



Universidade Federal do Maranhão - UFMA  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
**Doutorado**

PEDRO AGNEL DIAS MIRANDA NETO

**Prevenção do câncer do colo do útero em um município do  
Maranhão:** análise epidemiológica e avaliação das barreiras e do  
conhecimento em comunidades quilombolas.

São Luís - MA

2025

**PEDRO AGNEL DIAS MIRANDA NETO**

**Prevenção do câncer do colo do útero em um município do  
Maranhão: análise epidemiológica e avaliação das barreiras e do  
conhecimento em comunidades quilombolas.**

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade Federal do  
Maranhão, como requisito parcial para obtenção do  
Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Gomes Monteiro

São Luís - MA

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Miranda Neto, Pedro Agnel Dias.

Prevenção do câncer do colo do útero em um município do  
Maranhão : análise epidemiológica e avaliação das  
barreiras e do conhecimento em comunidades quilombolas /  
Pedro Agnel Dias Miranda Neto. - 2025.  
107 f.

Orientador(a): Silvio Gomes Monteiro.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em  
Ciências da Saúde/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,  
São Luis, 2025.

1. Câncer de Colo Uterino. 2. Quilombolas. 3. Acesso  
Efetivo Aos Serviços de Saúde. 4. Barreiras Ao Acesso Aos  
Cuidados de Saúde. 5. Saúde Sexual e Reprodutiva. I.  
Gomes Monteiro, Silvio. II. Título.

PEDRO AGNEL DIAS MIRANDA NETO

**Prevenção do câncer do colo do útero em um município do  
Maranhão: análise epidemiológica e avaliação das barreiras e do  
conhecimento em comunidades quilombolas.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da  
Saúde da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Aprovada em 15/12/2025

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Silvio Gomes Monteiro (Orientador) Universidade Federal  
do Maranhão - UFMA

---

1º Examinador (Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo)  
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

---

2º Examinador (Cristina de Andrade Monteiro) Instituto Federal do  
Maranhão - IFMA

---

3º Examinador (Flavia Castello Branco Vidal Cabral) Universidade  
Federal do Maranhão - UFMA

---

4º Examinador (Marcelo Souza de Andrade) Universidade Federal do  
Maranhão - UFMA

“Dizem que o tempo cura todas as feridas, mas  
quanto maior a perda, mais profundo o corte.”

Niklaus Mikaelson

A Deus por andar sempre ao meu lado, por me encher de bênçãos e por me carregar no colo quando o fardo parece pesado.

Aos meus pets (Bartholomeu “in memoria”, Elizabeth e Benedito) pelo companheirismo e alento nos momentos de desespero.

## **AGRADECIMENTO**

Ao Dr. Silvio Gomes Monteiro, pela orientação, oportunidade, confiança, paciência e por toda a dedicação, disponibilidade, contribuições, ensinamentos, e todas as recomendações e indispensáveis sugestões.

À meus pais, José Dias Miranda e Adélia Maria de Jesus Miranda, pelo amor, carinho, estímulo, compreensão e apoio incondicionais. Dedico-lhes esta conquista como gratidão.

Aos meus irmãos, Joselia Dias Miranda, Josiel Dias Miranda, Adelma Dias Miranda do Nascimento, Josué Dias Miranda, José Dias Miranda Filho, Adiel Dias Miranda e Atoniel Dias Miranda, e à meus sobrinhos, por todo o apoio e incentivo.

Ao meus discente de Iniciação Científica pela colaboração na execução do projeto de pesquisa e escrita de trabalhos acadêmicos nesse dois anos. Assim como à Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular – FUNADESP, incentivo ao aprimoramento científico e acadêmico através do programa de bolsa de Iniciação Científica que proporcionou o desenvolvimento das acadêmicas de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde Pitágoras Codó.

Aos meus amigos por todo o apoio prestado, nas mais diversas formas, que me incentivaram nesta caminhada. Pela disponibilidade dos meios necessários à finalização desta tese.

Ao Programa de Pós graduação em Ciências da Saúde – PPGCS. Sempre solícito em todo o acompanhamento desta tese.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, com bolsa de pós-graduação.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho tão importante para o meu desenvolvimento científico.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>12</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>13</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>14</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>36</b>
3.1. Geral:.....	36
3.2. Específicos: .....	36
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>37</b>
4.1. Delineamento da Pesquisa.....	37
4.2. Local da Pesquisa.....	37
4.3. Fase 1: Análise Retrospectiva do Rastreamento do CCU no Município de Codó.....	38
4.4. Fase 2: Estudo de Campo com Mulheres Quilombolas .....	39
4.5. Considerações Éticas e Segurança.....	40
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>42</b>
5.1. Panorama dos Exames Citopatológicos no Município de Codó - Maranhão, entre 2018 a 2023. 42	
5.2. Saúde da Mulher Quilombola em Codó - Maranhão: Um Estudo sobre Conhecimento, Acesso e Barreiras à Saúde Sexual e Reprodutiva. ....	42
<b>6. LIMITAÇÕES E DESAFIOS DA TESE.....</b>	<b>65</b>
6.1. Limitações Metodológicas .....	65
6.2. Limitações Contextuais .....	66
6.3. Implicações das Limitações para a Interpretação dos Resultados .....	67
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>68</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>71</b>
<b>9. APENDICE E ANEXOS.....</b>	<b>85</b>



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCU	Câncer de Colo do Útero
CESE	Coordenadoria Ecumênica de Serviço
CPI-SP	Comissão Pró-Índio de São Paulo
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
FCSPC	Faculdade de Ciências da Saúde Pitágoras Codó
Funadesp	Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano (Human Papilloma Virus)
HSIL	Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (High-grade Squamous Intraepithelial Lesion)
IARC	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (International Agency for Research on Cancer)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
Iterma	Instituto de Colonização e Terras do Maranhão
LSIL	Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion)
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase (Polymerase Chain Reaction)
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PPGCS	Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
SIGAA	Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas
SISCAN	Sistema de Informações de Câncer
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas (United Nations Population Fund)

WHO      Organização Mundial de Saúde (World Health Organization)

## LISTA DE TABELAS

### Referencial Teórico:

Quadro 1 - Resultados citológicos, conforme Sistema Bethesda\*.

### Artigo 1:

Tabela 1 - Cobertura do exame citopatológico de mulheres residentes no município de Codó - MA, na faixa etária de 25 a 64 anos.

Tabela 2 – Motivos da realização do exame citopatológico do colo do útero segundo a faixa etária. Codó/MA. 2018-2023

Tabela 3 – Características dos resultados dos exames citopatológicos, segundo a faixa etária. Codó/MA. 2018-2023

Tabela 4 – Resultados dos exames citopatológicos alterados segundo a faixa etária. Codó/MA. 2018-2023

### Artigo 2:

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres quilombolas. Codó, Maranhão, Brasil, 2025

Tabela 2 - Perfil Socioeconômico de Mulheres Quilombolas

Tabela 3 - Perfil de Atividade Sexual de Mulheres Quilombolas

Tabela 4 - Exame Preventivo e Conhecimento sobre HPV de Mulheres Quilombolas, Codó (Maranhão)

Tabela 5 - Informações de Saúde Sexual de Mulheres Quilombolas, Codó (Maranhão)

## **LISTA DE FIGURAS**

### **Referencial Teórico e Metodologia:**

Figura 1 - Esquema representativo da progressão da carcinogênese cervical.

Figura 2 - Representação do Papilomavirus Humano.

Figura 3 - Representação esquemática da infecção do epitélio cervical por tipos de HPV de baixo e alto risco oncogênico.

Figura 4 - Representação geográfica da localização da Comunidade Quilombola de Santo Antônio dos Pretos, Codó - MA.

### **Artigo 1:**

Gráfico 1 - Cobertura do exame citopatológico de mulheres residentes no município de Codó - MA, na faixa etária de 25 a 64 anos.

## RESUMO

O câncer do colo do útero (CCU) configura-se como um grave problema de saúde pública, um processo lento e progressivo, envolvendo mudanças reversíveis no epitélio cervical, associadas à infecção pelo Papilomavirus humano (HPV - Human Papilloma Virus), cuja prevenção é desafiadora em populações vulnerabilizadas, como as comunidades quilombolas, que enfrentam desigualdades estruturais e barreiras socioculturais específicas. Esta pesquisa teve como objetivo analisar a prevenção do CCU no município de Codó - MA, a partir de uma abordagem dupla: uma análise epidemiológica municipal e um estudo aprofundado sobre conhecimento e barreiras em comunidades quilombolas. Para tanto, empregamos uma metodologia de métodos mistos, combinando um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, baseado em dados do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN) referentes ao período de 2018 a 2023, com um estudo de campo quanti-qualitativo, que integrou inquérito e observação participante junto a mulheres do Quilombo Santo Antônio dos Pretos. O estudo epidemiológico, baseado em 14.993 exames, revelou uma cobertura ineficiente com pico em 2019 de 12% na população-alvo (25 a 64 anos), muito abaixo da meta de 80% recomendada pela Organização Mundial da Saúde, com a maioria dos exames (99,87%) sendo para rastreamento inicial e não para seguimento. Complementarmente, o estudo com 33 mulheres quilombolas identificou barreiras críticas que explicam essa baixa adesão: 33,3% desconheciam a causa das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), 36,4% não sabiam os sintomas do HPV e 50% das que não realizavam o exame preventivo o faziam por não se sentirem doentes, evidenciando uma percepção de saúde focada na doença. Apesar de 75,8% terem realizado algum exame preventivo na vida, apenas 27,3% o fazem regularmente, e 42,4% nunca conversaram com um profissional sobre HPV ou ISTs. A análise estatística revelou uma forte correlação entre faixa etária e multiparidade ( $\chi^2 = 17,849$ ;  $p = 0,0013$ ), refletindo o acesso historicamente limitado ao planejamento familiar. As barreiras identificadas foram estruturais (distância de 47 km e ausência de serviços locais), socioculturais (rotina de trabalho exaustiva, como a quebra de coco babaçu, e dificuldade de comunicação) e informacionais (linguagem técnica inadequada). A maioria das mulheres (75,8% era lavradora com renda inferior a R\$ 1.000/ mês, refletindo vulnerabilidades que se sobrepõem. Conclui-se que a baixa adesão ao rastreamento do CCU transcende a disponibilidade do exame, sendo influenciada por desigualdades estruturais e barreiras socioculturais profundas que afetam desproporcionalmente as mulheres quilombolas. Os resultados reforçam a necessidade urgente de políticas públicas intersetoriais, territorializadas e culturalmente sensíveis para promover a equidade em saúde e fortalecer a autonomia das mulheres quilombolas na prevenção do CCU.

**Palavras-chave:** Câncer de colo uterino; Quilombolas; Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde; *Papilomavirus Humano*; Saúde Sexual e Reprodutiva.

## ABSTRACT

Cervical cancer (CC) is a serious public health problem, a slow and progressive process involving reversible changes in the cervical epithelium associated with infection by the human papillomavirus (HPV). Prevention is challenging in vulnerable populations, such as quilombola communities, which face structural inequalities and specific sociocultural barriers. This research aimed to analyze CCU prevention in the municipality of Codó - MA, using a dual approach: a municipal epidemiological analysis and an in-depth study on knowledge and barriers in quilombola communities. To this end, we employed a mixed-methods methodology, combining a descriptive and retrospective epidemiological study, based on data from the Cancer Information System (SISCAN) referring to the period from 2018 to 2023, with a quantitative-qualitative field study that integrated surveys and participant observation with women from the Santo Antônio dos Pretos Quilombo. This study aimed to analyze CCU prevention in Codó, Maranhão (Brazil), by integrating a municipal epidemiological analysis with an in-depth assessment of knowledge and access barriers in Quilombola communities. The epidemiological study, based on 14,993 tests, revealed inefficient coverage, peaking at 12% in 2019 in the target population (25 to 64 years old), well below the 80% target recommended by the World Health Organization. The majority of tests (99.87%) were for initial screening and not for follow-up. Additionally, a study with 33 women from quilombola communities identified critical barriers explaining this low adherence: 33.3% were unaware of the cause of sexually transmitted infections (STIs), 36.4% did not know the symptoms of HPV, and 50% of those who did not undergo preventive testing did so because they did not feel ill, highlighting a perception of health focused on disease. Although 75.8% had undergone some preventive examination in their lives, only 27.3% do so regularly, and 42.4% had never spoken to a professional about HPV or ISTs. Statistical analysis revealed a strong correlation between age group and multiparity ( $\chi^2=17.849$ ;  $p=0.0013$ ), reflecting historically limited access to family planning. The barriers identified were structural (distance of 47 km and absence of local services), sociocultural (exhausting work routine, such as breaking babaçu coconuts, and difficulty in communication), and informational (inadequate technical language). The majority of women (75.8%) were farmworkers with an income of less than R\$ 1,000/month, reflecting overlapping vulnerabilities. It is concluded that the low adherence to cervical cancer screening transcends the availability of the examination, being influenced by structural inequalities and deep sociocultural barriers that disproportionately affect quilombola women. The results reinforce the urgent need for intersectoral, territorially-based, and culturally sensitive public policies to promote health equity and strengthen the autonomy of quilombola women in cervical cancer prevention.

**Keywords:** Uterine Cervical Neoplasms; Quilombola Communities; Human Papillomavirus Viruses; Effective Access to Health Services; Barriers to Access of Health Services; Reproductive Health.

## 1. INTRODUÇÃO

O Câncer do Colo do Útero (CCU) é reconhecido como um grave problema de saúde pública, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, estima-se que, o triênio 2023-2025 ocorrerão 17.010 novos casos (CARVALHO et al., 2018; INCA, 2023). A incidência desta neoplasia apresenta características etárias específicas, iniciando-se na faixa dos 20 aos 29 anos e atingindo seu pico entre 45 e 49 anos de idade (SILVA et al., 2022). As taxas de sobrevivência do CCU variam significativamente — de menos de 50% para mais de 70% —, sendo esta diferença atribuída, primordialmente, ao acesso precoce ao diagnóstico, à qualidade do rastreamento e à oferta de tratamento adequado (ALLEMANI et al., 2015; FREIRE et al., 2016; TAVARES; MOREIRA, 2017).

A carcinogênese do CCU é um processo lento e progressivo, que envolve transformações reversíveis no epitélio cervical, e está diretamente associada à infecção persistente pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) (SILVA et al., 2022). O HPV é transmitido principalmente por meio da relação sexual, e a infecção é facilitada por fatores de risco comportamental (como multiparidade, uso de anticoncepcionais, múltiplos parceiros), baixo nível socioeconômico, imunossupressão, tabagismo e dieta inadequada (DE ANDRADE AOYAMA et al., 2019; IARC, 2012; SANTOS et al., 2016).

Para o controle efetivo da CCU, as estratégias de saúde pública se concentram em dois eixos:

1. **Prevenção Primária:** Engloba a vacinação contra o HPV e a promoção de práticas sexuais seguras, evitando a infecção inicial pelo vírus (BRASIL, 2014; OLIVEIRA et al., 2022).
2. **Prevenção Secundária (Rastreamento):** Consiste na detecção precoce de lesões precursoras. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma cobertura de 80% a 85% de rastreamento da população de risco, através da citologia esfoliativa do colo uterino (exame de Papanicolaou) (INCA, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No Brasil, o exame de Papanicolaou é a principal ferramenta de rastreamento desde a década de 40 (INCA, 2016), sendo um método simples, de baixo custo, indolor e de fácil execução, que consiste na obtenção de amostras celulares para a detecção de alterações celulares e lesões pré-malignas (INCA, 2021; LONGATTO-FILHO et al., 2015). O exame é indicado pelo Ministério da Saúde para mulheres com vida sexual ativa, na faixa etária de

25 a 64 anos, com periodicidade trienal após dois resultados anuais negativos (BRASIL, 2012; IGLESIAS et al., 2019; SILVA et al., 2019). Recentemente, o Ministério da Saúde iniciou a implementação de técnicas de biologia molecular como: Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) para detecção do DNA de tipos de HPV de alto risco, como exame de rastreamento primário, é indicado para a mesma faixa etária, mas com periodicidade de cinco anos (BRASIL, 2023; BERNARDY et al., 2018; DOS SANTOS; FONSECA, 2016).

Apesar da existência de protocolos e ferramentas eficazes para a prevenção, a prevalência de CCU, ainda é elevada, apontando para falhas na adesão e na cobertura do rastreamento (CORREA et al., 2012). E, o problema é acentuado nas Comunidades Quilombolas, que representam grupos étnico-raciais que enfrentam uma sobreposição de vulnerabilidades (gênero, etnia e classe) que limitam o acesso efetivo e a utilização dos serviços de saúde (CRENSHAW, 2002; NASCIMENTO, 2022).

Comunidades como a de Santo Antônio dos Pretos, em Codó, Maranhão, enfrentaram barreiras significativas no acesso aos cuidados preventivos e assistenciais, especialmente na saúde da mulher, evidenciadas pela baixa adesão ao exame preventivo de CCU e pelo esclarecimento limitado sobre a importância de sua realização periódica. Estas dificuldades são agravadas por:

- Baixa Cobertura Vacinal contra o HPV em comparação com outras localidades (OLIVEIRA et al., 2022);
- Precariedade dos Serviços de Diagnóstico e Rastreamento disponíveis para essas comunidades (PRATES et al., 2015);
- Condições Socioeconômicas Desfavoráveis, que intensificam a influência de fatores extrínsecos como idade, estado imunológico, grau de instrução e atividade sexual, tornando-os determinantes para a maior ocorrência de infecções (MOTA et al., 2021).

Tais fatores resultam em uma exposição descontrolada a múltiplos riscos, incluindo outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) como: Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis e hepatites virais B e C, que, além de comprometerem a saúde reprodutiva, elevam o risco de progressão do CCU (BRASIL, 2018; SANTOS et al., 2016).

Diante deste cenário de sobreposição de vulnerabilidades e acesso restrito a serviços de saúde, a presente pesquisa se justifica pela necessidade de desenvolver uma abordagem abrangente, educativa e acessível que promova efetivamente a saúde da mulher quilombola, contribuindo para a redução da incidência de HPV e outras infecções



sexualmente transmissíveis. Além de estabelecer um perfil epidemiológico sobre a realização do exame preventivo de Papanicolau, e ampliar o conhecimento sobre a exposição dessas mulheres a infecções como: Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis e hepatites virais B e C. Desta forma, pretende-se compreender o panorama da saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas como base para futuras intervenções e estabelecimento de diretrizes e protocolos de tratamento específicos que orientem a segmentação adequada dessa população, visando ao aperfeiçoamento do programa nacional de prevenção do CCU e à melhoria substancial dos indicadores de saúde da mulher em comunidade quilombolas.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. Câncer do Colo do Útero – CCU**

#### **2.1.1. Conceitos Fundamentais e Epidemiologia**

O CCU representa um dos mais graves problemas de saúde pública que afetam as mulheres globalmente, caracterizando-se pelo crescimento desordenado do tecido do colo do útero, com capacidade de invadir órgãos vizinhos e gerar metástases em outros órgãos do organismo (COSTA et al., 2019). Este tipo de neoplasia maligna inicia-se como pequenas lesões pré-invasivas que, quando não detectadas e tratadas precocemente, podem evoluir para lesões invasivas com prognóstico reservado e impacto significativo no bem-estar das mulheres acometidas (RAFAEL et al., 2017).

