou as diretrizes norteadoras das políticas de saúde da mulher. Nesse evento, 900 participantes reivindicaram a criação de um Sistema Universal de Saúde e uma Política de Atenção Integral às Mulheres, liberdade sexual e descriminalização do aborto. Em consequência a esse evento, as mulheres sintetizaram um documento em 1987 intitulado "Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes" no qual a saúde era descrita como um direito de todos e dever do Estado e de que a mulher teria direito a sua saúde independente ao seu papel de mãe. As conquistas políticas nesse período não foram somente no âmbito da saúde, foi criado em 1985 o Conselho Nacional de Direitos da Mulher e Delegacias de Defesa da Mulher (COSTA, 2007).

Em 1988, houve a adoção de políticas públicas sociais voltadas para a universalidade na Constituição Federal, onde o campo da saúde teve um avanço equiparando-se juridicamente com outros setores. Além disso, em 1990, houve a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação da comunidade (PINHEIRO, 2016; BRASIL, 1990). Os princípios e diretrizes do SUS são norteadores para a organização dos serviços de saúde incluindo atenção primária, secundária e terciária, cada uma com seu nível de complexidade e tecnologias disponíveis para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SOUZA, 2013).

A 9ª CNS, em 1992, enfatizou a urgência da implementação do Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente em todos os serviços públicos de saúde brasileiros, respeitando as especificidades femininas.



Corroborando, a 10ª CNS, em 1996, designou que o PAISM fosse instituído de forma instantânea. Em 1996 houve a aprovação da lei No9.263 sobre a regulamentação do Planejamento Familiar, responsabilizando o SUS pela distribuição de métodos contraceptivos, ações educativas sobre sexualidade e reprodução e acesso igualitário a essas informações (COSTA, 2007).

Em 1997, o Programa Nacional de Rastreamento do Câncer Cervical passou a ser chamado de Programa Viva Mulher, atendendo de forma prioritária mulheres de 35 a 49 anos. Um ano após, em 1998, o Ministério da Saúde expediu a Portaria GM/MS n.3040 instituindo o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero (GUIMARÃES, 2016).

A 11ªCNS, em 2000,denunciou o aumento da mortalidade materna, ausência de apoio às mulheres com sofrimento por violência doméstica e sexual e aumento da morbimortalidade por câncer ginecológico. Em contrapartida aos limitados avanços na implementação das ações de Atenção Integral à Saúde da Mulher, houve ampliação da cobertura em virtude da universalização do acesso e crescente oferta de serviços de saúde na Atenção Básica municipal (COSTA, 2007).

Em 2005, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 2.439,estabeleceu a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica que contém as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos em todas as instituições de saúde do país. Determina ainda, como componentes fundamentais: atenção básica, de média e alta complexidades; centros de referência de alta complexidade em oncologia; controle do tabagismo e outros fatores de risco do câncer do colo de útero e mama; regulamentação da saúde suplementar e complementar; regulação, fiscalização, controle e avaliação do câncer; sistema de informação, diretrizes nacionais para a atenção oncológica; avaliações tecnológicas; educação permanente e capacitação profissional; pesquisas sobre o câncer (BRASIL, 2005).

Define que a rede de alta complexidade oncológica deverá ser composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. As Unidades de Assistência e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia são hospitais que possuem condições técnicas, profissionais, instalações físicas e equipamentos necessárias

para o atendimento aos usuários de forma especializada para o diagnóstico e tratamento dos tipos de cânceres mais prevalentes no país. Os serviços oferecidos devem ser cirurgia oncológica, ambulatório de oncologia, hematologia, radioterapia e oncologia pediátrica (BRASIL, 2005).

Os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) devem exercer papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica e para isso devem atender os atributos de ser um Hospital de Ensino com certificação pelo Ministério da Saúde e Ministério de Educação, obedecendo a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, publicada em 15 de abril de 2004. Além disso, é necessário que se cumpra os parâmetros territoriais de atuação : 1 centro de referência a cada 12.000 novos casos e se for um quantitativo maior que 96.000 novos casos anuais, devem-se ter 5 centros de referência. Os serviços ofertados por cada um deles devem ser também cirurgia oncológica, ambulatório de oncologia, hematologia e radioterapia (BRASIL, 2005). Dispõe sobre a estrutura física dos centros e unidades, que devem ter ambulatório; pronto-atendimento; serviços de diagnóstico; enfermarias; centro-cirúrgico; unidade de terapia intensiva; hemoterapia; farmácia hospitalar; apoio multidisciplinar; transplantes; cuidados paliativos; serviço de cirurgia oncológica; serviço de oncologia clínica; serviço de radioterapia; serviço de hematologia; serviço de oncologia pediátrica (BRASIL, 2005).

A Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011 instituiu quatro compromissos prioritários, dentre eles a instituição de ações para prevenção, qualificação e tratamento dos cânceres de útero e mama. Em 2011 também foi implementado o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo de Útero e Mama visando reduzir a mortalidade e a incidência dessas neoplasias entre as mulheres brasileiras (BRASIL, 2013).

Em 2011 a PNAO foi atualizada pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011 -2022, entre as doenças a serem prevenidas e reduzidas estava o câncer. Tinha como objetivos implementar políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para prevenção e controle de DCNT e seus fatores de risco. As metas eram aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, e a coleta de exame

citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos, universalizando o acesso dessas mulheres à prevenção, diagnóstico e tratamento da totalidade das mulheres com diagnóstico confirmado de lesões de câncer (BRASIL, 2013).

Sobre o câncer de colo de útero e mama, o PDCNT ainda sugere o fortalecimento de ações de prevenção, através da qualificação do diagnóstico precoce, bem como o tratamento dos cânceres de colo do útero e da mama. Prioriza a garantia de acesso ao exame preventivo, mamografia de rastreamento de qualidade para todas as mulheres que estejam dentro da faixa etária e periodicidade preconizadas, não havendo discriminação de raça/cor e nível social, visando redução das desigualdades. Para além do acesso aos exames, é necessário que essas mulheres tenham avaliação diagnóstica de qualidade para identificação das lesões com estado anormal e que haja acesso ao tratamento adequado tanto para as lesões com algum grau de malignidade quanto para as lesões benignas (BRASIL, 2011).

O diagnóstico breve pode ser obtido logo no surgimento dos primeiros sintomas quando estimulado por políticas públicas de prevenção e promoção da saúde, resultando em uma melhora da sobrevida para os cânceres de mama e útero. (STJERNSWARD et al. 2007). É necessário que haja disponibilização de exames para diagnóstico rápido e tratamento, assim como a capacitação das equipes que atuam na atenção básica visando fornecer os cuidados necessários em todas as etapas do tratamento, em última instância os paliativos (SCMIDT e al, 2011).

O plano nacional de doenças crônicas não transmissíveis cita como estratégias para enfrentamento do câncer de colo de útero:

- Fortalecimento das ações de prevenção, com a qualificação do diagnóstico e tratamento do CCU;
- Acesso ao exame preventivo de acordo com a faixa etária e periodicidade preconizadas de forma igualitária, independente de classe social, raça/cor; tratamento adequado para aquelas mulheres nas quais foram identificadas lesões precursoras no exame citopatológico do colo do útero;
- Define a meta de que 100 % das mulheres identificadas com lesões precursoras sejam referenciadas pela atenção básica, com garantia de acesso nas unidades terciárias e que haja tratamento qualificado;

- Gestão de qualidade da avaliação da citologia dessas amostras coletadas e enviadas aos laboratórios; educação permanente para qualificação das coletas dos exames preventivos, bem como sensibilização dos profissionais atuantes em unidades de atenção básica e secundária sobre o rastreamento do câncer de colo de útero através da coleta do exame preventivo papanicolau;
- Promoção em educação em saúde de forma que haja divulgação ampliada das informações através de campanhas públicas e midiáticas a respeito das medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero; garantia ao tratamento oncológico de qualidade e gratuito;
- Fortalecer, ampliar e qualificar o tratamento quimioterápico e radioterápico nas unidades prestadoras de serviço;
- Garantir que as diretrizes clínicas pré-estabelecidas estejam sendo cumpridas de forma que as redes regionais de referência para os atendimentos oncológicos estejam qualificadas para o atendimento a esses usuários;
- Ampliação do TeleSaúde como ferramenta de promoção da saúde, qualificação e capacitação de profissionais de saúde que atuam em serviços regionais de referência oncológica de forma crescente de 30% em 2011 para 90 % em 2022;
- Incentivo as ações de educação permanente as equipes de saúde que atendem usuárias diagnosticadas com CCU;
- Implementar e divulgar editais do Pet Saúde com temáticas sobre a vigilância, promoção e cuidado integral das doenças crônicas não transmissíveis; incluir a abordagem teórico-metodológica baseada nos cadernos da atenção básica e documentos norteadores disponibilizados pelo Ministério da Saúde;
- Produzir análise sobre dados epidemiológicos do câncer de colo de útero e câncer de mama através do SISCOLO e SISMAMA;
- Incentivar e estimular a valorização dos profissionais de saúde para atuação em DCNT; (BRASIL, 2011).