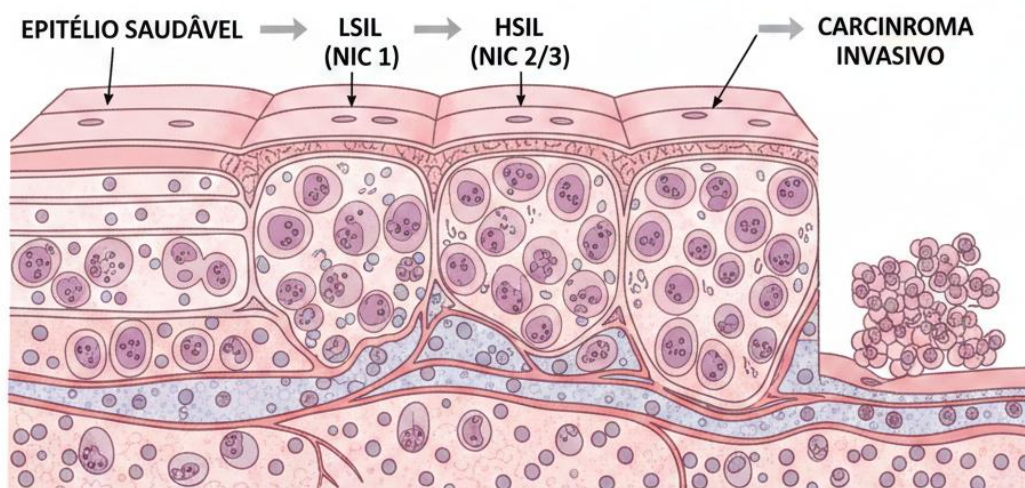
A magnitude epidemiológica do CCU é particularmente alarmante em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, onde se estima para triênio 2023-2025, aproximadamente 17.010 casos novos anuais, no Brasil (CARVALHO et al., 2018; INCA, 2021). A incidência desta neoplasia apresenta características etárias específicas, iniciando-se na faixa de 20 a 29 anos e atingindo seu pico entre 45 e 49 anos de idade (SILVA et al., 2022). As taxas de sobrevida variam significativamente, oscilando entre menos de 50% e mais de 70%, diferença que pode ser atribuída principalmente ao acesso precoce ao diagnóstico, à qualidade dos programas de rastreamento implementados e à disponibilidade de tratamento adequado (ALLEMANI et al., 2015; FREIRE et al., 2016; TAVARES; MOREIRA, 2017).

No contexto brasileiro, a distribuição geográfica do CCU revela profundas desigualdades regionais, onde o Norte e Nordeste apresentando taxas de incidência e mortalidade significativamente superiores às demais regiões do país (SILVA et al., 2022). Esta disparidade regional reflete não apenas as diferenças socioeconômicas existentes, mas também as variações no acesso aos serviços de saúde, na qualidade da assistência prestada e na implementação de programas de prevenção e rastreamento (FONSECA et al., 2010).

Compreendida a magnitude epidemiológica do CCU e suas disparidades regionais, torna-se fundamental aprofundar o entendimento dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos em sua gênese e progressão.

#### **2.1.2. Fisiopatologia e Classificação Histológica**

A carcinogênese cervical constitui um processo lento e progressivo que envolve mudanças inicialmente reversíveis no epitélio cervical, conforme ilustrado na Figura 1, caracterizando-se pela proliferação descontrolada das células que revestem o colo uterino (IARC, 2012; SANTOS et al., 2016). Este processo pode afetar tanto o epitélio escamoso quanto o glandular, podendo posteriormente invadir o estroma subjacente e, em estágios mais avançados, estruturas próximas ou órgãos distantes (DE ANDRADE AOYAMA et al., 2019; VIMAR et al., 2020).



**Figura 1:** Esquema representativo da progressão da carcinogênese cervical. Da esquerda para direita há um processo de evolução de um epitélio normal para lesões intraepiteliais de baixo grau (LSIL/NIC 1) e alto grau (HSIL/NIC 2 e 3), culminando no carcinoma invasivo com o rompimento da membrana basal. Fonte: Elaborado pelo autores (2025), com auxílio de inteligência artificial (Google Gemini).

Na perspectiva histológica, os carcinomas invasores do colo uterino são classificados em duas categorias principais: carcinoma epidermóide e adenocarcinoma (SILVA et al., 2024).

O carcinoma epidermóide representa a forma mais comum, afetando o epitélio escamoso e correspondendo a aproximadamente 90% de todos os casos de CCU. Esta variante histológica desenvolve-se a partir de lesões precursoras conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC), que podem ser classificadas em graus I, II e III, de acordo com a extensão das alterações celulares observadas (LONGATTO-FILHO et al., 2015). A progressão de NIC I para NIC III e, posteriormente, para carcinoma invasivo, geralmente ocorre ao longo de vários anos, oferecendo múltiplas oportunidades para detecção e intervenção precoces.

O adenocarcinoma, por sua vez, é menos frequente, acometendo o epitélio glandular e representando cerca de 10% dos casos de CCU (SILVA et al., 2024). Esta forma histológica tem apresentado aumento relativo em sua incidência nas últimas décadas, particularmente em mulheres jovens, e frequentemente apresenta maior dificuldade diagnóstica devido à sua localização mais profunda no canal cervical, o que pode limitar a efetividade dos métodos convencionais de rastreamento (INCA, 2016). O adenocarcinoma tende a ter comportamento biológico mais agressivo e prognóstico menos favorável quando comparado ao carcinoma epidermóide, especialmente em estágios avançados. As terminologias diagnosticas para as linhagens celulares (escamosas e glandulares) são apresentadas no Quadro 1.

**Quadro 1** - Resultados citológicos, conforme Sistema Bethesda\*

<b>Tipo Celular</b>	<b>Terminologia</b>	<b>Subdivisão</b>
Células escamosas	Células escamosas atípicas (ASC)	Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
		Células escamosas atípicas, não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)
	LSIL (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC grau I)	
	HSIL (compreendendo NIC graus II e III)	HSIL, não podendo excluir microinvasão
	Carcinoma epidermóide invasivo	
Células glandulares	Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas
		Não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau
	Adenocarcinoma in situ (AIS)	
	Adenocarcinoma	endocervical
		Endometrial
		Sem outras especificações (SOE)
Células indefinidas	Outras Neoplasias Malignas	Especificar

\* siglas do inglês: ASC - Atypical squamous cells; ASC-US - Atypical squamous cells, of undetermined significance; LSIL- Low-grade squamous intraepithelial lesion; ASC-H - Atypical squamous cells, cannot exclude HSIL; HSIL - High-grade squamous intraepithelial lesion; AGC - Atypical glandular cells **Fonte:** Neto (2017), adaptado de Ministério da Saúde (2012), conforme Sistema Bethesda 2014.

## 2.2. Fatores de Risco para o CCU

### 2.2.1. Fatores Infecciosos

Os fatores de risco para o desenvolvimento do CCU são múltiplos e complexos, envolvendo aspectos infecciosos, comportamentais, socioeconômicos e ambientais (SILVA et al., 2023). Entre os fatores infecciosos, as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ocupam posição de destaque, sendo o HPV o principal agente etiológico associado a esta neoplasia (BARROS et al., 2021). Além do HPV, outras ISTs como HIV, clamídia e tricomoníase também constituem fatores de risco importantes para o CCU (SILVA et al., 2023).

A infecção pelo HIV, em particular, compromete significativamente o sistema imunológico, reduzindo a capacidade do organismo de eliminar a infecção pelo HPV e aumentando o risco de persistência viral e progressão para lesões malignas (MANHÃES et al., 2018). Assim, a co-infecção HIV-HPV representa uma situação de particular vulnerabilidade, requerendo protocolos específicos de rastreamento e seguimento.

A candidíase, embora não seja uma IST propriamente dita, também tem sido associada a alterações no microambiente vaginal que podem facilitar a aquisição e persistência de outras infecções, incluindo o HPV (SILVA et al., 2023). Estas alterações no equilíbrio da microbiota vaginal podem comprometer os mecanismos naturais de defesa local, criando condições favoráveis para o estabelecimento de infecções persistentes.

Além dos fatores infecciosos, aspectos comportamentais e reprodutivos desempenham papel crucial na determinação do risco individual para o desenvolvimento do CCU.

### 2.2.2. Fatores Comportamentais e Reprodutivos

Os fatores comportamentais relacionados à atividade sexual constituem elementos fundamentais na epidemiologia do CCU (SILVA et al., 2023). A iniciação sexual precoce (antes dos 18 anos), tem um risco consideravelmente maior de contrair a infecção pelo HPV e desenvolver lesões cervicais (BENTO et al., 2023). Este risco elevado pode ser atribuído à maior vulnerabilidade do epitélio cervical jovem às infecções virais e à maior probabilidade de exposição a múltiplos tipos de HPV ao longo da vida sexual.

A multiplicidade de parceiros sexuais, tanto da própria mulher quanto de seus parceiros, representa outro fator de risco importante, aumentando a probabilidade de exposição a diferentes tipos de HPV e outras ISTs (SILVA et al., 2023). Este risco é amplificado quando associado ao não uso de preservativos, que constitui a principal medida de proteção contra a transmissão sexual do HPV e outras ISTs (BENTO et al., 2023).

Os fatores reprodutivos também desempenham papel relevante na carcinogênese cervical. A multiparidade, definida como quatro ou mais gestações, configura um fator de risco estabelecido para o CCU (MANHÃES et al., 2018). Os mecanismos biológicos que explicam esta associação incluem alterações hormonais, nutricionais e imunológicas que ocorrem durante a gestação e que podem facilitar a persistência da infecção pelo HPV e a progressão para lesões malignas.

O uso prolongado de contraceptivos hormonais orais também tem sido associado ao aumento do risco de CCU, particularmente quando utilizado por períodos superior a cinco anos (MANHÃES et al., 2018). Acredita-se que o uso de anticoncepcionais hormonais possa influenciar o comportamento sexual, com a redução do uso de preservativos, criando uma maior vulnerabilidade às ISTs.

Os fatores comportamentais e reprodutivos não atuam isoladamente, sendo fortemente influenciados pelas condições socioeconômicas e ambientais em que as mulheres estão inseridas.

### 2.2.3. Fatores Socioeconômicos e Ambientais

As condições socioeconômicas desfavoráveis constituem determinantes fundamentais na epidemiologia do CCU, influenciando tanto o risco de desenvolvimento da doença quanto o acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento (DAMIANI et al., 2021). A baixa renda familiar, combinada com baixos níveis de escolaridade, está associada a maior vulnerabilidade às ISTs, menor conhecimento sobre medidas preventivas e menor adesão aos programas de rastreamento (BENTO et al., 2023).

O tabagismo representa um fator de risco ambiental bem estabelecido para o CCU, exercendo efeitos deletérios sobre o sistema imunológico local e sistêmico (SILVA et al., 2023). O tabaco diminui significativamente a quantidade e a função das células de Langerhans, que são responsáveis pela defesa do tecido epitelial cervical, comprometendo

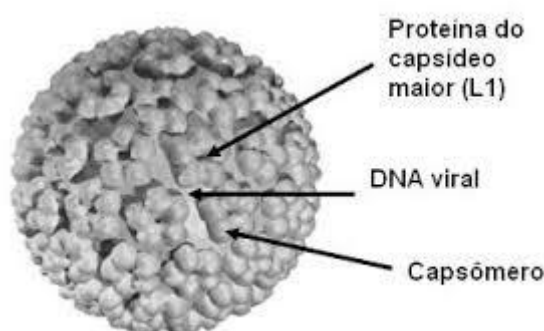
a capacidade do organismo de eliminar a infecção pelo HPV e facilitando a progressão para lesões malignas (MANHÃES et al., 2018).

Fatores nutricionais também podem influenciar o risco de CCU, com a desnutrição e deficiências de folato, vitaminas A, C e E, carotenoides, e minerais tem demonstrado aumento do risco de lesões cervicais, sendo associadas a maior susceptibilidade às infecções e menor capacidade de resposta imunológica (SILVA et al., 2023; TOMITA, 2007).

### 2.3. HPV e sua Relação com o CCU

#### 2.3.1. Características Viroológicas do HPV

O HPV constitui o agente infeccioso de transmissão sexual mais comum mundialmente, representando a principal causa do CCU (BARROS et al., 2021). Os HPVs são vírus DNA sem envelope, pertencentes à família Papillomaviridae (Figura 2), que infectam células epiteliais da pele e mucosas, incluindo o trato urogenital, a cavidade oral e a orofaringe (SIMONETTI; OLIVEIRA, 2012).



**Figura 2** - Representação do Papilomavirus Humano. Fonte: Entiauspe et al. (2006).

Mais de 200 tipos de HPV foram identificados, tendo cerca de 40 tipos com tropismo pelo trato genital (POHLMANN, 2002). A classificação dos tipos de HPV baseia-se em seu potencial oncogênico, dividindo-se em tipos de baixo risco e alto risco oncogênico (ZEBARDAST et al., 2022). Essa classificação é fundamental para a compreensão da progressão da infecção e criação eficaz de prevenção e tratamento.

Os tipos de baixo risco, como 6 e 11, estão implicados em cerca de 90% dos casos de verrugas genitais, e raramente causam câncer (BRASIL, 2018). Já os tipos de alto risco

oncogênico, como: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 e 70, são classificados como carcinógenos do grupo 1 pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) (POHLMANN, 2002). Destes, os tipos 16 e 18 são responsáveis por aproximadamente 70% de todos os casos de CCU (INCA, 2016).

### 2.3.2. Mecanismos de Carcinogênese

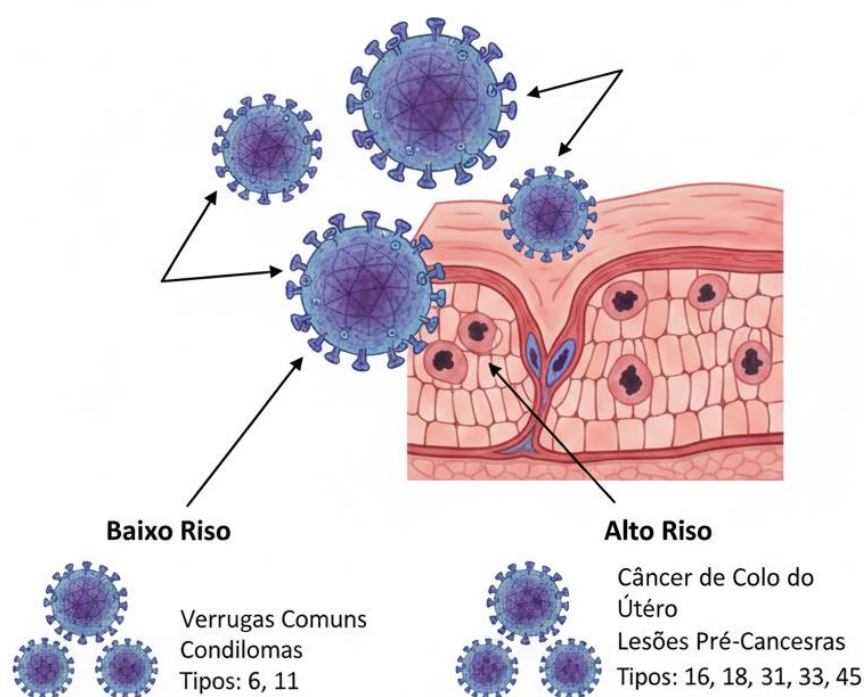
A relação causal entre a infecção pelo HPV e o desenvolvimento do CCU está bem estabelecida cientificamente, com o DNA do HPV sendo detectado em aproximadamente 99,7% dos carcinomas cervicais (POHLMANN, 2002; ZEBARDAST et al., 2022). Essa descoberta rendeu a Harald zur Hausen em 2008, o Prêmio Nobel de Medicina, e foi um marco na compreensão da etiologia do câncer cervical e trazendo novas perspectivas para prevenção primária, com vacinação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

O processo de carcinogênese cervical mediado pelo HPV é complexo e multifatorial, envolvendo a integração do genoma viral nos cromossomos das células hospedeiras e a expressão de oncoproteínas virais, particularmente E6 e E7 (BARROS et al., 2021). Estas oncoproteínas interferem com os mecanismos normais de controle do ciclo celular, inativando proteínas supressoras de tumor como p53 e pRb, levando à proliferação celular descontrolada e ao desenvolvimento de lesões pré-cancerosas (INCA, 2016).

A infecção pelo HPV ocorre quando partículas virais infectantes entram em contato com células normais do epitélio cervical através de microtraumas que ocorrem durante a atividade sexual (BARROS et al., 2021). Inicialmente, o vírus infecta as células basais do epitélio, onde estabelece uma infecção produtiva que pode permanecer latente ou progredir para lesões clinicamente detectáveis, conforme ilustrado na Figura 3.



## HPV e a Carcinogênese Cervical



**Figura 3** - Representação esquemática da infecção do epitélio cervical por tipos de HPV de baixo e alto risco oncogênico. Fonte: Elaborado pelo autores (2025), com auxílio de inteligência artificial (Google Gemini).

A progressão da infecção pelo HPV para o CCU não é automática nem inevitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). A maioria das infecções por HPV é transitória e assintomática, sendo eliminada naturalmente pelo sistema imunológico em um período de 6 a 24 meses (BRASIL, 2018). Mesmo quando ocorrem lesões pré-cancerosas, estas podem regredir espontaneamente em uma proporção significativa dos casos.

A progressão para câncer invasivo geralmente requer a persistência da infecção por tipos de HPV de alto risco por períodos prolongados, tipicamente 10 a 20 anos, durante os quais ocorrem transformações celulares graduais (BRASIL, 2018). Este longo período de latência oferece múltiplas oportunidades para detecção precoce através de programas de rastreamento adequadamente implementados.

### 2.3.3. Fatores que Influenciam a Persistência Viral

Os fatores que influenciam a persistência da infecção pelo HPV e a progressão para câncer incluem características virais, fatores do hospedeiro e fatores ambientais (INCA, 2016). Entre as características virais, o tipo específico de HPV, a carga viral e a presença de co-infecções por múltiplos tipos são determinantes importantes da persistência e progressão. Os fatores do hospedeiro incluem idade, status imunológico, predisposição genética e resposta imune individual (INCA, 2016). Mulheres jovens apresentam maior capacidade de eliminação espontânea da infecção, enquanto mulheres com comprometimento imunológico, seja por condições médicas ou uso de medicamentos imunossupressores, apresentam maior risco de persistência viral e progressão para lesões malignas.

Em relação aos fatores ambientais, aqueles já citados anteriormente, como fatores de risco ao CCU, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais, co-infecções por outros agentes (particularmente *Chlamydia trachomatis* e herpes vírus), elevada paridade e deficiências nutricionais, também exercem influência direta na persistência da infecção pelo HPV (INCA, 2016). Para as mulheres quilombolas, fatores adicionais como condições socioeconômicas desfavoráveis, acesso limitado aos serviços de saúde e exposição a fatores de risco ambientais podem influenciar tanto o risco de infecção e a progressão da enfermidade (AYRES et al., 2003).

## 2.4. Prevenção do CCU

### 2.4.1. Prevenção Primária: Vacinação contra HPV

A prevenção primária do CCU baseia-se principalmente na prevenção da infecção pelo HPV através da vacinação e da adoção de práticas sexuais seguras (BENTO et al., 2023). A vacinação contra HPV representa uma das mais importantes inovações na prevenção primária do CCU, oferecendo a possibilidade de prevenir a infecção pelos tipos de HPV mais associados ao desenvolvimento de câncer cervical (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

No Brasil, a vacina contra HPV foi incorporada ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 2014, sendo oferecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para grupos específicos da população (BRASIL, 2014). A vacina quadrivalente

contra HPV, utilizada no Brasil, oferece proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do vírus (BRASIL, 2018). Os tipos 16 e 18 são responsáveis por aproximadamente 70% dos casos de CCU, enquanto os tipos 6 e 11 causam cerca de 90% das verrugas genitais (INCA, 2024).

A recomendação do MS da vacinação inicial era para crianças e adolescentes de 9 a 14 anos, essa faixa etária, a resposta imunológica é mais eficaz e a probabilidade reduzida de contato anterior com o vírus (BRASIL, 2018). Para grupos específicos, incluindo pessoas vivendo com HIV, transplantados, pacientes oncológicos e vítimas de abuso sexual, a vacinação é recomendada até os 45 anos de idade, reconhecendo as vulnerabilidades específicas destes grupos (BRASIL, 2014). Em uma atualização estratégica importante, o Ministério da Saúde adotou, em abril de 2024, o esquema de vacinação em dose única contra o HPV, substituindo o modelo anterior de duas doses, esta mudança, baseada em evidências científicas e em recomendações da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), visando aumentar a adesão à vacinação e ampliar a cobertura vacinal, além de praticamente dobrar a capacidade de imunização (BRASIL, 2024).

Embora a vacina esteja disponível pelo SUS, o Brasil ainda tem dificuldades consideráveis para atingir as metas de cobertura vacinal propostas que é de 80%, estabelecida em 2014, ainda não foi atingida em muitas regiões do país (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2023; SANTOS; SANTOS; FERNANDES, 2023). Entretanto, em 2023, foram aplicadas mais de 6,1 milhões de doses da vacina contra o HPV, o maior número desde 2018, representando um aumento de 42% em relação a 2022, resultado do Movimento Nacional pela Vacinação (BRASIL, 2024). Vários fatores contribuem para esta baixa cobertura, incluindo falta de informações claras sobre os benefícios da vacinação, medo e desconfiança em relação à vacina, preocupações dos responsáveis sobre a segurança da vacina e receios de que a vacinação possa induzir comportamento sexual precoce (OLIVEIRA et al., 2022; WAHEED et al., 2023).

Para as comunidades quilombolas, a vacinação contra HPV enfrenta desafios específicos relacionados às barreiras de acesso e aceitação pela comunidade (AYRES et al., 2003; BRASIL, 2009). Comunidades que vivem em locais isolados enfrentam dificuldade de acesso às unidades de saúde, sendo necessário estratégias como implementação de campanhas de vacinação itinerantes ou criação de pontos de vacinação nas próprias comunidades.

#### 2.4.2. Prevenção Secundária: Rastreamento do CCU

A prevenção secundária do CCU baseia-se no rastreamento através de exames que permitem a detecção precoce de lesões pré-cancerosas e câncer em estágios iniciais (INCA, 2016). O rastreamento do CCU constitui uma estratégia fundamental de prevenção secundária, permitindo a detecção e tratamento de lesões pré-cancerosas antes da progressão para câncer invasivo.

Quando implementado adequadamente, o rastreamento citológico pode prevenir até 100% dos casos de CCU, demonstrando sua importância como medida de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). A OMS preconiza que 80% a 85% da população de risco realize o rastreamento para reduzir a mortalidade por CCU (CORREA et al., 2012; INCA, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

As diretrizes brasileiras atualizadas recomendam que mulheres que já iniciaram a vida sexual devem começar rastreamento aos 25 anos e continuar até os 64 anos de idade, o teste molecular para detecção de DNA-HPV de alto risco passa a ser o método de rastreamento primário, com periodicidade de cinco anos (BRASIL, 2024b; 2025; IGLESIAS et al., 2019; SILVA et al., 2019). Quando o teste de DNA-HPV é negativo em mulheres com 60 anos ou mais, e tendo havido início do rastreamento aos 60 anos, é liberada do rastreamento, desde que não ultrapasse os 64 anos (BRASIL, 2025). Estas diretrizes baseiam-se em evidências científicas sobre a história natural do câncer cervical e a efetividade do rastreamento em diferentes faixas etárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

O exame de Papanicolaou, que historicamente era o método principal de rastreamento, passa a ser um teste de triagem reflexo em situações específicas (detecta o DNA-HPV de alto risco, não sendo 16 e 18), e se o resultado da citologia for ASC-US+ (células escamosas atípicas de significado indeterminado ou mais grave), a mulher é encaminhada para colposcopia (BRASIL, 2025).

A integração dos testes moleculares para identificar HPV oncogênico pelo SUS representa um avanço significativo na estratégia de rastreamento do CCU no Brasil, apresentam maior sensibilidade que a citologia convencional para detecção de lesões pré-cancerosas, permitindo intervalos de rastreamento mais longos e identificação mais precoce de mulheres em risco (BRASIL, 2025; INCA, 2020). A implementação dos testes de HPV representa um avanço significativo na prevenção do câncer cervical,

especialmente para populações com acesso limitado aos serviços de saúde, como as comunidades quilombolas (AYRES et al., 2003; BRASIL, 2009).

O acesso ao rastreamento do CCU apresenta diversos obstáculos para mulheres de comunidades quilombolas (PRATES et al., 2015). Estas barreiras incluem dificuldades de acesso geográfico aos serviços de saúde, falta de conhecimento sobre a importância do exame, constrangimento e desconforto relacionados ao procedimento, inadequação cultural dos serviços, além disso, há insuficiência dos serviços de saúde locais na realização do rastreamento de maneira adequada (BRASIL, 2009; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

## 2.5. Comunidades Quilombolas no Brasil

### 2.5.1. Contexto Histórico e Conceitual

As comunidades quilombolas representam um dos grupos étnico-raciais mais significativos da formação social brasileira, constituindo-se como espaços de resistência histórica ao sistema escravocrata que perdurou no país por mais de três séculos (CESE, 2024). O termo de origem banto ‘quilombo’, significa ‘povoação’, no período colonial, designava os espaços físicos de refúgio e resistência à escravidão, onde africanos e seus descendentes encontravam-se seguros (BRASIL, 2024a).

A formação dos quilombos no Brasil remonta aos séculos XVI ao XIX, período durante o qual o sistema escravocrata se consolidou como base da economia colonial (BRASIL ESCOLA, 2024; MUNDO EDUCAÇÃO, 2024). Os quilombos, também conhecidos como mocambos em algumas regiões, representavam não apenas espaços de fuga, mas verdadeiras organizações sociais alternativas que desenvolveram sistemas próprios de produção, cultura e organização política (CNN BRASIL, 2023; SCHWARTZ, 1987).

A diversidade geográfica e cultural dos quilombos refletia a amplitude do território brasileiro e a heterogeneidade das populações africanas que foram trazidas forçadamente para o país (COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO, 2024). Desde as regiões amazônicas até o interior do Nordeste, passando pelas áreas rurais do Sudeste e Sul, os quilombos se adaptaram às condições ambientais locais, desenvolvendo estratégias específicas de sobrevivência e resistência (BRASIL DE DIREITOS, 2022; MANDU SOCIAL, 2024). Esta adaptabilidade demonstra não apenas a capacidade de resistência

dessas comunidades, mas também sua habilidade em criar formas sustentáveis de relacionamento com o meio ambiente (BRASIL, 2024a; GARCIA; BUENO, 2023).

### 2.5.2. Definição Legal e Reconhecimento Contemporâneo

O reconhecimento legal das comunidades quilombolas no Brasil contemporâneo encontra sua base jurídica no Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, define os procedimentos para as terras ocupadas por remanescentes de comunidades quilombolas sejam identificadas, reconhecidas, delimitadas, demarcadas e titulação (BRASIL, 2003). Segundo este decreto, a definição de comunidade quilombola é:

Art. 2º Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003).

Esta definição legal representa um avanço significativo no reconhecimento dos direitos dessas comunidades, pois incorpora o critério de auto atribuição como elemento fundamental para o reconhecimento da identidade quilombola (POLITIZE, 2021). Tal abordagem reconhece que a identidade quilombola não se limita a uma descendência biológica direta, mas engloba aspectos culturais, territoriais e de resistência histórica que caracterizam essas comunidades (SEROTINI; RODRIGUES, 2024).

A Fundação Cultural Palmares, órgão vinculado ao Ministério da Cultura, é responsável pela certificação das comunidades quilombolas, processo que constitui o primeiro passo para o reconhecimento oficial dessas comunidades (BRASIL, 2022). Esta certificação é fundamental para que as comunidades possam acessar políticas públicas específicas e iniciar os processos de regularização fundiária de seus territórios (AGÊNCIA GOV, 2024; ALMA PRETA, 2024; FOLHA DE S. PAULO, 2024). O processo de certificação considera não apenas os critérios legais estabelecidos, mas também a organização social, as tradições culturais e as formas específicas de ocupação territorial que caracterizam cada comunidade.

### 2.5.3. Demografia e Distribuição Territorial Contemporânea

Os dados do Censo Demográfico 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam a dimensão atual das comunidades quilombolas no Brasil, fornecendo pela primeira vez um retrato demográfico abrangente desta população (IBGE, 2022). De acordo com os dados, 1.330.186 pessoas residem em quilombos, representando 0,66% da população brasileira, com presença registrada em 1.700 municípios, 24 estados e no Distrito Federal.

Entre as regiões, o Nordeste concentra a maior população quilombola, com 906.337 pessoas quilombolas, correspondendo a 68,14% da população do país (FERRARI, 2024; IBGE, 2024). Os estados da Bahia e Maranhão concentram uma parcela particularmente significativa, juntos abrigando 50,12% da população quilombola do Brasil. A Bahia possui 397.502 quilombolas, representando 29,88% da população quilombola nacional, enquanto o Maranhão possui 270.074 quilombolas, correspondendo a 20,30% do total nacional.

Esta concentração regional reflete tanto a importância histórica destes estados na formação de quilombos quanto as condições socioeconômicas que favoreceram a manutenção e o reconhecimento dessas comunidades (IBGE, 2024). Dos 495 Territórios Quilombolas oficialmente delimitados no país, apenas 167.769 pessoas quilombolas residem dentro destes territórios, enquanto 1.162.417 residem fora de territórios oficialmente delimitados (INCRA, 2023; SENADO FEDERAL, 2025). Esta disparidade evidencia os desafios relacionados aos processos de regularização fundiária e a necessidade de políticas públicas que considerem a realidade da população quilombola que vive fora dos territórios oficialmente reconhecidos.

#### 2.5.4. Características Demográficas e Socioeconômicas

A análise das características demográficas da população quilombola revela aspectos importantes que a distinguem da população brasileira em geral (IBGE, 2024). Com 24,7% dos indivíduos na faixa etária de 15 a 29 anos, a população quilombola é, em média, mais jovem que a população nacional, sendo este seu grupo etário predominante. Esta característica demográfica tem implicações importantes para as políticas públicas, especialmente aquelas relacionadas à educação, saúde reprodutiva e inserção no mercado de trabalho (PRATES; POSSATI; TIMMET, 2016).

A distribuição por gênero da população quilombola segue padrões similares aos da população brasileira, mas apresenta especificidades importantes quando analisada em

conjunto com outros indicadores socioeconômicos (NASCIMENTO; ARANTES; CARVALHO, 2022).

As mulheres quilombolas representam uma parcela significativa da população e, dada a interseção de fatores como gênero, raça e condições socioeconômicas, enfrentam vulnerabilidades específicas (CEZAR, 2024; NASCIMENTO, 2017). A maior parte da população quilombola reside em zonas rurais (mais de 60%), diferido da média nacional (12,6%) (BRASIL DE FATO, 2025; G1, 2025; IBGE, 2022). Essa característica geográfica tem implicações importantes para o acesso a serviços públicos, infraestrutura e oportunidades econômicas, contribuindo para as vulnerabilidades específicas desta população (LIMA et al., 2022; MACÊDO et al., 2020).

## 2.6. Vulnerabilidades em Saúde das Mulheres Quilombolas

### 2.6.1. Determinantes Sociais da Saúde em Comunidades Quilombolas

As comunidades quilombolas enfrentam múltiplas vulnerabilidades decorrentes de fatores históricos, socioeconômicos, geográficos e políticos (MOTA et al., 2021). Tais vulnerabilidades afetam de forma diferenciada entre os diversos grupos, sendo as mulheres quilombolas particularmente impactadas pela sobreposição de vulnerabilidades relacionadas a gênero, raça e classe social (NASCIMENTO et al., 2022). Entre os determinantes sociais da saúde que as afetam, incluem-se condições de vida precárias, acesso limitado a serviços de saúde de qualidade, baixos níveis de escolaridade, renda insuficiente, assim como condições de moradia e saneamento precários e risco ambientais (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). A marginalização histórica leva à exclusão de muitas políticas públicas, perpetuando ciclos de pobreza e vulnerabilidade (UNFPA, 2024), especialmente no acesso à saúde, onde as barreiras geográficas, culturais e econômicas impõem obstáculos significativos (PASSO et al., 2021).

### 2.6.2. Vulnerabilidades Específicas das Mulheres Quilombolas

As mulheres quilombolas vivenciam vulnerabilidades específicas, resultantes da intersecção de múltiplos fatores de risco individuais, sociais e programáticos (AYRES et al., 2003; CRENSHAW, 1991; 2002). Estas são intensificadas pelas desigualdades históricas e estruturais de suas comunidades, gerando um contexto de elevado risco que



demanda abordagens específicas e culturalmente apropriadas para prevenção e controle (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

As vulnerabilidades individuais incluem: limitado conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, percepção de risco, e habilidades de comunicação e negociação (AYRES et al., 2003). Estudos indicam informações incorretas ou incompletas sobre transmissão, prevenção e tratamento (OLIVEIRA et al., 2021).

As vulnerabilidades sociais abrangem: pobreza, baixa escolaridade, isolamento social (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; 2021), e normas culturais sobre sexualidade e gênero que podem limitar a autonomia feminina nas decisões de saúde (AYRES et al., 2003; CRENSHAW, 1991).

As vulnerabilidades programáticas referem-se às limitações dos serviços de saúde e programas de prevenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Isso inclui barreiras geográficas ao acesso, inadequação cultural dos programas, falta de profissionais capacitados e ausência de estratégias específicas (AYRES et al., 2003; BRASIL, 2009).

#### 2.6.3. Comunidade Quilombola Santo Antônio dos Pretos, Codó - MA

A comunidade quilombola Santo Antônio dos Pretos, localizada na zona rural do município de Codó, Maranhão, constitui um importante remanescente histórico e cultural das comunidades negras brasileiras, com origem que remonta ao século XVIII como reduto de negros escravizados fugitivos das fazendas de algodão e arroz (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2018).

Segundo dados do Censo de 2022, a comunidade abriga uma população de 50 pessoas distribuídas em aproximadamente 15 famílias, ocupando um território de 2.700 hectares, delimitação estabelecida pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) em 2025. Desse total, 2.139,55 hectares já eram titulados, concedidos pelo Instituto de Colonização e Terras do Maranhão (Iterma) desde 1999 (BRASIL, 2025; COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO, 2023). A comunidade foi oficialmente certificada como remanescente de quilombo pela Fundação Cultural Palmares em 2010, reconhecendo sua importância histórica e cultural (BRASIL, 2010).

Do ponto de vista sociocultural, a comunidade destaca-se pela preservação das tradições ancestrais africanas, especialmente através da prática do Terecô, uma manifestação religiosa afro-brasileira genuína da região de Codó que incorpora elementos indígenas e católicos, permitindo que os quilombolas mantivessem seus cultos religiosos

como forma de resistência cultural (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2018). As mulheres da comunidade desempenham papel fundamental na preservação da história, cultura e tradições quilombolas, atuando como guardiães da memória coletiva e transmissão dos conhecimentos tradicionais para novas gerações, conforme evidenciado em pesquisas acadêmicas recentes que destacam sua importância na construção da identidade quilombola e na luta pela valorização de suas experiências e saberes (CRUZ, 2023).

A comunidade enfrenta desafios contemporâneos relacionados à educação, infraestrutura e acesso a serviços públicos, mas mantém viva sua rica herança cultural através de festividades religiosas, práticas tradicionais de cura com plantas medicinais e a transmissão oral de conhecimentos, representando um exemplo significativo de resistência e preservação da cultura afro-brasileira no Maranhão (G1 MARANHÃO, 2012; OLANDA et al., 2020).

## 2.7. Educação em Saúde e Estratégias de Prevenção Culturalmente Apropriadas

### 2.7.1. Fundamentos da Educação em Saúde

A educação em saúde constitui um componente fundamental das estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde, especialmente quando direcionada a populações vulneráveis como as comunidades quilombolas (FALKENBERG et al., 2014). O desenvolvimento de estratégias de prevenção culturalmente apropriadas requer uma compreensão profunda das características culturais, sociais e econômicas destas comunidades, bem como o reconhecimento de seus sistemas próprios de conhecimento sobre saúde e sexualidade (AYRES et al., 2003; VASCONCELOS, 2001).

Estas estratégias devem integrar os conhecimentos científicos sobre prevenção de doenças com os saberes tradicionais das comunidades, criando abordagens híbridas que sejam tanto efetivas quanto culturalmente aceitáveis (BRASIL, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). A educação em saúde deve ser desenvolvida através de metodologias participativas que valorizem os conhecimentos e experiências das mulheres quilombolas (FALKENBERG et al., 2014; VASCONCELOS, 2001), incluindo a utilização de linguagem acessível e culturalmente apropriada, o envolvimento de lideranças comunitárias como multiplicadores de informação, e a adaptação das mensagens

preventivas às realidades específicas das comunidades (BORDENAVE; PEREIRA, 2002; FREIRE, 1987).

### 2.7.2. Estratégias Específicas para Comunidades Quilombolas

A promoção do uso de preservativos representa uma estratégia importante de prevenção de ISTs, mas deve considerar as dinâmicas de gênero e poder presentes nas relações sexuais (AYRES et al., 2003; CRENSHAW, 2002). Para as mulheres quilombolas, isto pode incluir o fortalecimento da autonomia feminina na tomada de decisões sobre saúde sexual, o desenvolvimento de habilidades de comunicação e negociação, e a promoção de normas sociais que apoiem práticas sexuais seguras (CRENSHAW, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A melhoria do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva é fundamental para a prevenção efetiva de ISTs e CCU em comunidades quilombolas (BRASIL, 2009; DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021). Isto pode incluir a implementação de serviços móveis de saúde, a capacitação de profissionais de saúde sobre competência cultural, o desenvolvimento de protocolos específicos para atendimento de mulheres quilombolas, e a integração dos serviços de prevenção com outros serviços de saúde utilizados pelas comunidades (AYRES et al., 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Para que as estratégias de educação em saúde sejam eficazes, precisam considerar e mesclar os saberes tradicionais quilombolas sobre medicina natural, práticas de autocuidado e rituais de cura, estabelecendo uma conexão entre saberes culturais e conhecimento científico sobre prevenção de doenças (AYRES et al., 2003; CENTRO DE ESTUDOS DSS, 2024). Esta integração deve ser feita de forma respeitosa e colaborativa, reconhecendo a legitimidade dos sistemas tradicionais de conhecimento e buscando pontos de convergência com as práticas baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Geral:

- Integrar a análise epidemiológica da prevenção do Cancer do Colo do Útero no Município de Codó, Maranhão, com a avaliação do conhecimento e das barreiras de acesso à saúde em comunidades quilombolas.

#### 3.2. Específicos:

- Caracterizar a cobertura, adequabilidade e prevalência de alterações celulares nos exames citopatológicos de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes no município de Codó, Maranhão, entre 2018 e 2023;
- Avaliar o conhecimento sobre Papilomavirus Humano (HPV), infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e medidas preventivas (vacinação, exame preventivo, uso de contraceptivos) entre mulher quilombolas, investigando a adesão a essas práticas e identificando fatores sociodemográficos associados;
- Identificar e caracterizar as barreiras estruturais, socioculturais e informacionais que limitam o acesso e a adesão às medidas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres quilombolas, integrando uma análise quantitativa com observações etnográficas, compreendendo as percepções de saúde e os determinantes sociais que influenciam essas práticas.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Delineamento da Pesquisa

Este foi um estudo descritivo-analítico e observacional em saúde das mulheres no município de Codó do Maranhão, e na Comunidade Quilombola Santo Antônio dos Pretos. A estratégia metodológica foi estruturada em duas fases principais.

### 4.2. Local da Pesquisa

O cenário desta investigação foi o município de Codó, Maranhão, Brasil. O estado do Maranhão, situado na região Nordeste do Brasil, é a oitavo maior estado do estado país, com extensão territorial de 329.651km<sup>2</sup>. O município de Codó, fundado em 16 de abril de 1896, é a sexta cidade mais populosa do estado, área territorial de 4.361,606 km<sup>2</sup> na mesorregião do leste maranhense (IBGE, 2022). A população feminina é majoritária na cidade (51,35%), sendo que as de idade reprodutiva (10 a 49 anos) correspondem a 29,3% dos habitantes (IBGE, 2010). Para estudo de campo foi escolhida a comunidade de quilombola de Santo Antônio dos Pretos, localizado a 47 km da cidade de Codó. Possui uma área de 2.139, 55 hectares (Figura 4).