Em 2013, através da Portaria Nº 874, de 16 de Maio de 2013, a PNAO foi atualizada pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentando o objetivo de reduzir incidência de alguns tipos de câncer, a mortalidade e incapacidade causada por sequelas do câncer através de prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Neste mesmo ano houve uma atualização que proporcionou a integração em plataforma web, entre os sistemas de dados SISMAMA e SISCOLO: SISCAN (BRASIL, 2013). Através do acesso ao SISCAN é possível visualizar que as informações ficarão disponíveis em tempo real ao serem inseridas pelos profissionais que podem solicitar exames e registrar os dados no módulo “seguimento”. É um sistema integrado ao Cadastro Nacional de Cartão de Saúde (CADSUS) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) visando facilitar estratégias de rastreamento terá um módulo que permitirá que os profissionais convoquem as mulheres cadastradas no sistema para os exames de rastreamento, quando estiverem no tempo oportuno preconizado e dentro da faixa etária<sup>1</sup>.

A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero foi criada com a finalidade de garantir o acesso humanizado, acolhedor, integral aos serviços de saúde visando reduzir as desigualdades de acesso entre as mulheres. Esses serviços deveriam estar qualificados a promover a prevenção do câncer do colo do útero, rastreamento e diagnóstico, com atendimento adequado e qualificado (BRASIL, 2012).

Em 2012, baseado no Caderno de Atenção Básica número 13 do Ministério da Saúde, e com a expansão do número de equipes de saúde da família, houve a publicação do Protocolo de Atendimento de Enfermagem no Município do Rio de Janeiro que descrevia os fluxos sobre os atendimentos nas unidades de atenção básica, dentre eles o rastreamento do câncer de colo de útero e mama, esclarecendo sobre as condutas profissionais de acordo com o resultado do exame citopatológico. Define o enfermeiro como fundamental para a ampliação do acesso dessas mulheres cadastradas a consulta e coleta do exame para rastreamento, prevenção e tratamento (SMS, 2012).

---

<sup>1</sup> Informativo: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (SISCAN). Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//folder-informativo-sobre-o-sistema-de-informacao-do-cancer-separado.pdf>

As equipes de Atenção Básica devem acompanhar a saúde das mulheres desde o cadastramento de todas as usuárias do território adscrito até os cuidados paliativos, passando pelo acolhimento, promoção de saúde, prevenção de doenças, rastreamento, diagnóstico e tratamento. A equipe deve saber quais são as usuárias na faixa etária elegível ao rastreamento no período adequado, fazer busca ativa daquelas que não o fizeram em tempo oportuno, pensar em estratégias para ampliação da cobertura de coleta de citopatológico. A coleta do exame deve ser realizada na unidade de atenção básica, oportunizada em consultas em demanda livre ou agendadas, realizada de acordo com a técnica e armazenamento corretos e envio oportuno ao laboratório, bem como leitura do resultado e conduta de acordo com ele. A regulação para atenção secundária, terciária e/ou especializada é de responsabilidade da unidade de atenção básica, que também deve acompanhar o tratamento e apoiar em visitas domiciliares se for necessário (BRASIL, 2011).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a cobertura dos exames realizados pela atenção básica e se os números de exames coletados acompanharam o crescimento da expansão da estratégia de saúde da família no do município do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2021.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar o número de exames citopatológicos coletados entre 2008 e 2021 em mulheres que residem em área com atuação da atenção básica;
- Pontuar possíveis causas para o não alcance dos indicadores municipais sobre a coleta de citopatológico das mulheres no Município do Rio de Janeiro;
- Sugerir estratégias de gestão para incentivar o aumento do número de registros de mulheres com exames realizados.

### 3 JUSTIFICATIVA

Considerando que a vulnerabilidade socioeconômica é um fator de risco para o câncer de colo de útero, que a estratégia de saúde da família é uma política pública de saúde que abrange territórios com extrema vulnerabilidade, violentos e com índices de desenvolvimento econômico baixos, e que essas unidades de atenção básica são a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, primeiro acesso e as responsáveis pelo cuidado e coleta desses exames de citopatológicos.

Compreendendo que as equipes de saúde da família (ESF) atuam de forma que o acompanhamento é realizado em uma área adscrita e com um número de usuários definido e delimitado, onde os agentes comunitários de saúde conhecem a população, fazem busca ativa e são facilitadores de acesso e comunicação entre a unidade e os usuários cadastrados, a ESF torna-se uma estratégia que visa levar saúde aos usuários dentro de seus domicílios (GIRIANELLI, 2014).

É sabido que uma das principais linhas de cuidado da ESF é a saúde da mulher, que inclui o cuidado de forma integral, holística, humanizada, que dentre os exames realizados durante a consulta está a coleta do exame citopatológico do colo de útero dentro da faixa etária preconizada (25 a 64 anos) e que a atenção básica é a primeira a receber essas mulheres, o presente estudo justifica-se pela necessidade de avaliar a cobertura dos exames realizados pela atenção básica do município do Rio de Janeiro e se os números de exames coletados acompanharam o crescimento da expansão da estratégia de saúde da família no Rio de Janeiro.

Esse questionamento é proveniente de oito anos de atuação como enfermeira e gestora em unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro, quando foi possível visualizar algumas das dificuldades que as equipes enfrentam para realizar a coleta do Papanicolau durante o cotidiano da unidade, em contraste com a realização de campanhas específicas que contam com uma alta adesão apenas naquele dia.

Justifica-se ainda por buscar incentivar profissionais e unidades para a importância do cuidado integral à saúde da mulher e enfatizar a relevância da realização da coleta do Papanicolau visto que é um exame com baixo custo, fácil realização e com alta eficácia no que tange a prevenção do câncer de colo de útero,



visando assim uma possível redução da mortalidade de mulheres por esse agravo no município do Rio de Janeiro.

## 4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Tipo de Estudo

Pesquisa aplicada, baseada em estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada através das bases de dados secundários, disponíveis *online* nas plataformas SUBPAV, DATASUS/TABNET, ATLAS MORTALIDADE (INCA), utilizando como eixo norteador a questão de pesquisa: **Qual a cobertura de coleta do exame citopatológico do colo do útero no município do Rio de Janeiro?**

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas plataformas indexadoras Scielo, Google Acadêmico, BVS/BIREME e Periódicos CAPES, incluindo as publicações do período de **1980 a 2021**. Foram utilizados os seguintes Descritores de Ciência em Saúde - DECS: Saúde da mulher; Câncer de colo do útero; Citopatológico; Papanicolau; PAISM; PNAB; ESF; NOB.

### 4.2 Período do Estudo

O período do estudo foi **de 2008 a 2021**, esse período foi definido para mostrar a evolução da coleta do exame citopatológico no município do Rio de Janeiro em concomitância à reforma da atenção primária ocorrida e conseqüentemente expansão da cobertura da estratégia de saúde da família.

### 4.3 Etapas do Estudo

As etapas do estudo foram:

- Revisão de literatura sobre a história do Citopatológico e Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Levantamento dos dados secundários referentes ao número de citopatológicos realizados no município do Rio de Janeiro;
- Construção de linha do tempo de políticas e identificação da trajetória da prevenção do câncer de colo de útero no município do Rio de Janeiro.

#### 4.4 Fontes de dados

Quadro 4 – Fontes de dados

| Fontes de Dados   | Descrição   | Dados Disponíveis  |
|---|---|--|
| Sites oficiais do Ministério da Saúde dos respectivos Programas Nacionais | Manuais e cadernos da Atenção Básica disponíveis virtualmente;  | -Informações sobre os programas e políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no que tange à saúde da mulher; |
| Atlas de mortalidade INCA   | Portal oferece informações sobre os óbitos referentes às neoplasias no país;  | - Números de óbitos 2008 a 2019 no município do Rio de Janeiro;  |
| DATASUS/TABNET  | Informações sobre as produções, metas enviadas ao Ministério da Saúde de acordo com as pactuações no Sistema Único de Saúde | - Produção por código de procedimento realizado “coleta de citopatológico do colo de útero”                        |
| Plataforma SUBPAV/ E- gestor  | Informações sobre as produções na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro;  | - Número de coleta de citopatológico no município do Rio de Janeiro  |

Fonte: A autora, 2022.