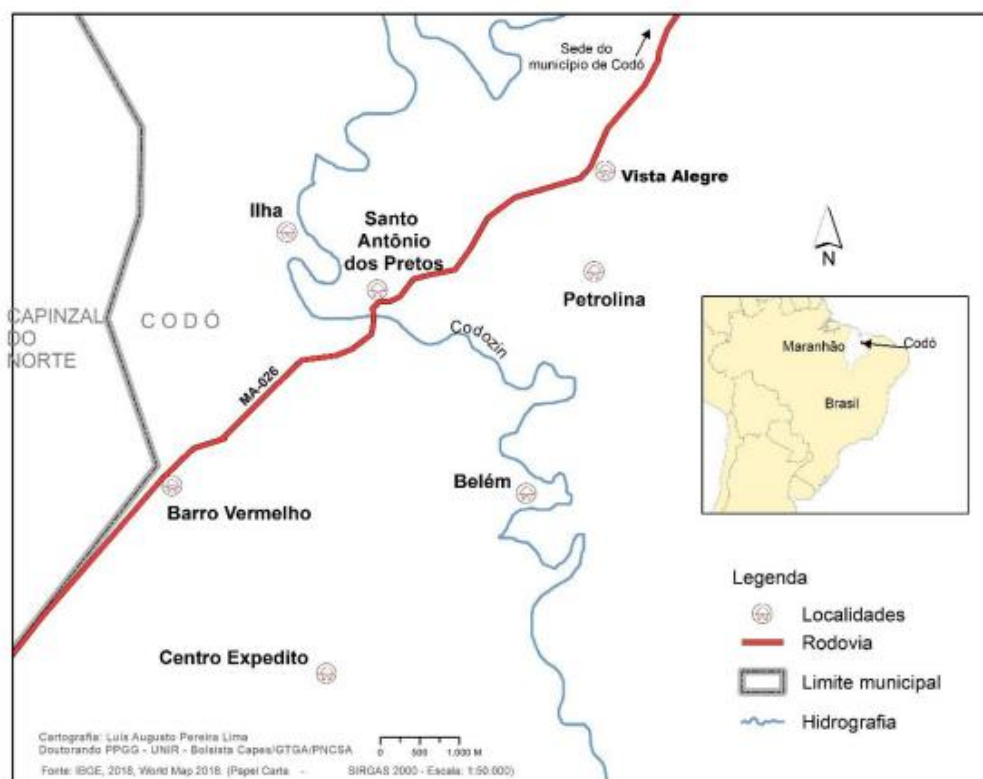


Figura 2 - Representação geográfica da localização da Comunidade Quilombola de Santo Antônio dos Pretos, Codó - MA. Fonte: Cantanhede Filho (2020).

#### 4.3. Fase 1: Análise Retrospectiva do Rastreamento do CCU no Município de Codó

Consistiu em um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, de natureza quantitativa, utilizando dados secundários.

##### 4.3.1. Coleta e Análise de Dados

Os dados foram obtidos do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN), disponível publicamente no DATASUS. Foram coletadas variáveis como motivo do exame (rastreamento, repetição, seguimento), adequabilidade da amostra, epitélio representado e resultados alterados. Essas informações foram organizadas no programa Excel (versão 2010) por faixa etária, para melhor consolidação da informação.

A coleta dos dados se deu da seguinte forma:

Passo 1: acesso ao Sistema de Informações de Câncer por meio do endereço eletrônico <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colo-do-utero-e-mama/>;

Passo 2: Selecionamos a opção: cito do colo – por local de residência, com abrangência geográfica: Maranhão;

Passo 3: aplicação de filtros nos campos: Linha - Faixa etária; Coluna - ano de competência, adequabilidade, atipia de células escamosas e glandulares, representatividade de zona de transformação e motivo do exame; neste item, cada variável foi pesquisada separadamente, mas, conjunto aos outros itens: Linha, medida, período disponível, e seleções disponíveis. Medida - exame; Período de disponíveis: 2018 a 2023; Seleções disponíveis: 210330 - Codó.

As informações foram organizadas e analisadas descritivamente, utilizando frequências absolutas e relativas. Para a análise estatística e a avaliação da associação entre variáveis classificatórias, empregou-se o teste não paramétrico Qui-quadrado de independência ( $\chi^2$ ). A adesão/cobertura do exame citopatológico foi calculada conforme a metodologia preconizada pelo MS, com o objetivo de identificar a proporção de exames em mulheres na faixa etária alvo (25 a 64 anos). O nível de significância ( $\alpha$ ) para todos os

testes foi estabelecido em 5%. O programa IBM SPSS Statistics 22 (2013) foi utilizado para as análises.

#### 4.4. Fase 2: Estudo de Campo com Mulheres Quilombolas

A segunda fase configurou-se como uma pesquisa de campo descritiva, transversal, prospectiva e exploratória, com abordagem quantitativa, realizada diretamente com mulheres da comunidade quilombola Santo Antônio dos Pretos.

##### 4.4.1. Amostra

A população-alvo foi composta por mulheres residentes na comunidade, com idade entre 18 e 64 anos, totalizando 33 mulheres, selecionadas por conveniência, representando adequadamente a população feminina elegível na comunidade, considerando a realidade demográfica local de 40 famílias e a predominância de idosos e crianças, o que limitou o universo amostral elegível. O recrutamento foi iniciado após esclarecimento dos objetivos, riscos e benefícios, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), este foi adaptado para entendimento das participantes no momento da coleta.

##### 4.4.2. Coleta de Dados e Intervenção

A coleta de dados ocorreu por meio de visitas domiciliares, utilizando um formulário estruturado (Apêndice 1) com variáveis: sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, renda, raça/cor, religião, ocupação) e condições de saúde (história ginecológica e sexual, realização de Papanicolau, imunização contra HPV, conhecimento sobre HPV e ISTs, fontes de informação, motivos para não adesão ao preventivo). A privacidade e confidencialidade foram garantidas durante a aplicação do formulário.

Após recrutamento e à aplicação do formulário, foram realizadas ações de educação em saúde e intervenção, adaptando as etapas originalmente planejadas. Estas incluíram:

- Educação e Conscientização: Ações educativas conduzidas mediante rodas de conversas com participantes, promovendo discussões dialogadas e culturalmente adaptadas sobre HPV e ISTs.

- Acesso a Serviços de Saúde: as mulheres foram convidadas a participarem de ação comunitária, aonde foram disponibilização de exames de Papanicolau para rastreamento do CCU e oferta de testes imunocromatográficos para sífilis, HIV, Hepatites B e C (coleta de sangue capilar), aferição de pressão e glicemia. O laudo com os resultados foi fornecido imediatamente, e casos positivos foram encaminhados para consulta médica (médica de família e comunidade) e acompanhamento nos serviços de saúde do município.

Com a integração da abordagem tivemos uma maior adesão, otimização de tempo e recursos, redução de custos, aproveitamento máximo da disponibilidade das mulheres e feedback imediato.

#### 4.4.3. Análise de Dados

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise descritiva, com distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas e ginecológicas. Foram realizadas análises específicas para avaliar o conhecimento sobre HPV e ISTs, a adesão às medidas preventivas e as principais fontes de informação em saúde. Cruzamentos entre variáveis sociodemográficas e os níveis de conhecimento e adesão foram realizados para identificar barreiras e facilitadores. O programa IBM SPSS Statistics 22 (2013) foi utilizado para a análise estatística. A amostra final analisada foi composta por 33 mulheres na faixa etária de 18 a 64 anos.

#### 4.5. Considerações Éticas e Segurança

O estudo por ser misto, com dados secundários de domínio público, e primário, com entrevista direta com seres humano, foi desenvolvido em conformidade com os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Houve solicitação de autorização à associação comunitária local e submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o CAAE: 78944924.0.0000.0190.

Os riscos relacionados à privacidade, estigma e discriminação foram minimizados garantindo a confidencialidade dos dados (formulários anonimizados com códigos sequenciais) e o apoio às participantes. Os resultados dos exames foram fornecidos individualmente, com encaminhamento e suporte médico para casos positivos.



Os benefícios para as participantes incluíram acesso a informações sobre saúde da mulher, palestras, materiais educativos e serviços de diagnóstico, permitindo a detecção precoce de morbidades e contribuindo para a saúde pública.

No desenvolvimento deste estudo, as ferramentas de Inteligência Artificial (IA) Gemini e Manus 1.6, foram utilizadas com o objetivo otimizar o processo de escrita e a elaboração de imagens para a tese, com validação e adaptação pelo autor da tese das sugestões da IA: concordância textual e gramatical, e organização das referências bibliográficas e criação de conteúdo visual.

## **5. RESULTADOS**

**Capítulo 1** - Panorama dos Exames Citopatológicos no Município de Codó - Maranhão, entre 2018 a 2023. Revista Eletrônica Acervo Saúde. Medicina I – B1 (Anexo 1 e 2).

**Capítulo 2** - Saúde da Mulher Quilombola em Codó - Maranhão: Um Estudo sobre Conhecimento, Acesso e Barreiras à Saúde Sexual e Reprodutiva. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Medicina I – A3 (Anexo 3 e 4).

# Capítulo 1

## Panorama dos exames citopatológicos no município de Codó, Maranhão, entre 2018 a 2023

Overview of Cytopathological Examinations in Codó, Maranhão, 2018-2023

Resumen de los exámenes citopatológicos realizados en el municipio de Codó, Maranhão, entre 2018 y 2023

Pedro Agnel Dias Miranda Neto<sup>1\*</sup>, Silvio Gomes Monteiro <sup>1</sup>.

---

### RESUMO

**Objetivo:** analisar retrospectivamente os exames citopatológicos em mulheres residentes no município de Codó, Maranhão, Brasil, entre 2018 a 2023. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de caráter quantitativo, realizado por meio de consulta à base de dados do Sistema de Informações de Câncer. Foram coletados os registros de exames citopatológicos de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes no município de Codó-Maranhão, na Região Nordeste, considerando o período de 2018 a 2023, e as seguintes variáveis: motivo do exame (rastreamento, repetição, seguimento), adequabilidade da amostra, epitélio representado, resultados alterados. **Resultados:** Foram analisados 14.993 resultados de exames citopatológicos do colo do útero de mulheres entre 25 e 64 anos, faixa etária alvo do programa de rastreamento do câncer do colo do útero, cujo principal motivo de realização do exame citopatológico foi o rastreamento em 99,87% dos exames. **Conclusão:** Observou-se baixa adesão e cobertura do câncer de colo uterino pelas mulheres na faixa etária preconizada pela Organização Mundial de Saúde.

**Palavras-chave:** Teste de Papanicolaou, Papilomavírus Humanos, Neoplasias do Colo do Útero, Sistemas de informação em saúde.

---

### ABSTRACT

**Objective:** To retrospectively analyze cytopathological examinations in women residing in the municipality of Codó, Maranhão, Brazil, between 2018 and 2023. **Methods:** This is a descriptive, retrospective, quantitative epidemiological study, conducted through consultation of the Cancer Information System database. Cytopathological examination records of women aged 25 to 64 years, residing in the municipality of Codó-Maranhão, in the Northeast Region, were collected, considering the period from 2018 to 2023, and the following variables: reason for the examination (screening, repetition, follow-up), sample adequacy, epithelium represented, and altered results. **Results:** 14,993 results of cervical cytopathological examinations of women aged 25 to 64 years were analyzed, the target age group of the cervical cancer screening program, whose main reason for performing the cytopathological examination was screening in 99.87% of the examinations. **Conclusion:** Low adherence to and coverage of cervical cancer screening was observed among women in the age range recommended by the World Health Organization.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís-Maranhão. \*E-mail: profpedroagnel@gmail.com.

**Key words:** Papanicolaou Test, Human Papillomavirus Viruses, Uterine cervical neoplasms, Health information systems.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar retrospectivamente los exámenes citopatológicos realizados a mujeres residentes en el municipio de Codó, Maranhão, Brasil, entre 2018 y 2023. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, realizado mediante la consulta de la base de datos del Sistema de Información del Cáncer. Se recopilaron los registros de exámenes citopatológicos de mujeres de 25 a 64 años, residentes en el municipio de Codó-Maranhão, en la Región Nordeste, durante el período 2018-2023, considerando las siguientes variables: motivo del examen (cribado, repetición, seguimiento), adecuación de la muestra, epitelio representado y resultados alterados. **Resultados:** Se analizaron 14.993 resultados de exámenes citopatológicos cervicales de mujeres de 25 a 64 años, el grupo de edad objetivo del programa de cribado de cáncer cervicouterino, cuyo principal motivo para realizar el examen citopatológico fue el cribado en el 99,87% de los casos. **Conclusión:** Se observó una baja adherencia y cobertura a los programas de detección del cáncer cervicouterino entre las mujeres del rango de edad recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

**Palabras clave:** Prueba de Papanicolaou, Virus del papiloma humano, Neoplasias del Cuello Uterino, Sistemas de Información en Salud.

---

## INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino continua sendo um problema significativo de saúde pública em todo o mundo, sendo uma das principais causas de mortalidade entre mulheres, especialmente em países subdesenvolvidos, devido aos programas de rastreamento e acesso a cuidados serem limitados ou ausentes, apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento (ARBYN et al., 2020).

O câncer do colo uterino ou neoplasia de colo uterino atinge principalmente a faixa etária de 35 a 55 anos, podendo, todavia, ocorrer em mulheres ainda na adolescência. Os fatores de risco associados são bem definidos: início precoce de atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, desnutrição, tabagismo e infecção pelo papilomavírus humano, associado principalmente a tipos específicos (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 68), representam quase 90% tipos de HPV detectados em lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e câncer, desempenhando papel central no desenvolvimento do câncer do colo uterino e de suas lesões intraepiteliais precursoras (KOUTSKY et al., 2000; DE AZEVEDO GREENWOOD et al., 2006; PETIGNAT e ROY, 2007).

Dentre todos os tipos de câncer, o câncer do colo uterino tem um alto potencial de prevenção e cura, sendo evitável através de medidas preventivas (vacina e rastreamento regular) chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente (DE AZEVEDO GREENWOOD et al., 2006; PETIGNAT e ROY, 2007). Esse prognóstico é possível devido à história biológica da patologia que tem uma fase pré-clínica longa, e o exame citopatológico ser capaz de detectar as lesões pré-malignas. Na fase inicial raramente produz sintomas, os sintomas geralmente aparecem na fase mais avançada, como: secreção, sangramento após relação sexual ou sangramento irregular (DE AZEVEDO GREENWOOD et al., 2006).

O método de rastreamento do câncer do colo uterino, no Brasil, é exame citopatológico que desempenha um papel essencial na detecção precoce e preventiva, garantindo a redução da incidência e mortalidade por câncer do colo uterino (BRASIL, 2016; SMITH et al., 2019). Este deve ser realizado em mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero (incluído homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer), na faixa etária de 25 a 64 anos, ou que já tiveram atividade sexual (BRASIL, 2016; CONNOLLY et al., 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

O Programa de Rastreamento do câncer do colo uterino prioriza mulheres entre 25 e 64 anos, devido à maior incidência de lesões intraepiteliais escamosas de alto grau nessa faixa etária, e as infecções por HPV e lesões intraepiteliais de baixo grau serem mais comuns em mulheres com menos de 25 anos, e podem regredir a normalidade do epitélio, enquanto após os 65 anos o risco de desenvolver câncer cervical é menor se os exames preventivos forem feitos regularmente (INCA, 2021). No Brasil, a recomendação é repetir o exame Papanicolau a cada três anos após dois resultados normais consecutivos, seguindo diretrizes da Organização Mundial de Saúde. Isso deve-se à falta de evidências de que exames anuais são mais eficazes (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

O exame citopatológico foi descoberto na década de 1930, pelo Dr. George Papanicolau, assim também é denominado exame de Papanicolaou, apesar de quase um século da descoberta, ainda tem grande aceitabilidade tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde devido: eficiência, baixo custo e fácil realização, permitindo o diagnóstico de doenças cervicais, como o câncer do colo uterino e infecções sexualmente transmissíveis, podendo ser realizado ao nível ambulatorial e ser indolente (DE AZEVEDO GREENWOOD et al., 2006; RONCO et al., 2014).

No geral, o exame apresenta algumas limitações quanto à especificidade e sensibilidade que pode variar em diferentes populações, onde a especificidade é relativamente alta na detecção de células anormais ou pré-malignas no colo do útero, mas a sensibilidade torna-se limitada devido à variação da interpretação dos resultados (DE ARAÚJO et al., 2021), outra limitação é a própria natureza do exame, que envolve a exposição de órgãos relacionados à sexualidade, sendo motivo de desconforto emocional e vergonha para muitas mulheres (BRAY et al., 2018). Porém, a eficácia depende não apenas do desempenho, mas da qualidade do procedimento e da precisão da interpretação dos resultados.

Embora os exames citopatológicos sejam amplamente utilizados como ferramenta de rastreamento, permanecem ainda desafios para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e controle do câncer do colo uterino (SENA, 2023), sendo importante conhecer a adesão ao programa de rastreamento e compreender as tendências relacionadas com o desempenho e a interpretação dos exames citopatológicos em Codó.

Neste sentido, o estudo objetivou analisar retrospectivamente os exames citopatológicos em mulheres residentes no município de Codó, Maranhão, entre 2018 a 2023. Buscamos identificar a adesão das mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos, ao exame preventivo, e investigar a prevalência de alterações celulares nessa população, contribuindo para o conhecimento epidemiológico da região e fornecendo subsídios para a implementação de políticas de saúde eficazes, garantindo eficácia e qualidade do programa de rastreamento do câncer do colo uterino, assim como intervenções preventivas no município.

## MÉTODOS

O presente estudo trata de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de caráter quantitativo, realizado por meio de consulta às bases de dados do Sistema de Informações de Câncer, cujo cenário de investigação foi o município de Codó, Maranhão, Brasil.

O município de Codó foi fundado em 16 de abril de 1896, é a sexta cidade mais populosa do estado, apresentando população de aproximadamente 114.275 habitantes, sendo a população feminina majoritária no município (51,35%), são 27.426 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, distribuídos em área territorial de 4.364,499 km<sup>2</sup> na mesorregião do leste maranhense (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Foram coletados os registros de exames citopatológicos de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes no município de Codó-Maranhão, na Região Nordeste, considerando o período de 2018 a 2023.

No Sistema de Informações de Câncer, foram coletadas as seguintes variáveis: motivo do exame (rastreamento, repetição, seguimento), adequabilidade da amostra, epitélio representado, resultados alterados (como informações sobre as alterações celulares identificadas nos exames). Essas informações foram organizadas no programa Excel (versão 2010) por faixa etária, para melhor consolidação da informação.

A coleta dos dados se deu da seguinte forma:

Passo 1: acesso ao Sistema de Informações de Câncer por meio do endereço eletrônico <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colo-do-utero-e-mama/>;

Passo 2: Selecionamos a opção: cito do colo – por local de residência, com abrangência geográfica: Maranhão;

Passo 3: aplicação de filtros nos campos: Linha - Faixa etária; Coluna - ano de competência, adequabilidade, atipia de células escamosas e glandulares, representatividade de zona de transformação e motivo do exame; neste item, cada variável foi pesquisada separadamente, mas, conjunto aos outros itens: Linha, medida, período disponível, e seleções disponíveis. Medida - exame; Período de disponíveis: 2018 a 2023; Seleções disponíveis: 210330 - Codó.

Essas informações foram analisadas de forma descritiva, permitindo uma melhor compreensão da distribuição anual dos exames citopatológicos e da prevalência das alterações celulares encontradas nas mulheres estudadas. Vale ressaltar que, ao revisar registros e dados históricos, podemos identificar tendências temporais, padrões e/ou disparidades geográficas e áreas potenciais que podem melhorar o desempenho e a interpretação dos exames no município de Codó, além de fornecer informações valiosas sobre a melhoria das políticas de saúde locais, garantindo o acesso equitativo e eficaz à prevenção do câncer do colo do útero e aos serviços de diagnóstico.

Os dados foram analisados descritivamente, em valores absolutos e porcentagem, e para análise estatística utilizou o programa IBM SPSS Statistics 22 (2013). Para se avaliar a associação das variáveis classificatórias foi utilizado o teste não paramétrico de Qui-quadrado de independência ( $\chi^2$ ). Para avaliar adesão/cobertura do exame citopatológico, foi utilizada o método cálculo, preconizada pelo Ministério da Saúde (Nº de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes em determinado local e período x 100/ Nº de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de todas as idades, residentes no respectivo local e período), este avalia a proporção de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária alvo (25 a 64 anos), contribuindo na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo uterino da população no grupo alvo do programa de rastreamento. Este tem como parâmetro meta 80% de exames citopatológicos de cobertura<sup>5</sup>. Os dados foram dispostos na forma de gráfico de linha para melhor visualização da distribuição do exame, no período avaliado, e em forma de tabelas. O nível de significância ( $\alpha$ ) de todos os testes foi de 5%.

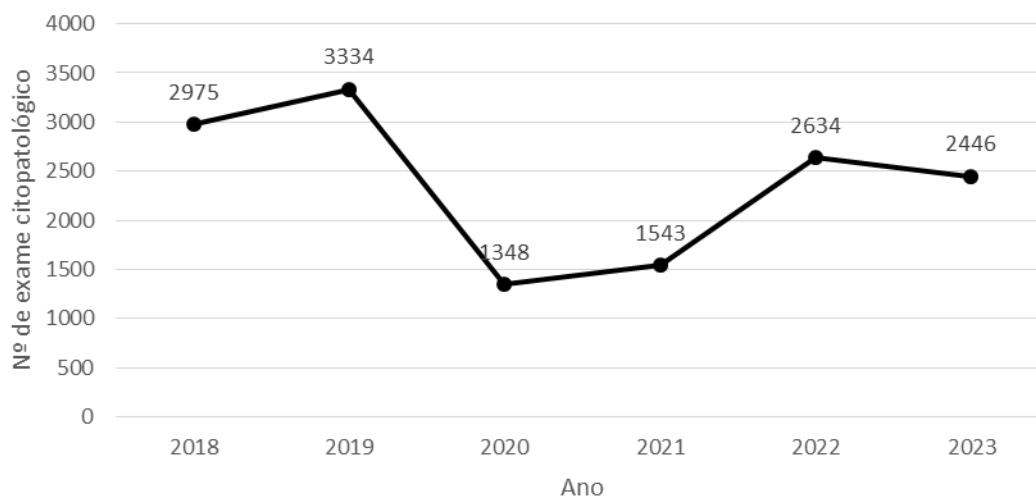
Por se tratar de informações (dados secundários) armazenadas em base de dado aberta, provenientes do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), sem a identificação individual de participantes e sem qualquer intervenção direta com seres humanos, a pesquisa foi classificada como dispensada de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

## RESULTADOS

Os resultados fornecem uma visão abrangente da proporção de mulheres que aderiram aos exames citopatológicos do colo do útero em mulheres residentes no município de Codó, Maranhão, especificamente na faixa etária alvo do programa de rastreamento do câncer do colo uterino.

Foram analisados 14.993 resultados de exames citopatológicos do colo do útero de mulheres entre 25 e 64 anos, faixa etária alvo do programa de rastreamento do câncer do colo uterino, no Brasil. O gráfico 1 mostra a distribuição da adesão de mulheres ao exame citopatológico no decorrer do período estudado, sendo este realizado especialmente por mulheres da faixa etária entre 30 e 39 anos, sendo esse um resultado esperado, considerando apenas a população alvo do programa de rastreamento, observando-se aumento da adesão entre 2018 e 2019, com posterior declínio em 2020, inicialmente explicado pelo impacto da pandemia de Covid-19.

**Gráfico 1 - Cobertura do exame citopatológico de mulheres residentes no município de Codó - MA, na faixa etária de 25 a 64 anos.**



**Fonte:** Elaborado pelos autores, com dados do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN).

Corroborando aos nossos resultados, Hachkenhaar, César e Domingues (2006) analisaram mulheres que estão preconizada ao programa de rastreamento e não realizam o exame, e a faixa etária dos 30 a 39 anos que não realizavam o exame era 13,2% de 40 a 49 anos era 12,2%, mostrando boa adesão por parte desse grupo comparado às outras faixas etárias, pois, segundo a Organização Mundial de Saúde, a incidência desse câncer aumenta em mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos, atinge um pico na quinta ou sexta década de vida (INCA, 2021).

Maringe et al. (2020) estudaram como a pandemia de COVID-19 afetou o diagnóstico e o tratamento do câncer, enfatizaram a necessidade de estratégias que mantenha a rotinas diagnóstica, reduzindo os efeitos previstos da pandemia, tanto aos pacientes com câncer, como aos programas de rastreamento preventivo durante crises de saúde pública.

O exame citopatológico de rotina é a estratégia mais utilizada para o rastreio do câncer do colo uterino, a alta cobertura da população alvo é o elemento primordial para a atenção primária à saúde reduzir a incidência e a mortalidade do câncer do colo uterino (BRASIL, 2016). Analisando a Tabela 1, podemos observar a baixa adesão ao exame citopatológico em Codó, cuja proporção de mulheres que realizaram o exame citopatológico durante o período do estudo, foi inferior a 12%, muito inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde.

Hackenhaar, Meneghini e Dumith (2021) examinaram a cobertura em mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos, demonstrando uma cobertura semelhante à meta do Ministério da Saúde. Corroborando, Borges et al. (2012) demonstraram que a proporção de mulheres que fizeram pelo menos um exame de Papanicolau nos últimos 3 anos foi de 75,3% (586 mulheres), com adesão aumentada para 85,3% (453 mulheres), o que é melhor do que os nossos resultados.

A Tabela 1 apresenta a proporção do exame citopatológico de colo uterino, considerando apenas a população alvo (mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos). Segundo Ministério da Saúde, os resultados indicam uma cobertura insuficiente do exame citopatológico no município, pois a Organização Mundial de Saúde recomenda uma cobertura mínima de 80%, para o efetivo controle do câncer do colo uterino (BRASIL, 2016). A cobertura abaixo desse limiar sugere uma lacuna na prestação de serviço de saúde, levantando questionamentos significativos sobre eficácia do programa de rastreamento do colo uterino.

**Tabela 1** - Cobertura do exame citopatológico de mulheres residentes no município de Codó - MA, na faixa etária de 25 a 64 anos.

Ano	Nº Absoluto	% *
2018	2975	11
2019	3334	12
2020	1348	5
2021	1543	6
2022	2634	10
2023	2446	9

**Fonte:** Elaborado pelos autores, com dados do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN).

\*percentual segundo população feminina codoense, no último censo [2022];  $\chi^2 = 1301,9$  p < 0,001

Oliveira, Guimarães e França (2014) apontam que um dos fatores elementares relacionados à baixa cobertura do exame e ao comportamento preventivo das mulheres está associado ao baixo nível de escolaridade e renda. Segundo Arbyn et al. (2020), disparidades raciais e socioeconômicas influenciam a incidência e desfechos do câncer do colo uterino, destacando a necessidade de abordagens específicas para populações vulneráveis.

Corroborando, temos o estudo de Madeiro e Rufino (2022), que analisaram mulheres entre 18 a 39 anos, e observaram uma cobertura de 66,5 %, estando abaixo do recomendado. Os autores associaram essa baixa cobertura às disparidades socioeconômicas e geográficas que são proporcionais à não adesão ao exame. Ficam evidente a necessidade de se investigar sobre os motivos reais pelos quais as mulheres não têm uma adesão ao exame citopatológico de colo uterino, bem como verificar o percentual de mulheres que efetivamente realizaram o exame citopatológico do colo uterino (CLARO et al., 2020).

Para Drolet et al. (2019), são mandatória ações de implementação no rastreamento citopatológico e teste de detecção do HPV, demonstrando reduzir a incidência e mortalidade por câncer do colo uterino, contemplando ações de melhoria nas condições de prevenção, de vida e acesso aos serviços de saúde, sendo fundamental o envolvimento dos gestores da saúde. Este estudo retrospectivo mostra os desafios relacionados à cobertura e adesão da população, bem como à qualidade no acesso aos serviços de saúde, principalmente em áreas rurais e desfavorecidas.

Na tabela 2 mostramos que o principal motivo de realização do exame citopatológico do colo do útero foi o rastreamento com 99,87% (n=14.974) dos exames. No entanto, merece atenção a baixa proporção de exames repetidos e de seguimento, que serve para acompanhamento de resultados alterados. Este foram inferiores a 0,1%, sendo que no período estudado tivemos cerca de 3,82% (n=573) de exames alterados (Tabela 3), os quais também apresentam um valor p<0,05, demonstrando a distribuição anormal dessas



variáveis. No rastreamento do câncer do colo uterino o grande objetivo é detectar precocemente lesões cervicais pré-cancerosas, método principal de rastreamento em países subdesenvolvidos (CONTRI et al., 2021).

**Tabela 2** – Motivos da realização do exame citopatológico do colo do útero segundo a faixa etária. Codó/MA. 2018-2023

Motivo do Exame	Total	%	Valor p*	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Rastreamento	14974	99,87	0,4697	2053	2217	2384	2065	1790	1806	1600	1059
Repetição <sup>1</sup>	6	0,05		1	0	1	1	1	1	1	0
Seguimento	13	0,08		1	1	1	2	5	0	1	2
<b>Total</b>	<b>14993</b>	<b>100</b>		<b>2055</b>	<b>2218</b>	<b>2386</b>	<b>2068</b>	<b>1796</b>	<b>1807</b>	<b>1602</b>	<b>1061</b>

**Fonte:** Elaborado pelos autores, com dados do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN).

<sup>1</sup>Exame Alterado ASCUS/Baixo Grau; \*  $\chi^2$  de independência

Bedin et al. (2017) identificaram 96,88% dos exames realizados para o controle e rastreamento da doença e que 11,58% das mulheres nunca haviam realizado o exame. A baixa proporção aos exames de repetição e seguimento são preocupantes, podendo estar associada à falta de acesso a serviços de saúde especializado e/ou falta de compreensão da importância do acompanhamento (SOUSA et al., 2014). INCA (2019) recomendou que mulheres que apresente células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica, devem repetir o exame citopatológico em 12 meses (idade entre 25 e 29 anos) ou em 6 meses (idade igual ou maior que 30 anos). Se houver lesão intraepitelial escamosa de baixo grau, deve-se repetir em 6 meses para todas as mulheres com idade igual ou superior a 25 anos.

Nosso estudo mostra na tabela 3, que no período analisado, 3,82% das mulheres apresentaram alguma alteração, e na tabela 4 é especificado a alteração (41,7% células escamosas atípicas de significado indeterminado, 6,1% células escamosas atípicas não se pode afastar lesão de alto grau e 23,2% lesão intraepitelial escamosa de baixo grau). Podendo essas alterações progredirem, caso não haja um monitoramento e seguimento.

**Tabela 3** – Características dos resultados dos exames citopatológicos, segundo a faixa etária. Codó/MA. 2018-2023

Variável	Total	%	Valor de p*	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
<b>Adequabilidade</b>											
Rejeitada	4	0,03	0,3218	1	0	1	0	1	1	0	0
Satisfatória	14905	99,4		2051	2200	2372	2058	1785	1794	1594	1051
Insatisfatória	84	0,57		3	18	13	10	10	12	8	10
<b>Epitélio da amostra</b>											
Escamoso	14902	99,4	<b>&lt; 0,001</b>	2051	2199	2372	2058	1785	1794	1593	1050
Glandular	7442	49,6		1076	1084	1133	940	830	893	885	601
Metapláscico	1383	9,22		134	162	163	143	150	191	259	181

**Representação da ZT**

Presente	7761	51,7	< 0,001	1096	1114	1166	967	855	937	965	661
Ausente	7206	48,1		955	1096	1217	1099	938	867	635	399
Ignorado	26	0,2		4	8	3	2	3	3	2	1
Exames Alterados	573	3,82		63	86	83	73	73	72	71	52

**Fonte:** Elaborado pelos autores, com dados do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN). \*  $\chi^2$  de independência

A Tabela 3 mostra as características dos resultados dos exames citopatológicos, 99,4% (n= 14.905) da amostra selecionada foi satisfatória, e em 96,18% (n= 14.420) dos exames estavam dentro da normalidade, sendo que a demonstração de células da Zona de Transformação estavam presentes em apenas 51,7% (n= 7761) dos exames, as variáveis da adequabilidade dos exames rejeitados e representação de Zona de Transformação ignorado tiveram um valor  $p < 0,05$ , confirmando uma distribuição anormal dos exames. Essa alta proporção de exames satisfatórios e normais sugere uma eficácia relativamente alta do programa de rastreamento. Mas, a ausência da representação da Zona de Transformação em 48,1% (n= 7.206) dos exames citopatológicos é um achado significativo. INCA (2019) recomenda que a ausência de representação de Zona de Transformação no esfregaço indica que a junção escamo-colunar não foi visualizada, devendo o exame ser classificado como inadequado e o profissional de saúde efetuar nova coleta.

Gasparin et al. (2016) conferiram presença de 74,8% de Zona de Transformação, associado a 99% de exames satisfatórios, contrário aos nossos resultados, com proporção de 48,1% de exames citopatológicos com ausência da representação da Zona de Transformação, sendo esse exame inadequado à avaliação citopatológica.

A tabela 4 mostra a incidência dos exames citopatológicos alterados, observamos 41,7% de células escamosas atípicas de significado indeterminado. Observa-se que houve diferença significativa ( $p < 0,05$ ) nas proporções dos tipos de epitélio em relação à faixa etária. Verifica-se que a partir dos 50 anos há um aumento crescente da proporção de epitélio metaplásico e um decréscimo na proporção do epitélio escamoso.

**Tabela 4** – Resultados dos exames citopatológicos alterados segundo a faixa etária. Codó/MA. 2018-2023

Variável	Total	%	Valor de p*	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
<b>Atipias Escamosas</b>											
ASC-US <sup>1</sup>	239	41,7	0,4857	30	40	32	30	27	31	31	18
ASC-H <sup>2</sup>	36	6,3		3	1	5	7	5	4	6	5
Lesão de baixo grau <sup>3</sup>	133	23,2		21	21	25	13	16	16	11	10
Lesão de alto grau <sup>4</sup>	147	25,6		7	22	21	20	22	19	19	17
Lesão alto grau, não podendo excluir micro invasão	16	2,8		0	2	1	3	3	2	3	2
<b>Atipias glandular</b>											
Possivelmente	não	5	0,9	2	1	0	1	0	0	1	0

neoplásicas

**Fonte:** Elaborado pelos autores, com dados do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN).

<sup>1</sup>possivelmente não neoplásicas, <sup>2</sup>não se pode afastar lesão alto grau, <sup>3</sup>HPV e NIC I, <sup>4</sup>NIC II e NIC III

Galão et al. (2012) relatam uma evasão ao exame de repetição de 40,3% após o resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado, esse resultado pode explicar a baixa evasão dos exames de repetição, mostrada na tabela 2. Rosendo et al. (2018) demonstram a importância do acompanhamento e investigação posterior a um resultado de células escamosas atípicas, pois é detectada em cerca de 16,6% dessas mulheres uma lesão mais grave subjacente.

A incidência do câncer do colo uterino é significativamente diferente em todo o mundo, mas é mais comum em países subdesenvolvidos, com baixo acesso a programas de rastreamento e vacinação contra o HPV (BRAY et al., 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados, observou-se uma baixa adesão e cobertura do câncer do colo uterino pelas mulheres residentes no município de Codó, Maranhão, na faixa etária preconizada pelo programa de rastreamento, no período de 2018 a 2023, fazendo-se necessário a implantação de políticas públicas de mobilização voltadas para ações de intervenção e conscientização, ou seja, educação em saúde, de forma a melhorar a compreensão dos fatores que levam ao desenvolvimento desse câncer, bem como os métodos de prevenção e controle como, por exemplo, a imunização contra HPV e a garantia de acesso equitativo aos serviços de saúde da mulher.

## AGRADECIMENTOS

O apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, com bolsa de pós-graduação.

## REFERÊNCIAS

1. ARBYN M, WEIDERPASS E, BRUNI L, DE SANJOSÉ S, SARAIYA M, FERLAY J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2020; 8(2):e191-e203.
2. BEDIN R, GASPARIN VA, DE BRITO PITILIN É. Fatores associados às alterações cérvico-uterinas de mulheres atendidas em um município polo do oeste catarinense. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2017; 9(1):167-74.
3. BORGES MFSO, DOTTO LMG, KOIFMAN RJ, CUNHA MA, MUNIZ PT. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Cad Saude Publica*. 2012; 28:1156-66.
4. BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
5. BRAY F, FERLAY J, SOERJOMATARAM I, SIEGEL RL, TORRE LA, JEMAL A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018; 68(6):394-424.

6. CLARO IB, ROSA MLG, TOMASI E, CESAR JA, MENDOZA-SASSI RA. Sistemas de saúde, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero: Brasil e Chile em perspectiva comparada [Tese de Doutorado]. [Local]: [Instituição]; 2020.
7. CONNOLLY D, HUGHES X, BERNER A. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: A systematic narrative review. *Prev Med.* 2020; 135:106071.
8. CONTRI ML, OLIVEIRA LS, OLIVEIRA LS, OLIVEIRA LS, OLIVEIRA LS, OLIVEIRA LS. A importância do teste papanicolau como prevenção do câncer cervical e fatores de riscos relacionados a ausência do exame em gestantes. *Braz J Dev.* 2021; 7(10):98308-23.
9. DE ARAÚJO JR, SILVA MFOC, NASCIMENTO KKF, SANTOS JS, FEITOSA KVA, BEZERRA KC. Sensibilidade e especificidade dos métodos para rastreamento das lesões cérvico uterinas: Uma revisão sistemática. *Braz J Health Rev.* 2021; 4(2):4277-97.
10. DE AZEVEDO GREENWOOD S, MACHADO MFAS, SAMPAIO NMV. Motives which lead women not to return to receive the results of their pap smear test. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006; 14(4):503-9.
11. DROLET M, BÉNARD É, PÉREZ N, BRISSON M, ALI H, BOILY MC, et al. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2019; 394(10197):497-509.
12. GALÃO AO, ZEFERINO LC, JACOB CE, HAYASHI GY, SOUZA RA. Prevalência e seguimento de exame citopatológico de colo uterino com atipias em células escamosas de origem indeterminada em um hospital universitário brasileiro. *Rev HCPA.* 2012; 32(3):296-302.
13. GASPARIN VA, PITILIN EB, SOCCOL KLS, BORTOLINI J, BEDIN R. Fatores associados à representatividade da zona de transformação em exames citopatológicos do colo uterino. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(2).
14. HACKENHAAR AA, CÉSAR JA, DOMINGUES MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Rev Bras Epidemiol.* 2006; 9(1):103-11.
15. HACKENHAAR AA, MENEZHINI KFD, DUMITH SC. Cobertura do exame citopatológico de colo uterino em mulheres em um município do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2021; 54(1):e171620.
16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2009: Serviços de saúde. Codó: IBGE; 2009 [acesso em 9 abr 2024]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/codo/pesquisa/32/28163>
17. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2021.
18. \_\_\_\_\_. Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
19. \_\_\_\_\_. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
20. KOUTSKY LA, HOLMES KK, CRITCHLOW CW, STEVENS CE, PAAVONEN J, BECKMANN AM, et al. Human papillomavirus testing for triage of women with cytologic evidence of low-grade squamous intraepithelial lesions: baseline data from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2000; 92(5):397-402.
21. MADEIRO A, RUFINO AC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame citopatológico do colo do útero entre mulheres brasileiras de 18 a 39 anos. *J Health Biol Sci.* 2022; 10(1):1-9.
22. MARINGE C, SPICER J, MORRIS M, PURUSHOTHAM A, NOLTE E, SULLIVAN R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol.* 2020; 21(8):1023-34.
23. OLIVEIRA MV, GUIMARÃES MDC, FRANÇA EB. Factors associated with failure to take a Pap smear test among Quilombola women. *Cienc Saude Coletiva.* 2014; 19(11):4535.
24. PETIGNAT P, ROY M. Diagnosis and management of cervical cancer. *BMJ.* 2007; 335(7623):765-8.

25. RONCO G, DILLNER J, ELFSTRÖM KM, TUNESI S, SNIJDERS PJ, ARBYN M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014; 383(9916):524-32.
26. Rosendo DA, Gonçalves CV, Mattos IE, Magalhães MHCG. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US): seguimento de exames realizados no Instituto Adolfo Lutz. *RBAC*. 2018; 3:265-9.
27. SENA MGAM. Abordagens de controle e tratamento para o câncer cervical: em que ponto estamos? [Trabalho de Conclusão de Curso]. [Local]: [Instituição]; 2023.
28. SMITH RA, ANDREWS KS, BROOKS D, FEDEWA SA, MANASSARAM-BAPTISTE D, SASLOW D, et al. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2019; 69(3):184-210.
29. SOUSA FOS, MEDEIROS KR, GURGEL JUNIOR GD, ALBUQUERQUE PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Cienc Saude Coletiva*. 2014; 19(04):1283-93.
30. World Health Organization (WHO). Cancer Control. Knowledge into action. Early Detection (module 3). WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO; 2007.
31. \_\_\_\_\_. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. Geneva: WHO; 2021.