#### 4.5 Aspectos éticos

Este estudo baseia-se de forma exclusiva na utilização de dados secundários e revisão de literatura disponibilizados de forma pública através de plataformas

eletrônicas, dispensando assim aprovação prévia pela Comissão de Ética e Pesquisa, conforme resolução CNS nº. 196/96 (BRASIL, 1996).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Expansão da atenção básica e realização de citopatológico**

Em novembro de 1996 foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB) 96, que contém entre seus objetivos explícitos a plena responsabilidade do poder público municipal sobre o atendimento e resolução das necessidades e demandas em saúde da sua população, dentro dos seus limites territoriais. As esferas estadual e federal foram definidas como corresponsáveis dentro de suas competências ou em substituição da função municipal quando esta for ausente. Visava reforçar a gestão do SUS através das CIT e CIB como espaços de negociações, bem como aprimorar a auditoria e fiscalização das transferências fundo a fundo (BRASIL, 1996). Apesar de sua publicação em 1996, a NOB 96 só foi implementada significativamente a partir de 1998 ainda assim com algumas alterações de acordo com portarias publicadas entre 1996 e 1998 (LEVCOVITZ, 2001).

A NOB 96 define os sistemas municipais como sistemas básicos e fortalecedores do Sistema Único de Saúde quando funcionam integrados, harmonizados e modernizados com equidade. Implementa a Programação Pactuada e Integrada (PPI) que foi descrita como um instrumento para reorganização da gestão e modelo de atenção do SUS, fazendo a transferências de recursos de acordo com os pactos estabelecidos entre as três esferas governamentais (BRASIL, 1997). O trâmite se dava quando as PPI's formuladas por cada município ou conjunto de municípios eram aprovadas pela CIB, momento em que são adicionadas as responsabilidades estaduais passando pela aprovação dos Conselhos Estaduais de Saúde. Dando continuidade a esse processo, o nível federal deve integrar as PPI's estaduais adicionando as responsabilidades federais e disponibilizando os recursos necessários e acordados na CIT (SCATENA, 2001).

As condições de gestão eram definidas como Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema e em decorrência delas foram implantadas formas inovadoras de transferência fundo a fundo como o PAB (Piso da Atenção Básica) que se consolidou como uma importante ferramenta para a expansão do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (GOULART, 2001).

O binômio PAB fixo/variável (cerca de R\$16,15 *percapita* anuais) representou uma das concretizações da descentralização de recursos, uma vez que de fato significou o papel indutor da esfera federal visando impulsionar a reorganização da atenção básica. Durante o período de vigência da NOB 96, houve uma expansão da cobertura populacional da ESF de 0,8% para 7% da população brasileira, alcançando 22,5% no final da década de 90 (GOULART, 2001). Com o PAB e a transferência fundo a fundo dos recursos para os municípios foi possível ampliar a atenção básica: no início dos anos 2000 quase 60% dos municípios já recebiam esses incentivos (LEVCOVITZ, 2001).

A implantação do PAB significou importante tendência redistributiva dos recursos para a atenção básica devido ao favorecimento dos municípios de porte pequeno, principalmente nas regiões norte e nordeste, refletindo-se na redução de diferenças regionais comparativamente ao financiamento federal para a atenção ambulatorial em saúde (MATTOS, 2003). Durante esse período, de acordo com as regulamentações descritas nas NOB's, houve expansão da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, consolidando a Atenção Básica como a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SOUSA, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família é uma das diretrizes do Ministério da Saúde que visa reorientar a porta de entrada do sistema de saúde através da Atenção Básica. Seu início, no Brasil, foi em 1993, quando o Ministério da Saúde visou incentivar, através de financiamentos, a Estratégia de Saúde da Família, que antes era chamada Programa de Saúde da Família. Posteriormente, quando os resultados positivos começaram a surgir em vários municípios, a ESF foi considerada como a estratégia principal de reestruturação da atenção básica (BRASIL, 2012).

A ESF é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma

reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Desde então, cada vez mais há direcionamento de recursos para esse nível de atenção, que os municípios continuam priorizando e expandindo visando uma maior cobertura da população. A importância dessa implementação é enfatizada pela vertente da integralidade de assistência ao usuário, visto que este é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (ARAÚJO, 2007).

A PNAB 2012 estabeleceu que uma unidade de saúde da família precisa de no mínimo um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Além destes, podem estar presentes também a equipe de saúde bucal, profissionais administrativos, farmacêuticos. A liderança dessas equipes geralmente é feita pelo profissional enfermeiro (BRASIL, 2012).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2012, às atribuições do enfermeiro visam realizar atenção à saúde das famílias cadastradas na unidade de saúde em todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos), que podem ser realizadas através de consultas, grupos, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde e a liderança da equipe. As consultas podem ser por demanda espontânea ou por demanda programada (saúde da mulher, pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes, saúde do adulto) e nessas consultas o profissional tem respaldo para solicitar exames, encaminhar para outros serviços e prescrever medicamentos de acordo com os protocolos, cadernos e manuais do Ministério da Saúde. Dentro da linha de saúde da mulher há a orientação de coleta de exames citopatológicos em mulheres com faixa etária de 25 a 64 anos por dois anos seguidos, podendo ficar sem coletar por um ano, como forma de rastreamento do câncer de colo de útero (BRASIL, 2012).

As equipes de atenção básica, principalmente aquelas que atuam na Estratégia de Saúde da Família, tem como atribuição o monitoramento da saúde da população cadastrada e o dever de ampliar o rastreamento do câncer uterino por meio da busca ativa dessas mulheres de maneira que haja impacto positivo na

redução de morbimortalidade de mulheres acometidas por essa doença. A atenção básica deve referenciar e acompanhar essas mulheres de forma compartilhada com os demais níveis de atenção quando o resultado do exame for alterado (BRASIL, 2016).

A Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017 estabeleceu a nova PNAB que manteve a Atenção Básica como porta de entrada do usuário e responsável pela coordenação do cuidado, sob os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade e sob as diretrizes de Regionalização e Hierarquização; Territorialização; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; e Participação da comunidade. A nova PNAB trouxe mudanças importantes sobre a composição de equipes, cadastramento de usuários e financiamento da atenção básica, onde o financiamento será *per capita* e para isso todos os usuários cadastrados no E-Sus deveria constar o CPF do usuário na ficha de cadastro no campo de informações pessoais. Sobre as mudanças acerca da composição das equipes de saúde da família divididas em três tipos : ESF, eAB e ESB.

A equipe ESF deve ser composta por médico preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Pode ser incluído um agente de combate a endemias, cirurgião dentista e técnico de saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal. O número de ACS por equipe é proporcional ao número de cadastros, onde cada ACS deve ter sob sua responsabilidade, na sua microárea, o máximo de 750 pessoas, com mínimo de 2.000 e máximo de 3.500 cadastrados por equipe. Todos esses com carga horária semanal mínima de 40 horas e com exclusividade a uma equipe com SCNES vigente. As atividades descritas sob responsabilidade do profissional enfermeiro não se modificaram (BRASIL, 2017; PNAB, 2017).

A equipe AB deve ser composta no mínimo por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, e técnico ou auxiliar de enfermagem. Pode também ter profissionais de outras categorias. A composição da carga horária desses profissionais tem como base 10 horas semanais mínimas, não ultrapassando mais de 3 profissionais por categoria, devendo equipe somar as 40 horas semanais preconizadas. Já a equipe de saúde bucal ficou subdividida em

duas modalidades, onde a primeira deve ser sempre composta no mínimo por um cirurgião dentista e um auxiliar ou técnico de saúde bucal e a segunda só exige a lotação de um cirurgião dentista, técnico de saúde ou auxiliar de saúde bucal. A equipe eAB também deve manter o funcionamento com mínimo de 2.000 e máximo de 3.500 cadastrados por equipe (BRASIL, 2017).