## Capítulo 2

### **Saúde da Mulher Quilombola em Codó - Maranhão: Um Estudo sobre Conhecimento, Acesso e Barreiras à Saúde Sexual e Reprodutiva.**

### **Women's Health in Quilombola Communities in Codó - Maranhão: A Study on Knowledge, Access, and Barriers to Sexual and Reproductive Health.**

#### **Resumo**

Este estudo de métodos quantitativo e qualitativo, analisou o conhecimento, a adesão e as barreiras de acesso à saúde sexual e reprodutiva entre mulheres do Quilombo Santo Antônio dos Pretos, em Codó, Maranhão. Integrando uma pesquisa quantitativa com 33 mulheres e um relato de experiência qualitativo, a pesquisa revelou que, apesar de algum acesso a exames preventivos, persistem lacunas significativas no conhecimento sobre HPV e ISTs, baixa adesão a métodos contraceptivos e uma percepção de saúde focada na doença, não na prevenção. As barreiras identificadas foram estruturais (ausência de serviços de saúde locais, distância geográfica), socioculturais (rotina de trabalho exaustiva, barreiras de comunicação com profissionais) e informacionais (linguagem técnica inadequada). A análise interseccional de gênero, raça e classe demonstrou como essas vulnerabilidades se sobrepõem, limitando a autonomia e o bem-estar das mulheres. Dessa forma a promoção da equidade em saúde para comunidades quilombolas exige políticas públicas intersetoriais, territorializadas e culturalmente sensíveis, que fortaleçam o acesso à informação e a serviços de saúde humanizados, envolvendo a comunidade em seu planejamento e execução.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher, Quilombolas, Saúde Sexual e Reprodutiva, HPV, Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde.

#### **Introdução**

As comunidades quilombolas, legados vivos da resistência contra a opressão da escravidão no Brasil, representam territórios de imensa riqueza cultural e identitária. Contudo, a marginalização histórica e as desigualdades estruturais que persistem no país continuam a impactar profundamente a vida dessas comunidades, especialmente no que tange ao acesso a direitos básicos como a saúde (Amador et al., 2024). A saúde sexual e reprodutiva, um componente indissociável do bem-estar físico, mental e social, revela-se particularmente vulnerável a essas disparidades, sendo moldada por uma complexa interação de fatores socioculturais, econômicos e territoriais (Cardoso, 2012; Dias & Aragão, 2025). Nesse contexto, a atenção direcionada às mulheres quilombolas transcende a mera prevenção de doenças; ela se configura como um imperativo de equidade e justiça social, demandando uma compreensão aprofundada de suas realidades para a construção de políticas públicas que sejam, de fato, eficazes e culturalmente competentes (Santos, 2024).

O câncer do colo do útero, por exemplo, representa um grave problema de saúde pública global, com taxas de mortalidade desproporcionalmente mais altas em países em desenvolvimento e, dentro destes, em populações vulnerabilizadas (Santos et al., 2023). No Brasil, apesar da existência de programas de rastreamento, a efetividade dessas estratégias

ainda encontra barreiras significativas em comunidades quilombolas, que enfrentam processos contínuos de exclusão social, racial e geográfica (Brasil, 2013; Nascimento, Arantes & Carvalho, 2022; Moreno et al., 2025). A baixa adesão a exames preventivos, como o Papanicolau, e a práticas de prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como o uso de preservativos e a vacinação contra o *Papilomavírus Humano* (HPV), não podem ser compreendidas como falhas individuais, mas como reflexos de um sistema de saúde que historicamente falha em dialogar com as especificidades desses territórios (Fernandes et al., 2018; Santos et al., 2024).

Este artigo se propõe a aprofundar a compreensão sobre essa realidade de uma comunidade quilombola a partir de uma abordagem quantitativa e qualitativa, no relato de experiência dos pesquisadores, realizados na comunidade quilombola de Santo Antônio dos Pretos, em Codó, Maranhão. O estudo investigou o conhecimento e a adesão às medidas preventivas do câncer do colo do útero e saúde da mulher em geral, aprofundando o olhar sobre o contexto de aplicação da pesquisa, as barreiras de comunicação e as dinâmicas socioculturais que influenciam o acesso à saúde. Ao integrar essas duas perspectivas, buscamos oferecer uma análise mais robusta e humanizada, que não apenas quantifica as lacunas na saúde, mas também ilumina as vivências, os saberes e os desafios cotidianos das mulheres que protagonizam esta pesquisa. O estudo objetivou analisar de forma integrada o conhecimento, a adesão e as barreiras de acesso à saúde sexual e reprodutiva entre mulheres quilombolas, contextualizando os dados quantitativos com as observações etnográficas para subsidiar a construção de estratégias de cuidado mais equânimes e culturalmente sensíveis.

## Metodologia

Este estudo se caracteriza por uma abordagem de métodos mistos, combinando uma pesquisa de campo quantitativa, de natureza descritiva e transversal, e relato de experiência qualitativo, aprofundando a compreensão do contexto investigado. Ambas as abordagens foram realizadas de forma concomitante na Comunidade Quilombola de Santo Antônio dos Pretos, localizada na zona rural do município de Codó, Maranhão, uma comunidade certificada pela Fundação Cultural Palmares (2010) e marcada por um contexto de vulnerabilidade social e estrutural, incluindo a ausência de serviços de saúde locais, saneamento básico e, durante o período da pesquisa, de energia elétrica.

A pesquisa quantitativa teve como população mulheres residentes na comunidade com idade entre 18 e 64 anos. A amostra, selecionada intencionalmente, foi constituída por 33 mulheres. A coleta de dados ocorreu por meio de visitas domiciliares, com a aplicação de um formulário estruturado composto por questões sociodemográficas, de histórico e conhecimento de saúde sexual, incluindo HPV e outras ISTs.

Os dados foram submetidos à análise: descritiva, com distribuição de frequências e análise estatística com testes qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), para investigar possíveis associações entre variáveis sociodemográficas e desfechos de saúde sexual e reprodutiva, considerando o nível de significativo ( $\alpha$ ) ( $p < 0,05$ ). As análises foram conduzidas utilizando o software IBM SPSS Statistics 22 (2013). Foram testadas associações entre escolaridade, faixa etária e renda com variáveis como conhecimento sobre HPV, uso de contraceptivos, realização de exame preventivo e padrões reprodutivos.

Paralelamente as coletas de dados, o relato de experiência qualitativo registrou as observações e reflexões da equipe de pesquisadores durante o processo de aplicação dos

questionários. Esta etapa focou em compreender as dinâmicas socioculturais, as barreiras de comunicação e as condições de vida que influenciam a percepção e o acesso à saúde. A abordagem qualitativa permitiu uma imersão no cotidiano da comunidade, observando atividades como a quebra do coco babaçu e a forte presença da religiosidade, elementos que se mostraram cruciais para a interpretação dos dados quantitativos. A adaptação da linguagem técnica para uma comunicação mais acessível foi um dos principais aprendizados metodológicos, evidenciando a necessidade de sensibilidade cultural em pesquisas com populações tradicionais.

Ambos os estudos seguiram os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 78944924.0.0000.0190). O contato inicial foi mediado por lideranças comunitárias, e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados e Discussão

Foram entrevistadas 33 mulheres, entre 18 e 64 anos, onde a integração dos dados quantitativos e das observações qualitativas revelaram um cenário complexo e multifacetado sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres no Quilombo Santo Antônio dos Pretos Codó - MA. Os resultados são apresentados de forma integrada, conectando o perfil sociodemográfico e de saúde com as barreiras estruturais e culturais observadas em campo.

### Perfil Sociodemográfico e Econômico das Mulheres Quilombolas

A caracterização sociodemográfica da amostra de 33 mulheres revela um perfil marcado por vulnerabilidades que se sobrepõem, conforme apresentado na Tabela 1. A maioria se autodeclarou preta (60,6%), com baixa escolaridade (57,6% com ensino fundamental incompleto) e inserida em um contexto de vulnerabilidade econômica, com 66,7% relatando renda mensal inferior a R\$ 1.000,00.

**Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres quilombolas. Codó, Maranhão, Brasil, 2025.**

VARIÁVEIS	18 a 24 anos	25 a 34 anos	35 a 44 anos	45 a 54 anos	55 a 64 anos	TOTAL
COR/RAÇA	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Preta	3 (60,0)	5 (50,0)	7 (70,0)	2 (66,7)	3 (50,0)	20 (60,6)
Parda	2 (40,0)	5 (50,0)	3 (30,0)	1 (33,3)	1 (16,7)	12 (36,4)
Amarela	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,1)	1 (3,0)
ESCOLARIDADE						
Fundamental incompleto	0 (0,0)	5 (50,0)	7 (70,0)	3 (100,0)	4 (66,7)	19 (57,6)
Fundamental completo	1 (20,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (12,1)
Ensino médio incompleto	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,1)



**Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres quilombolas. Codó, Maranhão, Brasil, 2025.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>18 a 24 anos</b>	<b>25 a 34 anos</b>	<b>35 a 44 anos</b>	<b>45 a 54 anos</b>	<b>55 a 64 anos</b>	<b>TOTAL</b>
Ensino médio completo	2 (40,0)	4 (40,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	8 (24,2)
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Solteira	5 (100,0)	6 (60,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	15 (45,5)
Separada/Divorciada	0 (0,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (12,1)
Viúva	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (50,0)	3 (9,1)
Não informado	0 (0,0)	1 (10,0)	7 (70,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	11 (33,3)

Fonte: dados da pesquisa.

O perfil socioeconômico, apresentado na Tabela 2, demonstra que a principal ocupação era a de lavradora (75,8%), evidenciando a centralidade do trabalho rural e do extrativismo, como a quebra do coco babaçu, na subsistência da comunidade.

**Tabela 2. Perfil Socioeconômico de Mulheres Quilombolas.**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>PROFISSÃO (n = 33)</b>		
Lavradora	25	75,8
Quebradora de coco	3	9,1
Doméstica	2	6,1
Pescadora	1	3,0
Estudante	1	3,0
Não informada	1	3,0
<b>PESSOAS NA RESIDÊNCIA (n = 33)</b>		
Nenhuma	5	15,2
1 pessoa	5	15,2
2 pessoas	14	42,4
3 pessoas	5	15,2
Mais de 3 pessoas	4	12,0
<b>RENDA MENSAL (n = 33)</b>		
Menos de R\$ 1.000,00	22	66,7
R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00	10	30,3
Mais de R\$ 4.000,00	1	3,0

Fonte: dados da pesquisa.

Esses dados, por si só, já apontam para a interseccionalidade de gênero, raça e classe que historicamente marginaliza mulheres negras e rurais no Brasil (Carneiro, 2001; Rios, Perez & Ricoldi, 2018). Onde a rotina de trabalho exaustiva, como a quebra do coco, limita o tempo e a disposição para o autocuidado e busca por serviços de saúde, que, por sua vez, são geograficamente distantes e de difícil acesso. A ausência de um posto de saúde na comunidade e a dependência do transporte para a zona urbana, a 47 km de distância, representam uma barreira estrutural significativa, especialmente para gestantes e mulheres com mobilidade reduzida. Essa realidade corrobora estudos de Nascimento, Arantes e Carvalho (2022) e Gerhardt et al. (2024), que apontam as barreiras geográficas e a falta de infraestrutura como grandes entraves para a saúde de populações quilombolas.

### Conhecimento e Práticas em Saúde Sexual e Reprodutiva

Os dados sobre saúde sexual, apresentados na Tabela 3, revelam lacunas importantes no conhecimento e na adesão a práticas preventivas. Embora 51,5% das mulheres já tivessem iniciado a vida sexual, o uso de métodos contraceptivos era baixo (30,3%), e a frequência de gestações, elevada (51,5% com mais de três gestações).

**Tabela 3. Perfil de Atividade Sexual de Mulheres Quilombolas**

VARIÁVEL	N	%
<b>ATIVIDADE SEXUAL (n = 33)</b>		
Sim	17	51,5
Não	16	48,5
<b>IDADE DE INÍCIO DAS ATIVIDADES SEXUAIS (n = 33)</b>		
Menos de 15 anos	10	30,3
Entre 15 a 18 anos	19	57,6
Entre 19 a 25 anos	4	12,1
<b>NÚMERO TOTAL DE PARCEIROS SEXUAIS (n = 33)</b>		
Nenhum	1	3,0
1	7	21,2
2 a 5	21	63,6
6 a 10	2	6,1
Mais de 10	1	3,0
<b>NÚMERO TOTAL DE GESTAÇÕES (n = 33)</b>		
Nenhuma	4	12,1
1	1	3,0
2	3	9,1
3	8	24,2
Mais de 3	17	51,5

**Tabela 3. Perfil de Atividade Sexual de Mulheres Quilombolas**

VARIÁVEL	N	%
<b>USO DE CONTRACEPTIVO (n = 33)</b>		
Sim	10	30,3
Não	23	69,7

Fonte: dados da pesquisa.

O conhecimento sobre HPV e outras ISTs também se mostrou limitado, conforme demonstrado na Tabela 4: 33,3% não sabiam a causa dessas infecções, e 36,4% desconheciam os sintomas do HPV. Esses achados são alarmantes, considerando que o HPV é a principal causa do câncer do colo do útero e que a infecção atinge grande parte da população sexualmente ativa (Bruni et al., 2023; Sousa et al., 2025).

**Tabela 4. Exame Preventivo e Conhecimento sobre HPV de Mulheres Quilombolas, Codó (Maranhão)**

VARIÁVEL	N	%
<b>REALIZAÇÃO DE EXAME PREVENTIVO (n = 33)</b>		
Sim	25	75,8
Não	8	24,2
<b>MOTIVOS PARA NÃO REALIZAÇÃO DO PREVENTIVO (n = 8)</b>		
Não está doente/não apresenta sintomas	4	50,0
É muito difícil agendar o exame	1	12,5
O médico/enfermeiro não solicita	1	12,5
Não informado	2	25,0
<b>CONHECIMENTO SOBRE CAUSAS DO HPV E IST (n = 33)</b>		
Não sabe	11	33,3
Bactérias	8	24,2
Vírus	7	21,2
Parasitas	4	12,1
Todas as opções	2	6,1
Contato direto	1	3,0
<b>CONHECIMENTO SOBRE TRANSMISSÃO DO HPV (n = 33)</b>		
Contato sexual	19	57,6
Não sabe	8	24,2
Contato sanguíneo/fluidos	5	15,2
Da água	1	3,0
<b>CONHECIMENTO SOBRE SINTOMAS DO HPV (n = 33)</b>		

**Tabela 4. Exame Preventivo e Conhecimento sobre HPV de Mulheres Quilombolas, Codó (Maranhão)**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não sabe	12	36,4
Todas as opções anteriores	9	27,3
Dor ao urinar	8	24,2
Coceira	3	9,1
Lesões genitais	1	3,0

Fonte: dados da pesquisa.

#### Acesso a Exames Preventivos e Serviços de Saúde

A Tabela 5 apresenta dados sobre a frequência de exames e fontes de informação, revelando que 30,3% das mulheres nunca realizaram exames de saúde sexual, e 42,4% nunca conversaram com profissionais sobre HPV ou ISTs.

**Tabela 5. Informações de Saúde Sexual de Mulheres Quilombolas, Codó (Maranhão)**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>FREQUÊNCIA DE EXAMES DE SAÚDE SEXUAL (n = 33)</b>		
Nunca	10	30,3
Quando sente necessidade	9	27,3
Anualmente	9	27,3
Semestralmente	5	15,1
<b>CONVERSA COM PROFISSIONAL SOBRE HPV/IST (n = 33)</b>		
Não, nunca	14	42,4
Não, mas pretende	11	33,3
Sim, algumas vezes	6	18,2
Não, mas buscou outras fontes	2	6,1
<b>FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE SEXUAL (n = 33)</b>		
Médicos e profissionais de saúde	11	33,3
Amigos e familiares	10	30,3
Internet e redes sociais	7	21,2
Não tem acesso/Não tem	4	12,1
Outras (televisão)	1	3,0

Fonte: dados da pesquisa.

Apesar de 75,8% das mulheres relatarem já ter realizado o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez na vida, a regularidade é um problema: 27,3% o fazem apenas quando sentem necessidade, e 30,3% nunca realizaram exames de saúde sexual. O principal motivo alegado para a não realização do preventivo foi “não estar doente/não

apresentar sintomas” (50,0%), o que revela uma concepção de saúde focada na doença e não na prevenção. Essa percepção é reforçada pela ausência de um acompanhamento contínuo por parte dos serviços de saúde, como indicado pelo fato de 42,4% das mulheres nunca terem conversado com um profissional sobre HPV ou ISTs.

A falta de um posto de saúde, a ausência de um agente comunitário de saúde desde 2020 e a precariedade da infraestrutura (falta de energia e saneamento) criam um ambiente onde a sobrevivência cotidiana se sobrepõe ao cuidado preventivo. A forte presença da religiosidade, observada em campo, atua como um importante elemento de coesão social e apoio, mas também pode influenciar as práticas de saúde, o que demanda um diálogo sensível e respeitoso entre os saberes tradicionais e biomédicos (Fernandes et al., 2018).

### Análise de Associações entre Variáveis Sociodemográficas e Desfechos de Saúde

Para compreender os fatores que influenciam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas, foram realizadas análises de associação entre variáveis sociodemográficas e desfechos de saúde, utilizando testes  $\chi^2$ , foram investigadas seis possíveis associações: escolaridade versus conhecimento sobre HPV, faixa etária versus uso de contraceptivos, escolaridade versus realização de exame preventivo, renda versus conversa com profissional sobre HPV, faixa etária versus gestações múltiplas, e escolaridade versus uso de contraceptivos.

Das associações testadas, apenas uma mostrou significância estatística: a relação entre a faixa etária e gestações múltiplas ( $\chi^2 = 17,849$ ;  $p = 0,0013$ ). A análise revelou que mulheres mais jovens (18-24 anos) não apresentaram gestações múltiplas, enquanto a proporção aumenta progressivamente com a idade, atingindo 100% nas faixas de 35-44 e 45-54 anos, e 80% entre 55-64 anos. Este achado estatístico corrobora a observação de que as mulheres mais velhas da comunidade vivenciaram múltiplas gestações em um contexto histórico de menor acesso a métodos contraceptivos e planejamento familiar. As demais associações testadas não apresentaram significância estatística, possivelmente devido ao tamanho amostral limitado ( $n=33$ ) e à relativa homogeneidade socioeconômica da população estudada.

### Barreiras Comunicacionais e Implicações para Políticas Públicas

A dificuldade das participantes em compreender termos técnicos como "contraceptivos" ou "educação em saúde" evidencia que a barreira não é apenas de acesso à informação, mas de acesso a uma informação que seja culturalmente e linguisticamente adequada. A necessidade de reformular perguntas para uma linguagem cotidiana ("Você usa algum método para evitar gravidez?") demonstra a distância entre o discurso biomédico e a realidade da comunidade. Essa barreira comunicacional, observada em campo, ajuda a explicar por que, mesmo com algum acesso a profissionais de saúde (33,3% os citaram como fonte de informação), o conhecimento sobre temas específicos de saúde sexual permanece baixo.

A integração quantitativa e qualitativa, permitiu ir além da constatação das “lacunas” e compreender as complexas redes de determinações sociais, culturais e estruturais que as produzem. A baixa adesão a práticas preventivas não é fruto de descaso individual, mas de um sistema que impõe barreiras de acesso geográfico, econômico, cultural e informacional,

perpetuando um ciclo de vulnerabilidades que afeta desproporcionalmente as mulheres quilombolas.

## Conclusão

As disparidades em saúde sexual e reprodutiva na comunidade quilombola de Santo Antônio do Preto, em Codó - MA, não são apenas lacunas de conhecimento, mas reflexos de vulnerabilidades complexas e interligadas, como raça, gênero, classe e território. Barreiras de acesso, agravadas por fatores como baixa escolaridade, isolamento geográfico e falta de comunicação adaptada, perpetuam a iniquidade. Destarte a promoção da saúde nessas comunidades exige uma abordagem intersetorial e territorializada, com políticas públicas que valorizem os saberes locais e garantam a participação ativa das mulheres, oferecendo infraestrutura adequada e equipes de saúde sensíveis ao contexto cultural para promover a autonomia e o bem-estar.

## Referências

- AMADOR, E. O. et al. Determinantes sociais em saúde como fator de impacto na assistência em saúde para quilombolas: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24 n. 4, e14922, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e14922.2024>. Acesso em: 09 de maio de 2025.
- BRASIL. Fundação Cultural Palmares. **Portaria Nº 135, de 27 de outubro de 2010**. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 7, 28 out. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRUNI, L. et al. Global and regional estimates of genital human papillomavirus prevalence among men: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 11, n. 9, p. e1345–e1362, set. 2023. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00305-4.
- CARDOSO, E. M. M. **Aspectos históricos, fisiopatológicos e preventivos da infecção por Papiloma Vírus Humano-HPV**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Araújo, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6269.pdf>. Acesso em: 10 out. 2025.
- CARNEIRO, S. **Enegrecer o Feminismo**: A Situação da Mulher Negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. [S. l.: s. n], 2001. 11 p. Disponível em: <https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/04/CARNEIRO-2013-Enegrecer-o-feminismo.pdf>. Acesso em: 09 maio 2025.
- DIAS, F. D. C. A.; ARAGÃO, P.C.D. Mulheres quilombolas: resistência, identidade e feminismo negro. **Serviço Social & Sociedade**, n. 148, e-6628442, 2025. doi: 10.1590/0101-6628.442.

FERNANDES, E. T. B. S. et al. Prevenção do câncer do colo uterino de quilombolas à luz da teoria de Leininger. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e2016-0004, 2018. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2016-0004.

GERHARDT, TE et al. Eu, nós... ELAS quilombolas: documentário sobre vacinação contra COVID-19 em quilombolas enquanto dispositivo antirracista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, e04482023, 2024. doi: 10.1590/1413-81232024293.04482023.

MORENO, F. R. M. et al. Implementação de Testes Rápidos de IST como estratégia para o fortalecimento do diagnóstico e do cuidado na saúde quilombola: revisão narrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 8, n. 3, e80654, 2025. doi: 10.34119/bjhrv8n3-315.

NASCIMENTO, V. B; ARANTES, A. C. V.; CARVALHO, L. G. Vulnerabilidade e saúde de mulheres quilombolas em uma área de mineração na Amazônia. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 3, e210024pt, 2022. doi: 10.1590/S0104-12902022210024pt.

RIOS, F.; PEREZ, O.; RICOLDI, A. Interseccionalidade nas mobilizações do Brasil contemporâneo. **Lutas Sociais**, v. 22, n. 40, p. 36-51, 2018. doi: 10.23925/ls.v22i40.46648.

SANTOS, C. **Saúde da população negra durante o enfrentamento à Covid-19: percepção dos atores da estratégia saúde da família (ESF)**. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/76236>. Acesso em: 10 out. 2025.

SANTOS, C. B. et al. Disparidades étnicas na adesão ao rastreamento do câncer do colo do útero: uma revisão integrativa. **Revista FT**, v. 135, 2024. doi: 10.5281/zenodo.12659063.

SANTOS, M. O. et al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, e–213700, 2023. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700.

SOUSA, I. B. P. et al. Fatores de risco e prevalência do hpv em comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **REVISTA FOCO**, v. 18, n. 4, e8376-e8376, 2025. doi: 10.54751/revistafoco.v18n4-150.

## Abstract

### **Women's Health in Quilombola Communities in Codó - Maranhão: A Study on Knowledge, Access, and Barriers to Sexual and Reproductive Health.**

This quantitative and qualitative study analyzed the knowledge, adherence, and barriers to access to sexual and reproductive health among women in the Quilombo Santo Antônio dos Pretos, in Codó, Maranhão. Integrating quantitative research with 33 women and a qualitative experience report, the study revealed that, despite some access to preventive exams, significant gaps persist in knowledge about HPV and STIs, low adherence to

contraceptive methods, and a perception of health focused on disease, not prevention. The barriers identified were structural (absence of local health services, geographical distance), sociocultural (exhausting work routine, communication barriers with professionals), and informational (inadequate technical language). The intersectional analysis of gender, race, and class demonstrated how these vulnerabilities overlap, limiting the autonomy and well-being of women. Therefore, promoting health equity for quilombola communities requires intersectoral, territorially-based, and culturally sensitive public policies that strengthen access to information and humanized health services, involving the community in their planning and implementation.

**Keywords:** Women's Health, Quilombola Communities, Reproductive Health, Human Papillomavirus, Health Service Access Barriers.



## **6. LIMITAÇÕES E DESAFIOS DA TESE**

O estudo nos permitiu alcançar resultados significativos sobre a saúde da mulher quilombola da comunidade Santo Antônio do Preto de Codó, Maranhão. No entanto, é fundamental reconhecer os desafios e limitações, compreendendo como esses pontos nos ajudar na interpretação dos resultados, para assim, planejar investigações futuras de forma ainda mais eficaz. Essas limitações podem ser divididas em: metodológicas e elementos contextuais.

### **6.1. Limitações Metodológicas**

#### **6.1.1 Estudo Epidemiológico Retrospectivo (Artigo 1)**

O estudo epidemiológico baseado em dados secundários do SISCAN apresenta limitações inerentes à natureza retrospectiva da pesquisa. A principal limitação refere-se à dependência da qualidade e completude dos registros disponíveis no sistema, que podem apresentar inconsistências, subnotificações ou dados faltantes, comprometendo a precisão das estimativas de cobertura e adesão ao rastreamento do CCU. E, adicionalmente, a ausência de informações clínicas complementares sobre as pacientes, como histórico de saúde, fatores de risco individuais e desfechos clínicos a longo prazo, limita a profundidade da análise epidemiológica. A restrição da análise à faixa etária de 25 a 64 anos, embora justificada pelas diretrizes do Ministério da Saúde, impede a avaliação da situação de mulheres fora deste intervalo, que também podem estar em risco. Por fim, a impossibilidade de estabelecer relações causais, característica dos estudos transversais retrospectivos, limita as inferências sobre os determinantes da baixa adesão ao rastreamento.

#### **6.1.2 Estudo de Campo com Mulheres Quilombolas (Artigo 2)**

Os desafios e limitações inicialmente, refere-se ao tamanho da amostral (33 mulheres quilombolas). Embora essa amostra seja representativa para comunidade específica estudada (Quilombo Santo Antônio dos Preto), é importante ressaltar que ela não permite a generalização dos resultados para todas as comunidades quilombolas da região. Essa limitação amostral é comum em estudos com populações quilombolas, e decorreu de dificuldades como o acesso às comunidades e a dispersão geográfica das residências.

O estudo de campo realizado na comunidade quilombola Santo Antônio dos Pretos apresenta limitações referente ao tamanho amostral e à abrangência geográfica:

- Amostrai: 33 mulheres, embora adequada para uma pesquisa qualitativa exploratória, limita a generalização estatística dos resultados quantitativos para outras comunidades quilombolas do Maranhão ou do Brasil.
- Restrição geográfica: uma única comunidade impede a captura da diversidade de contextos socioculturais, econômicos e de acesso aos serviços de saúde existentes entre diferentes territórios quilombolas.

Adicionalmente, possíveis vieses de seleção, decorrentes da participação voluntária e da mediação por lideranças comunitárias, podem ter influenciado o perfil das participantes. O relato de experiência qualitativo, embora enriqueça a compreensão do contexto, carrega subjetividade inerente às observações dos pesquisadores, o que demanda cautela na interpretação dos achados.

## 6.2. Limitações Contextuais

### 6.2.1. Barreiras Estruturais

A ausência de unidade de saúde na comunidade quilombola estudada constitui uma barreira estrutural fundamental que impacta diretamente o acesso aos serviços de prevenção do CCU. A distância geográfica de aproximadamente 47 quilômetros até a zona urbana de Codó, associada à precariedade do transporte público, dificulta significativamente a realização de exames preventivos, especialmente para mulheres com mobilidade reduzida, gestantes ou com responsabilidades de cuidado que impedem deslocamentos prolongados. Durante o período da pesquisa, a comunidade enfrentava ainda a ausência de energia elétrica e de saneamento básico adequado, condições que refletem a marginalização histórica dos territórios quilombolas e que impactam negativamente a saúde geral da população. A ausência de agente comunitário de saúde desde 2020 representa outra lacuna crítica, eliminando um elo fundamental entre a comunidade e o sistema de saúde, responsável por ações de educação em saúde, busca ativa e acompanhamento das famílias.

### 6.2.2 Barreiras Socioculturais e Informacionais

A rotina de trabalho exaustiva das mulheres quilombolas, especialmente aquelas dedicadas à quebra do coco babaçu, limita o tempo e a disposição para o autocuidado e a

busca por serviços de saúde preventivos. Esta realidade evidencia como as condições socioeconômicas e laborais interferem diretamente nas possibilidades de adesão aos programas de rastreamento. As dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde e mulheres quilombolas, decorrentes do uso de linguagem técnica inadequada e da falta de sensibilidade cultural, constituem barreiras informacionais que comprometem a efetividade das ações educativas. A percepção de saúde centrada na doença, em detrimento da prevenção, reflete tanto a ausência de educação em saúde culturalmente apropriada quanto a experiência histórica de acesso limitado aos serviços, que geralmente ocorre apenas em situações de urgência ou doença manifesta.

### 6.3. Implicações das Limitações para a Interpretação dos Resultados

As limitações identificadas não invalidam os achados da pesquisa, mas contextualizam sua interpretação e aplicabilidade. A triangulação metodológica empregada, combinando análise epidemiológica quantitativa com estudo de campo quanti-qualitativo, permitiu compensar parcialmente as limitações individuais de cada abordagem, oferecendo uma visão mais abrangente e aprofundada da pesquisa. Os resultados devem ser interpretados considerando as especificidades do contexto de Codó e da comunidade quilombola Santo Antonio dos Pretos, sendo recomendável cautela na generalização para outros municípios ou comunidades sem considerar as particularidades locais. Os achados contribuem significativamente para a compreensão das barreiras à prevenção do CCU em populações quilombolas e fornecem subsídios valiosos para o planejamento de políticas públicas mais equitativas e culturalmente sensíveis.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese apresentou uma análise abrangente da prevenção do CCU no município de Codó, Maranhão, integrando uma perspectiva epidemiológica municipal com um estudo aprofundado sobre conhecimento e barreiras em comunidades quilombolas. A triangulação metodológica empregada permitiu revelar um panorama complexo e multifacetado desta problemática de saúde pública, evidenciando como as desigualdades estruturais e as barreiras socioculturais impactam diferenciadamente populações vulnerabilizadas.

O estudo epidemiológico retrospectivo, baseado em dados do SISCAN, evidenciou baixa adesão e cobertura do exame citopatológico no município de Codó. Com apenas 14.993 exames realizados na faixa etária alvo, número significativamente inferior ao recomendado pela OMS para controle efetivo do CCU, este achado quantitativo estabelece a magnitude do desafio enfrentado pelo sistema de saúde local. A predominância do exame realizado para rastreamento (99,87%), embora positiva quanto à finalidade, não compensa a insuficiência da cobertura populacional, revelando falhas na captação e na adesão das mulheres aos programas de prevenção.

O estudo de campo com mulheres da comunidade quilombola Santo Antônio dos Pretos aprofundou significativamente a compreensão deste fenômeno, revelando que a baixa adesão transcende a mera disponibilidade do exame. A pesquisa identificou lacunas significativas no conhecimento sobre Papilomavírus Humano (HPV) e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), com 33,3% das participantes desconhecendo as causas dessas infecções e 36,4% desconhecendo os sintomas do HPV. Estas lacunas cognitivas, associadas a barreiras estruturais (distância geográfica de 47 km até a zona urbana, ausência de serviços de saúde locais, falta de energia elétrica e saneamento básico), socioculturais (rotina de trabalho exaustiva na quebra do coco babaçu, dificuldades de comunicação com profissionais de saúde) e informacionais (uso de linguagem técnica inadequada), criam um cenário de múltiplas vulnerabilidades que restringem severamente a efetividade das ações preventivas.

A análise interseccional de gênero, raça e classe, empregada na interpretação dos dados, demonstrou como essas dimensões de vulnerabilidade se sobrepõem e se potencializam, limitando a autonomia e o bem-estar das mulheres quilombolas. A percepção de saúde centrada na doença, em detrimento da prevenção, reflete tanto a ausência de educação em saúde culturalmente apropriada quanto a experiência histórica de

marginalização e acesso limitado aos serviços, que geralmente ocorre apenas em situações de urgência. Esta constatação evidencia a necessidade de abordagens que não apenas ofereçam serviços, mas que transformem a relação das comunidades quilombolas com o sistema de saúde, promovendo empoderamento e protagonismo.

A integração dos achados que compõem esta tese demonstra que a prevenção efetiva do CCU em populações quilombolas requer abordagem que vá muito além da oferta de exames, demandando políticas públicas intersetoriais, territorializadas e culturalmente sensíveis. Sendo, fundamental fortalecer o acesso à informação em linguagem acessível e culturalmente apropriada, garantir a presença de serviços de saúde nos territórios quilombolas, capacitar profissionais para atendimento culturalmente competente, e, sobretudo, envolver ativamente a comunidade no planejamento e execução das ações de saúde, respeitando seus saberes tradicionais e suas formas de organização social.

Como contribuições desta tese para o campo da saúde pública, destacam-se:

1. O estabelecimento de um diagnóstico epidemiológico detalhado e atualizado da situação do rastreamento do CCU em Codó, fornecendo subsídios para o planejamento de ações locais;
2. A caracterização das barreiras específicas enfrentadas por mulheres quilombolas no acesso à prevenção do CCU, evidenciando a necessidade de abordagens diferenciadas;
3. A demonstração da importância da abordagem interseccional para compreender as iniquidades em saúde, superando análises unidimensionais que não capturam a complexidade das vulnerabilidades;
4. A proposição de diretrizes para políticas públicas mais equitativas e efetivas, baseadas em evidências empíricas e na escuta das necessidades das comunidades.

Para pesquisas futuras, sugere-se:

1. Ampliação do estudo para outras comunidades quilombolas do Maranhão e de outros estados, permitindo comparações e a identificação de padrões e especificidades regionais;
2. Avaliação da efetividade de intervenções educativas culturalmente adaptadas, desenvolvidas em parceria com as comunidades;
3. Análise da efetividade de estratégias de territorialização dos serviços de saúde, incluindo a implementação de unidades móveis e a presença regular de equipes multidisciplinares nos territórios quilombolas;

4. Investigação do impacto da vacinação contra HPV em populações quilombolas, considerando as barreiras de acesso e as taxas de cobertura vacinal;
5. Estudos longitudinais que acompanhem os desfechos de saúde das mulheres quilombolas ao longo do tempo, permitindo avaliar o impacto de políticas e intervenções implementadas.

Portanto, esta tese evidencia que a promoção da equidade em saúde para mulheres quilombolas exige o reconhecimento e o enfrentamento das múltiplas dimensões da vulnerabilidade, por meio de políticas públicas que respeitem e valorizem as especificidades culturais, territoriais e históricas dessas comunidades.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADOR, E. O. et al. Determinantes sociais em saúde como fator de impacto na assistência em saúde para quilombolas: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24 n. 4, e14922, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e14922.2024>. Acesso em: 09 de maio de 2025.

ARBYN M, WEIDERPASS E, BRUNI L, DE SANJOSÉ S, SARAIYA M, FERLAY J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. **Lancet Glob Health**. 2020;8(2):e191-e203.

ALLEMANI, Claudia et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). **The Lancet**, London, v. 385, n. 9972, p. 977-1010, 2015.

ALMA PRETA. Processo de certificação de comunidades quilombolas no Brasil. **Alma Preta Jornalismo**, 2024. Disponível em: <https://almapreta.com>. Acesso em: 29 jun. 2025.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BARROS, Mariana Rodrigues et al. Fatores associados ao câncer de colo do útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 293-299, 2021.

BEDIN R, GASPARIN VA, DE BRITO PITILIN É. Fatores associados às alterações cérvico-uterinas de mulheres atendidas em um município polo do oeste catarinense. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2017;9(1):167-74.

BENTO, Isabella Chagas et al. Fatores de risco e prevenção do câncer de colo de útero: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, e9943, 2023.

BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BORGES MFSO, DOTTO LMG, KOIFMAN RJ, CUNHA MA, MUNIZ PT. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Cad Saude Publica*. 2012;28:1156-66.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 nov. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Fundação Cultural Palmares. Portaria Nº 135, de 27 de outubro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático sobre o HPV: perguntas e respostas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Fundação Cultural Palmares. **Comunidades quilombolas certificadas**. Brasília, DF: Fundação Palmares, 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Recomendações para o rastreamento do câncer do colo do útero e manejo de lesões precursoras**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizes\\_-\\_colo\\_final.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizes_-_colo_final.pdf). Acesso em: 10 out. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde adota esquema de vacinação em dose única contra o HPV. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2 abr. 2024. Disponível em:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/ministerio-da-saude-adota-esquema-de-vacinacao-em-dose-unica-contra-o-hpv>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Igualdade Racial. **Dados sobre população quilombola**. Brasília, DF: Ministério da Igualdade Racial, 2024a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório preliminar - Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico**. Brasília, DF, 2024b.

BRASIL DE DIREITOS. Quilombos e resistência histórica no Brasil. Brasil de Direitos, 2022. Disponível em: <https://brasilledireitos.org.br>. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL DE FATO. Distribuição da população quilombola no Brasil. Brasil de Fato, 2025. Disponível em: <https://brasildefato.com.br>. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL ESCOLA. História dos quilombos no Brasil. Brasil Escola, 2024. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br>. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRAY F, FERLAY J, SOERJOMATARAM I, SIEGEL RL, TORRE LA, JEMAL A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424.

BRASIL. Fundação Cultural Palmares. **Portaria Nº 135, de 27 de outubro de 2010**. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, p. 7, 28 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRUNI, L. et al. Global and regional estimates of genital human papillomavirus prevalence among men: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 11, n. 9, p. e1345–e1362, set. 2023. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00305-4.

CANTANHEDE FILHO, Aniceto. Quilombo e representação política: o caso de Santo Antônio dos Pretos. 2020. 169 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus. 2020.

CARDOSO, E. M. M. **Aspectos históricos, fisiopatológicos e preventivos da infecção por Papiloma Vírus Humano-HPV**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Araújo, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6269.pdf>. Acesso em: 10 out. 2025.

CARNEIRO, S. **Enegrecer o Feminismo**: A Situação da Mulher Negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. [S. l.: s. n], 2001. 11 p. Disponível em:

<https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/04/CARNEIRO-2013-Enegrecer-o-feminismo.pdf>. Acesso em: 09 maio 2025.

CARVALHO, Patrícia Gonçalves de et al. Fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer de colo uterino em mulheres. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 16, e1362, 2018.

CEZAR, Luana Silva. Mulheres quilombolas e vulnerabilidades em saúde. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 32, n. 2, e89456, 2024.

CLARO IB, ROSA MLG, TOMASI E, CESAR JA, MENDOZA-SASSI RA. Sistemas de saúde, políticas e ações de controle do câncer do colo do útero: Brasil e Chile em perspectiva comparada [Tese de Doutorado]. [Local]: [Instituição]; 2020.

CONNOLLY D, HUGHES X, BERNER A. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: A systematic narrative review. *Prev Med*. 2020;135:106071.

CONTRI ML, OLIVEIRA LS, OLIVEIRA LS, OLIVEIRA LS, OLIVEIRA LS, OLIVEIRA LS. A importância do teste papanicolau como prevenção do câncer cervical e fatores de riscos relacionados a ausência do exame em gestantes. *Braz J Dev*. 2021;7(10):98308-23.

CNN BRASIL. História e formação dos quilombos brasileiros. CNN Brasil, 2023. Disponível em: <https://cnnbrasil.com.br>. Acesso em: 29 jun. 2025.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. Diversidade geográfica dos quilombos. CPI-SP, 2024. Disponível em: <https://cpisp.org.br>. Acesso em: 29 jun. 2025.

CORREA, M. da S. et al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2257-2266, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400005>. Acesso em: 12 mai. 2025.

COSTA, Rafaela Lira Formiga et al. Câncer de colo de útero: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 16, e1362, 2019.

CRENSHAW, Kimberlé. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, Stanford, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 1991.

CRENSHAW, Kimberlé. Background paper for the expert meeting on the gender-related aspects of race discrimination. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, p. 171-188, 2002.

CRUZ, Sheila Cristina Ribeiro da. **Mulheres negras quilombolas: História, cultura e resiliência quilombola Santo Antônio dos Pretos em Codó/MA**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Humanas/História) - Universidade Federal do Maranhão, Campus de Codó, 2023. Disponível em: <https://rosario.ufma.br/jspui/handle/123456789/7715>.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: **Institute for Future Studies**, 1991.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. The Dahlgren-Whitehead rainbow (1991). **PSLHub**, 2021. Disponível em: <https://www.pslhub.org/learn/improving-patient-safety/health-inequalities/the-dahlgren-whitehead-rainbow-1991-r5870>. Acesso em: 10 mar. 2025.