Em 2019 houve a publicação do Programa PREVINE BRASIL através da Portaria Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 que dispõe sobre modelos de financiamento: I - capitação ponderada; II - pagamento por desempenho; e III - incentivo para ações estratégicas. Dentro do item II, o pagamento é realizado para aquelas equipes que atingirem os indicadores preconizados os atendimentos preconizados dentro dos indicadores, dentre eles o indicador 4 que dispõe sobre a proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

A apuração é feita a cada quadrimestre e a equipe deve atingir 80% das mulheres cadastradas que estejam dentro da faixa etária de 25 a 64 anos com pelo menos 1 registro do exame preventivo no prontuário eletrônico a cada 3 anos. É necessário que exista empenho dos agentes comunitários de saúde para que haja a completude do cadastro individual, vinculação a equipe correta e que o profissional que colete o exame registre o procedimento SIGTAP ou a ficha CDS corretamente no prontuário eletrônico. Além disso, a chefia da unidade deve sempre importar e atualizar o XML do CNES no servidor local do sistema E-Sus APS (BRASIL, 2019; SAPS /MS, 2022)

## **5.2 Expansão da atenção básica e cobertura de citopatológico no município do Rio de Janeiro**

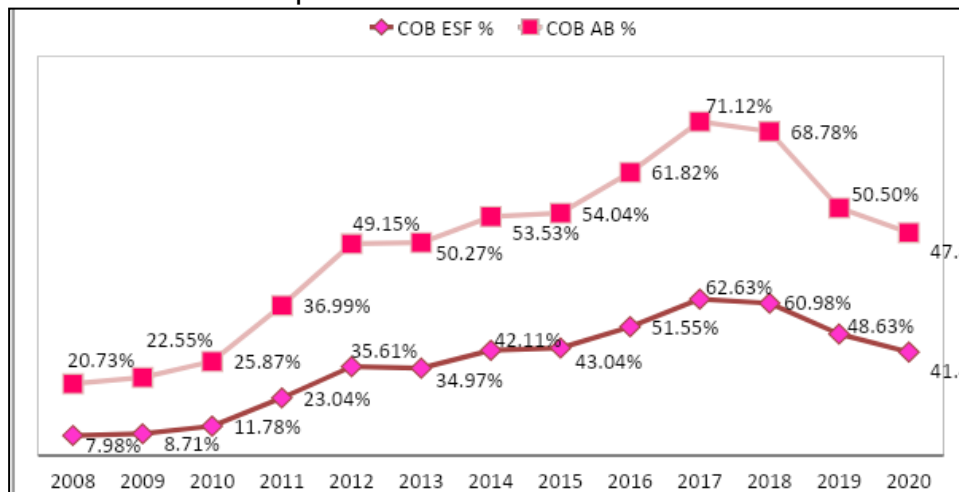
No município do Rio de Janeiro, em 2008, apenas 8,1% da população estava coberta por serviços de atenção básica (Centros Municipais de Saúde, ambulatórios, policlínicas). Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família, essa cobertura atingiu 39,41% em 2013. Visando obedecer ao princípio de equidade, essa expansão deu-se primeiramente em áreas onde o IDH era menor (PEREIRA, 2013). Na plataforma pública E-gestor, que migra os dados dos prontuários eletrônicos para o



Ministério da Saúde, é possível verificar esse dado, registrando que em 2008 a cobertura de ESF era de 7,98%.

A expansão da Estratégia de Saúde da Família foi baseada na implementação de mais de 800 equipes e abertura de 71 Clínicas de Saúde da Família. O Programa Saúde Presente organizou a atenção básica de forma que os TEIAS (Territórios Integrados de Atenção à Saúde), buscariam a consolidação do SUS atendendo os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Dentro do contrato de gestão da Prefeitura do Rio de Janeiro e as Organizações de Saúde existiam metas por linhas de cuidado a serem cumpridas pelas equipes de saúde da família, como hipertensão, diabetes, tuberculose, puericultura, pré-natal, acolhimento mãe, bebê e também buscavam reduzir a morbimortalidade de crianças, adolescentes e mulheres em idade fértil. Dentre essas metas que estavam presentes dentro do contrato de gestão a serem realizados pelas equipes de saúde da família estava a realização de coleta de citopatológico pelas equipes de saúde da família (SIMÕES, 2016).

Gráfico 2 - Expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro



Fonte: Ministério da Saúde – E-gestor (2021)

O gráfico acima foi elaborado com os dados atualizados e disponíveis na plataforma E-Gestor, nos mostra a linha de crescimento contínuo da atenção primária em saúde, dividido em cobertura de estratégia de saúde da família e cobertura de atenção básica (Centros Municipais de Saúde, policlínicas, unidades ambulatoriais); em 2008 o Município do Rio de Janeiro contava com apenas 7,98%

de cobertura de Estratégia de Saúde da Família e 20, 73% de cobertura de Atenção Básica em Saúde.

A partir de 2009, o governo municipal do Rio de Janeiro adotou uma nova forma de gestão para expandir a atenção básica através de Organizações Sociais. Essas OS's ficariam responsáveis pela contratação de recursos humanos, logística, patrimônios estruturais, manutenção e mobiliários, além do trabalho por desempenho com metas e indicadores a serem alcançados. Em um curto prazo a APS poderia ser protagonista do cuidado devido ao acompanhamento dessa população cadastrada (JESUS, 2015).

A cobertura de equipes de saúde da família em 2008 era 3,5 %, considerada a menor dentre as capitais brasileiras, enquanto Belo Horizonte teria 71,5%, Curitiba 32,6%, São Paulo 26,6%, Porto Alegre 22,3%. A Reforma dos Cuidados da Atenção Primária (RCAPS) iniciou-se em 2009 no bairro de Santa Cruz com o Programa Saúde Presente, que visava aumentar a cobertura da estratégia no Município do Rio de Janeiro. Embora a meta inicial fosse ampliar em 10 vezes o a expansão para 35 % de cobertura até o ano de 2013, em 2013 o município superou e atingiu a 40 % de abrangência de equipes compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, equipes de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de vigilância em saúde, contemplado mais de 2 milhões e meio de cariocas atendidos. O modelo de atenção deveria estar atendendo aos indicadores clínicos disponíveis nos prontuários eletrônicos (SORANZ, 2016).

Essa reforma se deu através da definição de três eixos de ação: reforma administrativa, organizacional e de atenção, teve como espelho as reformas ocorridas em Portugal e na Inglaterra com o National Health Service. O organograma organizacional da Secretaria Municipal de Saúde foi editado para que atenção primária em saúde estivesse como ordenadora da organização da rede de saúde, que a Superintendência de Atenção Primária a Saúde era a responsável pela elaboração de notas técnicas, cadernos, protocolos e documentos norteadores aos profissionais e funcionamento do atendimento das unidades (SORANZ, 2016).

O município carioca teve os 160 bairros divididos em 10 áreas programáticas: 1.0 abrangendo Centro e adjacências; 2.1 abrangendo Zona Sul; 2.2 abrangendo Grande Tijuca; 3.1 território Leopoldina; 3.3 território de Madureira e adjacências; 4.0 abrangência de Jacarepaguá e adjacências; 5.1 território de Bangu e adjacências;

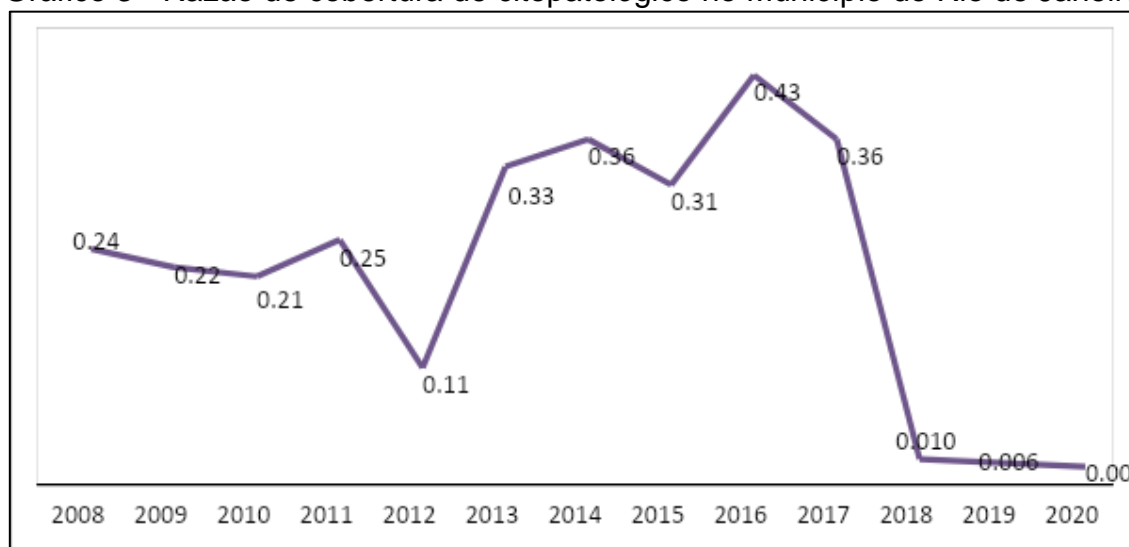
5.2 Campo Grande e adjacências; 5.3 Santa Cruz e adjacências; A reforma foi estruturada em quatro eixos de atributos essenciais : acesso e prestação de serviços de primeiro contato; responsabilidade longitudinal pelo paciente; garantia de cuidado integral levando em consideração a saúde física, psíquica e social onde as equipes de saúde atuam; coordenação de ações e serviços necessários para resolutividade de necessidades menos frequentes e de maior complexidade (SORANZ, 2016).

Em maio de 2015 a cobertura atingiu 860 equipes de saúde da família e 346 equipes de saúde bucal, sendo 732 novas equipes, com isso também ocorreu o aumento de procedimentos/ exames ambulatoriais realizados de 21.054 em 2009 para 133.777. Outro elemento importante presente na reforma do modelo de atenção primária foi a implementação dos programas de residência em Medicina da Família e de Enfermagem de Saúde da Família (SORANZ, 2016).

### **5.3 Número de coletas de preventivo no município do Rio de Janeiro**

O município deve cumprir as normas das Fichas de Atenção Básica, dentre as quais se incluem o indicador “Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária em um dado local e período”. Esse indicador é monitorado através do Código de Procedimento 0203010019. O parâmetro ideal estimado seria o valor a razão de 0,025. Para realizar esse cálculo é necessário dividir o número de exames coletados pelo número correspondente a um terço do número de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área. Todas as áreas programáticas do município foram consideradas para construção desse gráfico abaixo:

Gráfico 3 - Razão de cobertura de citopatológico no Município do Rio de Janeiro



Fonte: Plataforma Subpav/Indicadores (2021)

Pelo gráfico é possível perceber uma possível estabilização no período de 2008 até 2011, considerando que a captação dessas mulheres para os exames estaria adequada dentro do indicador. Em 2012 houve uma queda brusca para menos da metade, com crescimento alavancado em 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018. Sendo seu maior alcance dessas mulheres justamente em 2017, ano no qual a expansão da Saúde da Família completou 62% de cobertura no Município do Rio de Janeiro e 71% de cobertura de Atenção Básica. Assim como os anos seguintes de redução acompanharam a redução da cobertura da Saúde da Família, sendo em 60% em 2018, 48% em 2019, 41% em 2020. Os dados referentes ao ano de 2021 ainda não estavam disponíveis para acesso na época da coleta de dados deste estudo).

As unidades de atenção básica são as principais responsáveis pela captação dessas mulheres e realização dos exames, onde profissionais médicos e enfermeiros deverão realizar a consulta em atendimento integral, prática interdisciplinar, realizando ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, intervenções, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos aos que necessitam, dentre todas essas ações a coleta do exame citopatológico do colo de útero está inclusa (BRASIL, 2013).

Quadro 5 - Número de registros de coletas de preventivos pela plataforma E-Gestor

| ANO  | E-GESTOR AB Municipal |
|------|-----------------------|
| 2021 | Dado indisponível     |
| 2020 | 60.045                |
| 2019 | 97.944                |
| 2018 | 155.408               |
| 2017 | 143.740               |
| 2016 | 64.602                |
| 2015 | 10.070                |
| 2014 | Dado indisponível     |
| 2013 | Dado indisponível     |
| 2012 | Dado indisponível     |
| 2011 | Dado indisponível     |
| 2010 | Dado indisponível     |
| 2009 | Dado indisponível     |
| 2008 | Dado indisponível     |

Fonte: E-Gestor AB (2022)

O quadro acima apresenta dados referentes ao número de exames coletados no município do Rio de Janeiro disponíveis na plataforma E-Gestor, os dados de 2008 até 2014 não estavam disponíveis, de 2015 constavam 10.070 exames coletados, no ano de 2016 haviam 64.602 exames, em 2017 haviam 143.740 exames, em 2018 o número era de 155. 408 exames, em 2019 o número era de 97.955 exames, em 2020 o número de exames era de 60.045 exames, já em 2021 o dado ainda não estava disponível durante o período de pesquisa deste estudo. Estes dados são migrados de acordo com os registros feitos pelos profissionais de saúde no prontuário eletrônico E-SUSAB das unidades quando fazem os atendimentos dessas mulheres, entretanto não basta só o registro do exame nos prontuários, é necessário que haja a inserção do procedimento clínico sobre a coleta do preventivo com um dos códigos da SIGTAP “: (0201020033) Coleta De Material Para Exame Citopatológico De Colo De Útero, (0203010019) Exame Histopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora, (0203010086) Exame Citopatológico Cérvico Vaginal/ Microflora-Rastreamento; Idade: 24 a 65 anos “. Caso o profissional faça a coleta do exame e não insira corretamente o código SIGTAP no prontuário eletrônico, a plataforma SIGTAP não identifica essa coleta, tornando-a invisível dentro dos dados. Mesmo apresentando essa glosa é possível notar o aumento de 15 vezes no número de

coleta de preventivos entre 2015 e 2018, correlacionando com a expansão da atenção básica. Em 2019 houve uma decrescente de 37% em reação a 2018 e em 2020 uma queda de 62% e que durante o período desta pesquisa os dados referentes ao ano de 2021 ainda não estavam publicados.

A implementação do E-SUS AB iniciou-se em 2014 devido a Política Nacional da Atenção Básica, onde o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde elaborou a estratégia da implementação nacional do prontuário eletrônico E-sus AB que visava estabelecer a incrementação da gestão da informação, automação de processos, monitoramento de indicadores, qualificação dos atendimentos, e também das melhorias dos fluxos de trabalho. A capacitação e qualificação dos profissionais da atenção básica para o uso do sistema seriam realizadas através de oficinas por representantes das SES e dos Conselhos da Secretarias Municipais de Saúde de forma capilarizada. Cada estado deveria elaborar um plano regional com apoio do DATASUS e DAB (BRASIL, 2014).

As informações contidas nos prontuários eletrônicos estão sob responsabilidade dos profissionais da saúde, incluindo anamnese, dados clínicos, exames laboratoriais, medicações dentre outros. Tem como funcionalidade tornar factível o acompanhamento do paciente bem como a sua evolução, colaborando com a longitudinalidade e qualificação do cuidado quando o mesmo usuário é atendido entre profissionais diferentes. O registro clínico serve também como uma ferramenta de gestão para identificar vulnerabilidades e o perfil da demanda de atendimento da unidade (HORN, 2017).

Quadro 6 - Número de exames citopatológicos coletados por ano no Estado do Rio de Janeiro

| Ano  | Rede Estadual, Federal e demais redes exceto Municipal* | Unidades Municipais do RJ | Produção total de exames coletados |
|------|---|---------------------------|------------------------------------|
| 2021 | 00  | 4.236                     | 4.236                              |
| 2020 | 82.534  | 1.804                     | 84.338                             |
| 2019 | 99.958  | 46.059                    | 146.017                            |
| 2018 | 157.889   | 180.541                   | 338.430                            |
| 2017 | 98.532  | 186.534                   | 285.066                            |
| 2016 | 155.893   | 217.214                   | 373.107                            |
| 2015 | 127.166   | 257.544                   | 384.710                            |
| 2014 | 151.552   | 267.553                   | 419.105                            |
| 2013 | 171.139   | 255.932                   | 427.071                            |
| 2012 | 279.777   | 245.096                   | 524.873                            |
| 2011 | 283.990   | 207.421                   | 491.411                            |
| 2010 | 281.039   | 146.429                   | 427.468                            |
| 2009 | 358.487   | 72.086                    | 430.573                            |
| 2008 | 333.493   | 89.370                    | 422.863                            |

Fonte: TABNET/DATASUS RJ (2022)

Os dados foram extraídos a partir de filtros utilizados para realizar as buscas na plataforma TABNET/DATASUS RJ: foram: Procedimento: Col. de cito. De colo uterino. SIGTAP: (0201020033) Coleta De Material Para Exame Citopatológico De Colo De Útero, (0203010019) Exame Histopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora, (0203010086) Exame Citopatológico Cérvico Vaginal/Microflora-Rastreamento; Idade: 24 a 65 anos; Sistemas E-gestor e TABNET/DATASUS RJ. Não foi possível fazer o filtro por idade no TABNET devido indisponibilidade do sistema. Resultados encontrados para redes de Esfera Federal, estadual, estabelecimentos filantrópicos, sindicais, Universitários x resultados encontrados sobre os exames coletados e financiados pela Rede Municipal do Rio de Janeiro.

A pesquisa foi realizada com o objetivo de identificar o número de registros de coleta de exames citopatológicos do câncer de útero no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2021 (novembro), de acordo com os códigos de procedimentos registrados nos prontuários eletrônicos, onde a busca principal foram os exames coletados em unidades de atenção básica em saúde e unidades de saúde da família. Foi utilizado o seguinte filtro no E-gestor AB: razão de coleta de exame citopatológico do colo do útero, faixa etária entre 25 e 64 anos, no município do Rio de Janeiro.

O quadro acima foi elaborado com dados disponíveis no sistema TABNET/DATASUSRJ, através deles foi possível fazer um comparativo entre o número de exames coletados nas unidades Municipais, rede Federal e Estadual assim como o número geral dos exames disponíveis. No ano de 2008 o Estado do Rio de Janeiro coletou 422.863 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 89.370 (21%) exames foram na rede Municipal e 333.493 (79%) exames nas redes Federal e Estadual. Em 2009 o Estado do Rio de Janeiro coletou 430.573 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 72.086 (17%) exames foram na rede Municipal e 358.487 (83%) exames nas redes Federal e Estadual. Em 2010 o Estado do Rio de Janeiro coletou 427.468 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses 146.429 (34%) exames foram na rede Municipal e 281.039 (66%) exames nas redes Federal e Estadual. Apresentando um aumento considerável de 207% no número de coletas de exames na rede municipal em relação a 2009.

Em 2011 a rede municipal apresenta um avanço para equiparação dos números onde o Estado do Rio de Janeiro coletou 491.411 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 207.421 (42%) exames foram na rede Municipal e 283.990 (58%) exames nas redes Federal e Estadual, apresentando um aumento de 8% em relação ao ano anterior. Em 2012 o Estado do Rio de Janeiro coletou 524.873 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 245.096 (46%) exames foram na rede Municipal e 279.777 (54%) exames nas redes Federal e Estadual, sendo o primeiro ano que a rede Municipal ultrapassa o número de exames realizados nas redes Federal e Estadual.

Em 2013 a rede Municipal manteve a crescente e superou ainda mais as redes Estadual e Federal, pois o Estado do Rio de Janeiro coletou 427.071 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 255.932 (60%) exames foram na rede Municipal e 171.139 (40%) exames nas redes Federal e Estadual. Em 2014, a rede Municipal mantém a crescente de coletas de exames, onde o Estado do Rio de Janeiro coletou 419.105 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 267.553 (64%) exames foram na rede Municipal e 151.552 (36%) exames nas redes Federal e Estadual. Em 2015, a rede Municipal mantém a crescente de coletas de exames, onde o Estado do Rio de Janeiro coletou 384.710 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 257.544 (67%) exames foram na rede Municipal e 127.166 (33%) exames nas redes Federal e Estadual.



Em 2016, a rede Municipal apresenta uma redução numeral de coletas de exames, entretanto, ainda se mantém com mais coletas de preventivos do que as redes Municipal e Estadual, onde o Estado do Rio de Janeiro coletou 373.107 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 217.214 (58%) exames foram na rede Municipal e 155.893 (42%) exames nas redes Federal e Estadual. Em 2017, a rede Municipal mantém a redução numeral de coletas de exames, entretanto, se mantém com mais coletas de preventivos do que as redes Municipal e Estadual, onde o Estado do Rio de Janeiro coletou 285.066 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 186.534 (65%) exames foram na rede Municipal e 98.532 (36%) exames nas redes Federal e Estadual.

Em 2018, a rede Municipal ainda apresenta uma redução numeral de coletas de exames, entretanto, ainda se mantém com mais coletas de preventivos do que as redes Municipal e Estadual, onde o Estado do Rio de Janeiro coletou 338.430 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 180.541 (53%) exames foram na rede Municipal e 157.889 (47%) exames nas redes Federal e Estadual. . Em 2019, a rede Municipal apresenta uma redução de coletas de exames e não se mantém com mais coletas de preventivos do que as redes Municipal e Estadual, onde o Estado do Rio de Janeiro coletou 146.017 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 46.059 (31%) exames foram na rede Municipal e 99.958 (69%) exames nas redes Federal e Estadual.

Em 2020, o ano da explosão da pandemia do novo Corona Vírus, a rede Municipal apresenta uma redução drástica do número de coletas de exames, onde o Estado do Rio de Janeiro coletou 84.338 exames de preventivos do colo uterino, dentre esses, 1.804 (2%) exames foram na rede Municipal e 82.534 (98%) exames nas redes Federal e Estadual. Em 2021 não é possível fazer a comparação visto que o dado das redes Estadual e Federal estavam indisponível no período de elaboração deste estudo, apenas é possível saber que a rede Municipal fez a coleta de 4.236 exames preventivos, número pequeno porém 234% maior do que no ano anterior, sinalizando a retomada das linhas de cuidado após o início da Pandemia Covid 19.

Embora os dados mostrem que a expansão da atenção primária colaborou para que houvesse um aumento significativo do número de exames realizados no município, ainda cabe a reflexão se o número poderia ser ainda maior. Um dos fatores que podem trazer limitações ao acesso, principalmente para os usuários que

trabalham, é ter o horário de funcionamento de 08:00 horas até as 17:00 horas (TESSER, 2018).

O acesso das usuárias para realizar os exames é diferenciado entre as unidades de saúde, podendo ser agendado ou avançado. O acesso avançado iniciou-se no final da década de 1990 nos Estados Unidos, expandido para outros países posteriormente, hoje é presente em muitas unidades de atenção básica no Brasil. É definido pelo critério de que o usuário cadastrado deve ter sua demanda resolvida no mesmo dia ou em até 48 horas após a procura por unidade de saúde, sejam essas demandas de natureza aguda, crônica ou por cuidados preventivos, tornando possível a redução do tempo de espera, maior satisfação do usuário e da equipe, equilíbrio na relação demanda-oferta e maior efetividade.

Em contrapartida, o acesso “tradicional” agendado nos turnos e horários disponíveis nas agendas dos profissionais, leva em consideração a limitação de disponibilidade de vagas apenas para linhas de cuidados consideradas prioritárias como pré-natal, diabetes, hipertensão, puericultura e tuberculose, entre outras, criando obstáculos para que um usuário com queixa crônica tenha acesso ao atendimento do profissional de saúde. Essa limitação decorre da programação do tempo disponível para o atendimento das queixas consideradas agudas, limitadas a consultas breves apenas para a solução da queixa principal imediata, orientando que o usuário agende uma consulta programada para resolução das queixas crônicas, gerando um longo tempo de espera até a data da consulta agendada, aumentando o absenteísmo, contrariando princípio da longitudinalidade na atenção primária a saúde (BONILLA, 2020).

Este fato é agravado se a equipe apresentar um número maior de usuários cadastrados do que o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, bem como por equipes incompletas, principalmente com vacância de médico e em unidade que tem alta rotatividade profissionais (BONILLA, 2020). A vacância médica pode ser justificada pela baixa atração de profissionais médicos para atuação na atenção primária em saúde e pelos territórios vulneráveis, de difícil acesso e possivelmente violentos (DE OLIVEIRA, 2020). Dentre as carências identificadas na estratégia de saúde da família destacam-se a redução de serviços curativos e preventivos, falta de profissionais qualificados, incompletude de equipes, principalmente por vacância médica (OLIVEIRA, 2013).

Captação, busca ativa e educação são ferramentas para otimizar e alcançar usuárias que não compareceram de forma espontânea para a realização do exame Papanicolau. Recomenda-se oportunizar a coleta do exame quando mulheres procurarem a unidade por outras queixas, sejam elas agudas ou por outras queixas crônicas. Recomenda-se, também, que as unidades utilizem a ferramenta de atividades coletivas na comunidade, apropriando-se de espaços-chaves como associação de moradores, igrejas, escolas e quadras esportivas, entre outros. Podem ser realizadas também dentro da unidade, em estratégias de sala de espera ou grupos temáticos visando a sensibilização da população sobre a importância de fazer o exame preventivo de acordo com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e buscando desmistificar possíveis fatores que sejam impeditivos para a coleta do e exame como vergonha ou desconfiança de um profissional médico (SILVA, 2015).

Quadro 7 - Financiamento da coleta dos exames preventivos na Rede Municipal do Rio de Janeiro, no âmbito da Atenção Básica

| <b>ANO</b>  | <b>Número de Exames Coletados</b> | <b>Investimento</b> |
|-------------|-----------------------------------|---------------------|
| <b>2021</b> | 4.236                             | Dado indisponível   |
| <b>2020</b> | 1.804                             | Dado indisponível   |
| <b>2019</b> | 46.059                            | Dado indisponível   |
| <b>2018</b> | 180.541                           | Dado indisponível   |
| <b>2017</b> | 186.534                           | Dado indisponível   |
| <b>2016</b> | 217.214                           | R\$ 17.341,36       |
| <b>2015</b> | 257.544                           | R\$ 14.051,52       |
| <b>2014</b> | 267.553                           | R\$ 10.768,65       |
| <b>2013</b> | 255.932                           | R\$ 21.537,90       |
| <b>2012</b> | 245.096                           | R\$28.372,72        |
| <b>2011</b> | 207.421                           | R\$14.993,12        |
| <b>2010</b> | 146.429                           | R\$23.804,40        |
| <b>2009</b> | 72.086                            | R\$35.214,24        |
| <b>2008</b> | 89.370                            | R\$47.733,54        |

Fonte: TABNET/DATASUS RJ (2022).

Os dados apresentados no quadro 7 mostram os valores utilizados para o investimento no exame Citopatológico do Colo de Útero, procedimento SIGTAP “0201020033”, dentro do Município do Rio de Janeiro. No ano 2008 por volta de R\$ 47 mil reais, em 2009 cerca de R\$ 35 mil reais, em 2010 cerca de R\$ 23 mil reais, em 2011 cerca de R\$ 14 mil reais, em 2012 cerca de R\$ 28 mil reais, em 2013 o

valor foi de R\$ 21 mil reais, em 2014 por volta de R\$ 10 mil reais, em 2015 cerca de R\$ 14 mil reais, em 2016 cerca de R\$ 17 mil reais. Em contrapartida, os dados do TABNETRJ apontam para a ausência de registro dos recursos financeiros destinados ao financiamento dos exames citopatológicos durante o período do governo Crivella, diferente dos demais anos estudados, onde a transparência desses valores mostra que o governo Paes teve o compromisso de expandir a Atenção Primária em Saúde durante os anos de sua gestão.

Os dados apurados nas plataformas públicas de saúde nos mostram que é possível notar que a expansão da Estratégia de Saúde da Família esteve diretamente relacionada com o aumento do número de exames preventivos do CCU coletados entre os anos de 2008 e 2021, com seu auge entre 2015 e 2016. Após 2016, observa-se uma queda dessas coletas, fato este que pode estar associada a redução do número de equipes durante o período referente ao “Governo Crivella”. Neste período, além da redução de equipes, houve greves em protesto contra a falta de proteção trabalhista para os empregados das OSS, greves estas que mantiveram apenas os atendimentos urgentes e algumas linhas de cuidado prioritárias acordadas localmente em cada unidade.

Além disso, a PNAB 2017 (Portaria nº 2.488/2017) permitiu a redução do número de agentes comunitários por equipe em relação a PNAB anterior, bem como alterações entre equipes Esf e Eab e tipo de financiamento per capita e não mais por equipe vinculada. Conseqüentemente, houve redução do número de trabalhadores por equipe na atenção básica municipal impactando diretamente nos fluxos de trabalho das unidades (FONSECA, 2020).

Após a publicação destas normativas da PNAB 2017, e visando adaptar o quantitativo de equipes de acordo com o Índice de Desenvolvimento Social Humano se mais alto não seria obrigatório a presença de ACS na equipe), uma proposta de extinção de 184 equipes de saúde da família e 55 equipes de saúde bucal, composta por um total 1.400 trabalhadores, foi publicada com o nome de "Reorganização dos Serviços de Atenção Primária a Saúde", documento este que contrariava o Plano Municipal de Saúde (2018-2021) elaborado no início do governo Crivella. Em 2019 a ESF do Município do Rio de Janeiro contava apenas com 923 equipes (FONSECA, 2022). Em agosto de 2017 houve a formação de manifestações trabalhistas lideradas pelo movimento denominado "Nenhum Serviço de Saúde a Menos"

visando buscar negociações para evitar a redução do número de equipes, sem sucesso (SAFER, 2020).

A PNAB 2017 induziu uma restrição de atendimentos, contrariando a organização do fluxo da APS longitudinal, territorial e comunitária como estabelecido na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. A Emenda Constitucional nº 95/2016 e o Programa Previne Brasil (2019) estabeleceram que a forma de remuneração da atenção básica estaria vinculada ao número de cadastros válidos vinculados as Equipes de Saúde da Família e não somente pelo número de equipes existentes (SILVA, 2020).

Nos editais de 2019 a Organização de Serviços Sociais IPCEP reduziu o salário de categorias profissionais como de enfermeiros que era de R\$ 5.976,66 na OS. Gnosis, acrescida de benefícios e insalubridade, e passou a ser R\$ 4.263,00. Neste ano, de acordo com os dados encontrados neste estudo, o número de exames preventivos realizados em unidades municipais de saúde foi de 46.059, apenas 21% em comparação ao ano de 2016 que foi de 217.214 mil exames coletados. As reduções de número de profissionais na atenção básica, iniciadas pelo governo Crivella em 2017, mantiveram-se em 2018, 2019 e 2020, ano que se iniciou a Pandemia por COVID 19 o que trouxe um grande incremento de demanda para esse tipo de atendimento, causando um "caos" na atenção básica (MAIA, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todo o exposto sobre o câncer de colo de útero e a sua alta taxa de mortalidade e que as chances de cura são maiores quando a doença é detectada precocemente através do exame citopatológico do câncer de colo do útero, é prioritário que sejam ampliadas as ações para expansão do acesso a esse exame.

Neste estudo foi possível corroborar que no município do Rio de Janeiro o número de coletas do exame preventivo aumentou em consonância com a expansão das unidades de saúde da família. Foi possível notar que a estratégia do governo municipal sobre ampliação da atenção básica interferiu diretamente no aumento do número de exames coletados, uma vez que no período de Eduardo Paes como prefeito houve a expansão da ESF, enquanto no período de Marcelo Crivella houve cortes no número de equipes e demissão em massa de profissionais que afetaram diretamente o número de exames coletados, reduzindo-os drasticamente.

Outro fator que interferiu na redução dos exames coletados foi que a atenção primária, mesmo durante a pandemia, continuou sendo a principal porta de entrada dos usuários e devido ao aumento exacerbado de atendimentos a usuários com síndrome gripal, o governo municipal determinou o cancelamento das agendas das linhas de cuidado sob responsabilidade das unidades de atenção primária, dentre elas a coleta de citopatológico do colo de útero, reduzindo bruscamente a oferta desse serviço e concentrando os esforços no enfrentamento da Covid-19.

Mesmo com o aumento dos exames no período estudado, cabe a reflexão sobre a forma de acesso das mulheres na faixa etária alvo às unidades de saúde da família, visto que, além do aumento da cobertura, é preciso que haja facilidade de acesso nas unidades onde essas mulheres estão cadastradas.

Atualmente as unidades do município do Rio de Janeiro funcionam nos três horários diferentes preconizados pela SUBPAV, de acordo com a avaliação da chefia local e números de equipes, podendo ser esses horários de 08:00 horas às 17:00 horas, de 07:00 horas às 18:00 horas ou de 07:00 horas às 20:00 horas de segunda a sexta feira; aos sábados a unidades que possuem três equipes de saúde

da família ou mais abrem de 07:00 horas as 12: 00 horas, ampliando esse horário de fechamento até as 17:00 horas em dias de campanhas.

A escolha desses horários pela chefia da unidade leva em consideração as condições de vulnerabilidade e violência do território, visto que territórios mais violentos colocam em risco a vida dos profissionais de saúde lotados nessas unidades. Ênfase que uma das ferramentas de ampliação de acesso é ter o máximo de agendas disponíveis durante o período de funcionamento da unidade e para isso faz-se necessário que haja a completude de profissionais lotados nas equipes ativas, buscar ferramentas incentivadoras para reduzir vacâncias médicas a fim de maior disponibilidade de agendas e facilitar o acesso avançado para o exame citopatológico e outras demandas de competência da atenção básica.

Cabe ainda, como papel da chefia local, motivar as equipes a realizarem estratégias de maior captação de mulheres para realização de exames e apropriar-se do território para promoção da saúde de acordo com a realidade de cada unidade, cabendo também planejar estratégias de ampliação do acesso das usuárias às unidades de saúde, principalmente das mulheres trabalhadoras que não tem disponibilidade de frequentar serviços de saúde durante os horários-padrão de funcionamento.

Do ponto de vista da organização do processo de trabalho nas unidades, sugiro que inicialmente sejam realizados os cadastros de forma completa pelos agentes comunitários de saúde, a fim de identificar quais e quantas são as mulheres moradoras do território que estão na faixa etária elegível para o rastreamento do câncer de colo do útero, além de organizar os profissionais de saúde para a busca ativa das usuárias cadastradas que ainda não realizaram o exame através de gestão de listas.

Ponto, ainda, que o prontuário eletrônico pode ser considerado um avanço por permitir a longitudinalidade do cuidado por conter informações que podem ser lidas por profissionais diferentes em consultas diferentes, podendo agilizar a emissão de laudos, receituários, encaminhamentos, solicitação de exames e facilitar as atividades administrativas que anteriormente deveriam ser feitas manualmente, ressaltando que esse dispositivo depende de energia elétrica, internet e informatização em rede dentro da unidade de saúde.

Por outro lado, pode-se considerar como uma fragilidade a possível baixa qualificação dos registros feitos nos prontuários eletrônicos, pois nem todos os profissionais de saúde passam pela capacitação para uso do dispositivo e/ou não possuem expertise sobre eles, ou dispõem de tempo suficiente para preencher todos os dados solicitados em campos distintos diante da grande demanda de usuários presente nas unidades, dessa forma glosando a informação e conseqüentemente sub notificando o número real dos exames coletados nas plataformas de dados do Ministério da Saúde.

Em 2022, houve uma troca do prontuário eletrônico E-sus AB para o *Vita His Care* em diversas áreas programáticas do município do Rio de Janeiro. Com essa migração, nem todos os prontuários foram transferidos de forma integral para o novo sistema e registros anteriores de diversas informações podem ter sido perdidas ou estão em processo demorado de recuperação e/ou recadastramento, o que pode ocasionar em prejuízo na acumulação dos dados e cálculo errado dos indicadores, visto que é necessário que todos os prontuários estejam com os dados pessoais completos, CPF, CNS, dentre outros- e estejam vinculados às equipes para que haja transmissão da plataforma *Vita His Care* para a E-Sus AB com base na qual é feita a apuração dos indicadores.

Além disso, estratégias de atividades como educação permanente com os profissionais de saúde são fundamentais e podem ser utilizadas para que a coleta da amostra seja feita com a qualidade-padrão da técnica preconizada nas normas e protocolos e enviada ao laboratório adequadamente para evitar quebra da lâmina ou qualquer outro motivo que gere uma recoleta, causando desconforto à usuária e duplicidade de gasto de forma desnecessária. Além disso, é imprescindível a organização da agenda dos profissionais de forma que facilite a coleta do exame, levando em consideração o quantitativo de recursos humanos e os horários de funcionamento da unidade.

Ponto que a qualidade das amostras enviadas e a confiabilidade da avaliação desses exames também pode ser outro fator que interfira no número de registros de exames nas plataformas de dados do Ministério da Saúde, sendo necessário um novo estudo para comparar o total de amostras enviadas ao laboratório por unidade de saúde com o total de amostras registradas nos prontuários eletrônicos individuais das mulheres incluídas na faixa etária alvo e com



os números presentes nas plataformas de dados de produção das unidades. Além disso, é necessário avaliar de que forma esses dados são exportados entre os vários sistemas de informações e se há perda durante essa transmissão.

Em experiência nesses anos de atuação em unidades básicas, presenciei diversas inconsistências no registro de exames preventivos, com o laboratório solicitando a coleta por extravio de material, quebra de lâmina ou inadequabilidade da amostra, ao mesmo tempo que os profissionais garantiam que a coleta teria sido enviada de forma correta, gerando duplicação de gastos e transtorno para convencer a usuária para coletar o exame, fato que interfere no vínculo e credibilidade entre a mulher e a equipe de saúde, que é de suma importância para detecção precoce do câncer de colo de útero e redução da morbimortalidade dessa doença.

Em futuros estudos, sugiro investigar e quantificar quais são os motivos que podem levar a não realização desses exames ou recusa por parte das usuárias, se há a qualificação dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde, sobre a qualidade da análise laboratorial dessas amostras, e se o quantitativo que chega no laboratório é o mesmo que é enviado pela unidade. Analisar, também, a qualificação dos registros dos profissionais bem como a completude dos cadastros, e, finalmente, a transmissão de dados entre as plataformas de prontuários eletrônicos e os bancos de dados do Ministério de Saúde.

Concluo, principalmente, com base nos dados analisados, que a coleta de exames foi intensificada durante o período estudado e que se observa um impacto significativo da expansão da atenção básica no município do Rio de Janeiro. A Estratégia de Saúde da Família, atuando como porta de entrada em territórios extremamente vulneráveis, é uma política de saúde pública de suma importância para a prevenção de agravos e promoção da saúde, dentre eles o CCU.

A expansão contínua da ESF até a cobertura dos 100%, não somente no município do Rio de Janeiro, mas em todo o território nacional, poderá assegurar o maior e melhor rastreio e captação de mulheres nos estágios iniciais da doença e impactar na redução da mortalidade, ou, ao menos, na melhora na sobrevivência e acesso a tratamento e cuidados paliativos, afinal, cada exame pode significar mais que um indicador e sim uma vida salva pelo Sistema Único de Saúde, universal, gratuito e 100% brasileiro.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L.; et al. Situação atual da detecção precoce do câncer cérvico-uterino no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, pp. 53-65. 1986.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3394, de 30 de dezembro de 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). . *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 set 2017

COSTA, A. M. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: anotações para um debate. In: Anais do V Encontro Nacional de Estudos Populacionais, p. 1133-1143, 2016.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Rio de Janeiro, *Saúde em Debate*, v. 31, n. 75-76-77, p. 13-24, 2007.

KOCK K.S.; RIGHETTO A.; MACHADO M.O. Vulnerabilidade social feminina e mortalidade por neoplasias da mama e colo do útero no Brasil. Campina Grande, *Revista Saúde & Ciência Online*, v. 9, n. 2, p. 64-77, 2020.

OLIVEIRA, A. P. C. de. Et al. Recursos Humanos em Saúde no Fortalecimento da Atenção Primária em direção a Saúde Universal: Prêmio APS Forte. Belo Horizonte, *APS em Revista*, v. 2, n. 3, p. 245–259, 2020.

SILVA M.A.S. et al. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. Fortaleza, *Rev Rene*, v. 16, n. 4, p. 532-539, 2015.

FREIRE, G. G. et al. A colposcopia no diagnóstico do câncer de colo uterino: Uma revisão de literatura. In: Congresso Nacional de Pesquisa e Ensino em Ciências, 2019. Campina Grande: Anais IV CONAPESC, Realize Editora, 2019.

FONSECA, J. M.; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. Rio de Janeiro, *Saúde em Debate*, v. 45, n. 130, pp. 590-602, 2021.

GIFFIN, K.M. Editorial. Mulher e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 133-134, 1991.

GIRIANELLI, V. R.; THULER, L. C. S.; AZEVEDO E SILVA, G. Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. São Paulo, *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, v. 36, n. 5, p. 198-204, 2014.

GROCHOT, Rafael M. et al. Câncer de Colo Uterino como problema de saúde pública. *Revista da AMRIGS*, v. 62, n. 4, p. 407-413, 2018.

COSTA, R. da C.; GONÇALVES, J. R. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. Brasília, *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, v. 2, n. 4, p. 119-142, 2019.

GUIMARÃES, R. M. et al. A transição da mortalidade por cânceres no Brasil e a tomada de decisão estratégica nas políticas públicas de saúde da mulher. São Luís, *Revista de Políticas Públicas*, v. 20, n. 1, p. 33-50, 2016.

HORN, R.de F. Valorização do adequado preenchimento do prontuário eletrônico do cidadão na ESF Ernesto Araújo. 2017.30 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.120 p.

JORGE, R. J. B. et al . Exame Papanicolau: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. Rio de Janeiro, *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2443-2451, 2011.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. Brasília, *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.

MAIA, A. C.; AGOSTINI, R.; AZIZE, R. L. Sobre jogos de (des)montar: Covid-19 e Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, *Physis*, v. 30, n. 3, p. e300314, 2020.

MANDÚ, E. N. T.; DIÓZ, M.; REINERS, A. O.; TOMIYOSHI, J. T. Integral attention of woman's health: significances and implications. São Paulo, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 33, n. 1, p. 31-38, 1999.

NAUD, P. et al. História da colposcopia: Do invento de Hinselmann aos ensaios clínicos atuais. São Paulo, *Femina*. v. 34, n. 9, p. 597-605, 2006.

PAPANICOLAOU, G.; TRAUT, H. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, n.2 v.42, p.193-206, 1941.

PINHEIRO R. et al. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS. R.A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, Abrasco; 2005. p. 11-31.

PEREIRA, M. H. et al. Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: avaliação da cobertura e internações por condições cardiovasculares. Rio de Janeiro, *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, v. 10, n. 3, 605-611, 2018.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. Brasília, *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. Pág.103-108, 2014.

SAFFER, D. A.; MATTOS, L. V.; REGO, S. R. de M. Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro, *Saúde em Debate*, v. 44, p. 147-159, 2020.

SANTOS, R. de S.; MELO, E. C. P. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. Rio de Janeiro, *Escola de Enfermagem Anna Nery*, v. 15, n. 2, p. 410-416, 2011.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Ministério da Saúde (SAPS/MS). Nota Técnica Nº 4/2022-SAPS/MS. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde. Indicador 4, Previne Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2022.

SILVA, B. Z. Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. Rio de Janeiro, *Physis*, v. 30, n. 3, p. e300308, 2020.

SIMÕES, P. et al. Expansão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. Rio de Janeiro Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 15, n. 3, p. 200-208, 2016.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. Rio de Janeiro, *Physis*, v. 23, n. 2, p. 393-413, 2013

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. Rio de Janeiro, *Escola Anna Nery*, v. 14, n. 1, p. 90-96, 2010.

SORANZ, D., Pinto, L. F.; Oliveira Penna, G. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5 p. 1327-1338, 2016

TASCA, L.; ÖSTÖR, A. G.; BABEŞ, V. XII. Aurel Babeş. *International Journal of Gynecological Pathology*, v. 21, n. 2, p. 198-202, 2002.

VILOS G.A. The history of the Papanicolaou smear and the odyssey of George and Andromache Papanicolaou. *Obstetrics and gynecology*, v. 91, n. 3, p. 479–83, 1998.