DAMIANI, Gisele et al. Fatores socioeconômicos e câncer de colo uterino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, e-081456, 2021.

DE ANDRADE AOYAMA, Elisângela et al. Câncer de colo do útero: fatores de risco e prevenção. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 32, p. 1-10, 2019.

DE ARAÚJO JR, SILVA MFOC, NASCIMENTO KKF, SANTOS JS, FEITOSA KVA, BEZERRA KC. Sensibilidade e especificidade dos métodos para rastreamento das lesões cérvico uterinas: Uma revisão sistemática. *Braz J Health Rev*. 2021;4(2):4277-97.

DE AZEVEDO GREENWOOD S, MACHADO MFAS, SAMPAIO NMV. Motives which lead women not to return to receive the results of their pap smear test. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(4):503-9.

DIAS, F. D. C. A.; ARAGÃO, P.C.D. Mulheres quilombolas: resistência, identidade e feminismo negro. **Serviço Social & Sociedade**, n. 148, e-6628442, 2025. doi: 10.1590/0101-6628.442.

DOS SANTOS, Adriana Lúcia Pontes; FONSECA, Afonso José. Métodos diagnósticos para HPV. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 87-95, 2016.

DROLET M, BÉNARD É, PÉREZ N, BRISSON M, ALI H, BOILY MC, et al. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10197):497-509.

ENTIAUSPE, Ludmila et al. Papilomavírus Humano: uma abordagem atual. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 51-62, 2006.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FERNANDES, E. T. B. S. et al. Prevenção do câncer do colo uterino de quilombolas à luz da teoria de Leininger. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e2016-0004, 2018. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2016-0004.

FERRARI, Andressa. Demografia quilombola no Brasil: dados do Censo 2022. Portal de Notícias, 2024. Disponível em: <https://noticias.gov.br>. Acesso em: 29 jun. 2025.

FOLHA DE S. PAULO. Certificação de comunidades quilombolas. Folha de S.Paulo, 2024. Disponível em: <https://folha.uol.com.br>. Acesso em: 29 jun. 2025.

FONSECA, Afonso José et al. Epidemiologia do câncer de colo uterino na América Latina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 168-175, 2010.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Nathália Cristina Freitas et al. Sobrevida em câncer de colo uterino no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 1-10, 2016.

G1. Em país cada vez mais urbano, quilombolas seguem morando no campo. **G1**, 9 mai. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2025/05/09/em-pais-cada-vez-mais-urbano-quilombolas-seguem-morando-no-campo.ghtml>. Acesso em: 29 jun. 2025.

G1 Maranhão. Tradições sobrevivem na comunidade Santo Antônio dos Pretos, em Codó. **G1**, 20 nov. 2012. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2012/11/tradicoes-sobrevivem-na-comunidade-santo-antonio-dos-pretos-em-codo.html>

GARCIA, Maria José; BUENO, Carlos Alberto. Adaptabilidade ambiental das comunidades quilombolas. **Revista de Estudos Ambientais**, v. 25, n. 3, p. 45-62, 2023.

GALÃO AO, ZEFERINO LC, JACOB CE, HAYASHI GY, SOUZA RA. Prevalência e seguimento de exame citopatológico de colo uterino com atipias em células escamosas de origem indeterminada em um hospital universitário brasileiro. *Rev HCPA*. 2012;32(3):296-302.

GASPARIN VA, PITILIN EB, SOCCOL KLS, BORTOLINI J, BEDIN R. Fatores associados à representatividade da zona de transformação em exames citopatológicos do colo uterino. *Cogitare Enferm*. 2016;21(2).

GERHARDT, TE et al. Eu, nós... ELAS quilombolas: documentário sobre vacinação contra COVID-19 em quilombolas enquanto dispositivo antirracista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, e04482023, 2024. doi: 10.1590/1413-81232024293.04482023.

GOOGLE. **Gemini** 1.5. [Software de inteligência artificial]. Disponível em: <https://gemini.google.com/>. Acesso em: 24 de dezembro de 2025.

HACKENHAAR AA, CÉSAR JA, DOMINGUES MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):103-11.

HACKENHAAR AA, MENEGHINI KFD, DUMITH SC. Cobertura do exame citopatológico de colo uterino em mulheres em um município do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2021;54(1):e171620.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2009: Serviços de saúde. Codó: IBGE; 2009 [acesso em 9 abr 2024]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/codo/pesquisa/32/28163>

\_\_\_\_\_. Censo Demográfico 2022: quilombolas - primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

\_\_\_\_\_. Características da população quilombola no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

IGLESIAS, Patrícia et al. Diretrizes para rastreamento do câncer cervical no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 185-193, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

\_\_\_\_\_. **Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

\_\_\_\_\_. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2019.

\_\_\_\_\_. **Rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

\_\_\_\_\_. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA; 2021.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

\_\_\_\_\_. **Prevenção do câncer do colo do útero**. Brasília, DF: INCA, 16 set. 2022. Atualizado em 21 jun. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/prevencao>.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA (INCRA). **Territórios quilombolas no Brasil**. Brasília, DF: INCRA, 2023.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. GLOBOCAN (IARC) 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon: IARC, 2012.

KOUTSKY LA, HOLMES KK, CRITCHLOW CW, STEVENS CE, PAAVONEN J, BECKMANN AM, et al. Human papillomavirus testing for triage of women with cytologic evidence of low-grade squamous intraepithelial lesions: baseline data from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst*. 2000;92(5):397-402.

LIMA, Fernanda Santos et al. Condições de vida da população quilombola rural. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 78-89, 2022.

LONGATTO-FILHO, Adhemar et al. Citologia cervical: sensibilidade e especificidade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 17-23, 2015.

LUVISARO, Bruna Maria Moreira et al. Impacto da pandemia na vacinação contra HPV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, p. 1-8, 2022.

MACÊDO, Juliana Lustosa et al. Vulnerabilidades da população quilombola. **Revista de Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, e190472, 2020.

MADEIRO A, RUFINO AC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame citopatológico do colo do útero entre mulheres brasileiras de 18 a 39 anos. *J Health Biol Sci*. 2022;10(1):1-9.

MANDU SOCIAL. Estratégias de sobrevivência quilombola. Mandu Social, 2024. Disponível em: <https://mandusocial.org.br>. Acesso em: 29 jun. 2025.

MANHÃES, Luciana Silva et al. Fatores de risco para câncer de colo uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1724-1731, 2018.

MANUS. Agente autônomo de inteligência artificial. Disponível em: <https://manus.im>. Acesso em: 24 de dezembro de 2025.

MARINGE C, SPICER J, MORRIS M, PURUSHOTHAM A, NOLTE E, SULLIVAN R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. **Lancet Oncol.** 2020; 21(8):1023-34.

MORENO, F. R. M. et al. Implementação de Testes Rápidos de IST como estratégia para o fortalecimento do diagnóstico e do cuidado na saúde quilombola: revisão narrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 8, n. 3, e80654, 2025. doi: 10.34119/bjhrv8n3-315.

MOTA, Alyne Nunes et al. A look at vulnerability: analysis of the lack of access to health care for quilombolas in Brazil. **J. Hum. Growth Dev.**, Santo André, v. 31, n. 2, p. 302-309, ago. 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822021000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822021000200013&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 29 jan. 2025

MUNDO EDUCAÇÃO. Formação histórica dos quilombos. Mundo Educação, 2024. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br>. Acesso em: 29 jun. 2025.

NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. Mulheres quilombolas: identidade e resistência. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1357-1378, 2017.

NASCIMENTO, V. B.; et al. Vulnerabilidades de mulheres quilombolas no interior da Amazônia às infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 2, n. 1, p. 68-73, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/ijhe.2016.029>. Acesso em: 20 fev. 2025.

NASCIMENTO, M. J.; ARANTES, C.; CARVALHO, A. P. Características demográficas da população quilombola. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 39, e0198, 2022.

NASCIMENTO, V. B; ARANTES, A. C. V.; CARVALHO, L. G. Vulnerabilidade e saúde de mulheres quilombolas em uma área de mineração na Amazônia. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 3, e210024pt, 2022. doi: 10.1590/S0104-12902022210024pt.

NETO, Pedro Agnel Dias Miranda. Monitoramento da qualidade diagnóstica da citologia esfoliativa do colo uterino em Petrolina-PE. 2017. 51 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina.2017



OLANDA, R. F.; et al. Plantas medicinais utilizadas na comunidade quilombola Santo Antônio dos Pretos (Codó, Maranhão, Brasil). **Revista Ibero-Americana de Ciências Ambientais**, v. 11, n. 3, p. 1-15, abr./mai. 2020. Disponível em: <https://sustenere.inf.br/index.php/rica/article/view/3890>

OLIVEIRA MV, GUIMARÃES MDC, FRANÇA EB. Factors associated with failure to take a Pap smear test among Quilombola women. *Cienc Saude Coletiva*. 2014; 19(11):4535.

OLIVEIRA, D. B. DE; CARVALHO E SILVA, M. D. O Terecô na Comunidade Santo Antônio dos Pretos (Codó-MA): pertencimento religioso e resistência. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 18, n. 209, p. 65-76, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/43327>.

OLIVEIRA, V. M.; et al. Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis em mulheres quilombolas: estudo transversal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, e210015, 2021.

OLIVEIRA, M.; et al. Educação sobre HPV para adolescentes. **Revista de Saúde do Adolescente**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 45-52, 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório Técnico de Imunizações**. Brasília, DF: OPAS, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275729786>. Acesso em: 12 mai. 2025.

PETIGNAT P, ROY M. Diagnosis and management of cervical cancer. **BMJ**. 2007; 335(7623):765-8.

POHLMANN, P. R. HPV e carcinogênese cervical. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 523-530, 2002.

POLITIZE. Critérios de reconhecimento quilombola. **Politize!**, 2021. Disponível em: <https://politize.com.br>. Acesso em: 29 jun. 2025.

PRATES, L. A.; et al. A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2483-2492, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006715>. Acesso em: 12 jul. 2025.

PRATES, L. A.; POSSATI, A. B.; TIMMET, J. F. Características demográficas de comunidades quilombolas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e58347, 2016.

RAFAEL, R. M. F.; et al. Câncer de colo uterino: impacto na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 360-367, 2017.

RIOS, F.; PEREZ, O.; RICOLDI, A. Interseccionalidade nas mobilizações do Brasil contemporâneo. **Lutas Sociais**, v. 22, n. 40, p. 36-51, 2018. doi: 10.23925/ls.v22i40.46648.

RONCO G, DILLNER J, ELFSTRÖM KM, TUNESI S, SNIJDERS PJ, ARBYN M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014;383(9916):524-32.

ROSENDO DA, GONÇALVES CV, MATTOS IE, MAGALHÃES MHCG. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US): seguimento de exames realizados no Instituto Adolfo Lutz. *RBAC*. 2018;3:265-9.

SANTOS FILHO, M.; et al. Métodos moleculares para detecção de HPV. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 123-130, 2016.

SANTOS, C. M.; et al. Fatores de risco para câncer cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. 278-285, 2016.

SANTOS, A.; SANTOS, C.; FERNANDES, M. Cobertura vacinal contra HPV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, p. 1-9, 2023.

SANTOS, M. O. et al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, e-213700, 2023. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700.

SANTOS, C. **Saúde da população negra durante o enfrentamento à Covid-19: percepção dos atores da estratégia saúde da família (ESF)**. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/76236>. Acesso em: 10 out. 2025.

SANTOS, C. B. et al. Disparidades étnicas na adesão ao rastreamento do câncer do colo do útero: uma revisão integrativa. **Revista FT**, v. 135, 2024. doi: 10.5281/zenodo.12659063.

SCHWARTZ, S. B. **Escravos, roceiros e rebeldes**. Bauru: EDUSC, 1987.

SENA MGAM. Abordagens de controle e tratamento para o câncer cervical: em que ponto estamos? [Trabalho de Conclusão de Curso]. [Local]: [Instituição]; 2023.

SENADO FEDERAL. Regularização fundiária quilombola. Portal do Senado Federal, 2025. Disponível em: <https://senado.leg.br>. Acesso em: 29 jun. 2025.

SEROTINI, A., & RODRIGUES, J. F. O reconhecimento legal de territórios quilombolas no Brasil: levantamento quantitativo dos casos julgados pelo Supremo Tribunal Federal (STF). **Revista De Gestão E Secretariado**, 15(3), e3616, 2024. <https://doi.org/10.7769/gesec.v15i3.3616>.

SILVA, P.; et al. Diretrizes para rastreamento cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 234-241, 2019.

SILVA, M. J.; et al. Incidência de câncer cervical no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, e-021456, 2022.

SILVA, J. C.; et al. Fatores de risco para câncer de colo uterino. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 45-52, 2023.

SILVA, F.; et al. Características histológicas do câncer cervical. **Revista Brasileira de Patologia**, São Paulo, v. 60, n. 2, p. 89-96, 2024.

SIMONETTI, A. C.; OLIVEIRA, R. Características do papilomavírus humano. **Revista Brasileira de Microbiologia**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 456-463, 2012.

SMITH RA, ANDREWS KS, BROOKS D, FEDEWA SA, MANASSARAM-BAPTISTE D, SASLOW D, et al. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2019;69(3):184-210.

SOUSA FOS, MEDEIROS KR, GURGEL JUNIOR GD, ALBUQUERQUE PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Cienc Saude Coletiva**. 2014; 19(04):1283-93.

SOUSA, I. B. P. et al. Fatores de risco e prevalência do hpv em comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **REVISTA FOCO**, v. 18, n. 4, e8376-e8376, 2025. doi: 10.54751/revistafoco.v18n4-150

TAVARES, S. B. H.; MOREIRA, M. R. Sobrevida em câncer cervical. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-8, 2017.

TOMITA, L. Y. **Consumo alimentar e concentrações séricas de micronutrientes: associação com lesões neoplásicas e câncer cervical**. 2007. Tese (Doutorado em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2007. doi:10.11606/T.6.2007.tde-20122007-160208. Acesso em: 2025-07-01.

UNFPA. Marginalização histórica das comunidades quilombolas. Fundo de População das Nações Unidas, 2024. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org>. Acesso em: 29 jun. 2025.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 81-88, 2001.

VIMAR, A.; et al. Carcinogênese cervical e fatores associados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, e-10987, 2020.

WAHEED, S.; et al. Formação profissional sobre HPV. **Revista Internacional de Saúde**, v. 15, n. 4, p. 234-241, 2023.

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

\_\_\_\_\_. **WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention**. 2. ed. Geneva: WHO, 2021.

\_\_\_\_\_. **WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention**. 2nd ed. Geneva: WHO; 2021.

ZEBARDAST, N.; et al. HPV e carcinogênese: mecanismos moleculares. **International Journal of Cancer Research**, v. 18, n. 3, p. 145-152, 2022.

## **9. APENDICE E ANEXOS**

**Apêndice 1** - Formulário de entrevista

**Anexo 1** - Diretrizes da Revista Eletrônica Acervo Saúde

**Anexo 2** - Carta de Aceite - Revista Eletrônica Acervo Saúde

**Anexo 3** - Diretrizes da Physis: Revista de Saúde Coletiva

**Anexo 4** - Formulário de Submissão - Physis: Revista de Saúde Coletiva

### Apêndice 1 - Formulário de entrevista

“Conhecimento e Adesão de Mulheres Quilombolas de Município interiorano do Estado do Maranhão às Medidas Preventivas do Câncer do Colo do Útero e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. Pertence a comunidade quilombola? ( ) Sim ( ) Não	Se sim, qual? _____
2. Qual seu grau de escolaridade?	( ) fundamental completo ( ) fundamental incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino superior completo ( ) ensino superior incompleto
3. Você vive com esposo? ( ) Sim ( ) Não	<b>Caso resposta seja não, é:</b> ( ) Solteira ( ) Viúva ( ) Separada/Divorciada
4. Profissão:	_____
5. Na sua casa, quantas pessoas moram além de você?	a. Nenhuma b. 1 c. 2 d. 3 e. Mais de 3
6. Qual sua renda mensal:	a. Menos de R\$ 1.000,00 b. R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00 c. R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00 d. R\$ 3.001,00 a R\$ 4.000,00 e. Mais de R\$ 4.000,00
7. Cor da pele?	a. Branca b. Parda c. Negra d. Amarela e. Indígena
8. Religião?	a. Cristã b. Muçulmana c. Hinduísta d. Matriz Africana: (Especificar: _____) e. Outra (especificar: _____)
9. Tem Atividade Sexual?	( ) Sim ( ) Não
10. Idade de início das atividades sexuais	a. Nunca teve atividades sexuais b. Menos de 15 anos c. Entre 15 a 18 anos d. Entre 19 a 25 anos e. Mais de 25 anos
11. Número total de parceiro sexuais?	a. Nenhum b. 1 c. 2 a 5 d. 6 a 10 e. Mais de 10
12. Número total de gestações	a. Nenhuma b. 1 c. 2 d. 3 e. Mais de 3

<b>13. Número total de filhos</b>	a. Nenhum b. 1 c. 2 d. 3 e. Mais de 3
<b>14. Há banheiro na sua residência?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, em qual local são despejadas as excretas?
<b>15. Na sua casa há acesso à água potável?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, em qual local são despejadas as excretas?
<b>16. Na sua casa há acesso à internet?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>17. Tem transporte próprio?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Se sim, qual?</b> _____
<b>DADOS SOBRE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<b>1. Você sabe que os serviços de saúde ofertados pelo SUS são gratuitos?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>2. Quanto tempo você geralmente espera para conseguir uma consulta ou exame na sua comunidade?</b>	<input type="checkbox"/> Menos de uma semana <input type="checkbox"/> Entre uma semana e um mês <input type="checkbox"/> Mais de um mês
<b>3. Você se sente satisfeito(a) com os serviços de saúde que utiliza?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, quais são as principais insatisfações? _____
<b>4. Você já participou de palestras, campanhas ou eventos de educação em saúde promovidos pelo SUS?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>5. Quando precisa de algum medicamento, você consegue obter pelo SUS?</b>	<input type="checkbox"/> Sim, sempre <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não, nunca consigo
<b>6. Você sabe como e onde marcar consultas ou exames pelo SUS?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>7. Você sente que o processo de marcação de consultas ou exames é fácil ou difícil?</b>	<input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Difícil Qual o motivo da dificuldade, se houver? _____
<b>8. Você sabe quais vacinas estão disponíveis gratuitamente pelo SUS?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>9. As crianças da comunidade recebem todas as vacinas recomendadas?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, qual é a principal dificuldade? _____
<b>10. Você sente confiança nos profissionais de saúde do SUS que atendem a comunidade?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>DADOS SOBRE DOENÇAS MAIS RECORRENTES</b>	
<b>1. A comunidade enfrenta casos frequentes de doenças infecciosas transmitidas por insetos?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quais? _____
<b>2. Você ou alguém da sua família apresenta sintomas de ansiedade, depressão ou outros problemas emocionais?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

3. Você ou alguém da sua família tem problemas frequentes como dor abdominal, diarreia, gastrite ou úlceras?	( ) Sim ( ) Não Se sim, qual frequência? _____
4. Existem doenças que são mais comuns na sua comunidade?	( ) Sim ( ) Não Se sim, quais? _____

DADOS SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS	
1. Tem alguma doença crônica?	( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? _____
2. Você participa regularmente de consultas de monitoramento?	( ) Sim ( ) Não
3. Dentre os seguintes fatores de risco, assinale os que você possui:	a. Obesidade b. Tabagismo c. Alcoolismo d. Sedentarismo
4. Com qual frequência você vai aos serviços de saúde para acompanhamento da doença? ( ) Semanalmente ( ) Mensalmente ( ) Anualmente ( ) Raramente	<b>Caso a resposta seja anualmente ou raramente, assinalar as razões para tal frequência:</b> a. Não sente os sintomas da doença b. Falta de disposição c. Distância associada à falta de transporte d. Desinteresse em tratar a doença no início e. É muito difícil conseguir marcar a consulta f. Por vergonha ou constrangimento g. Falta de conhecimento sobre o tratamento no SUS h. Falta de orientação do enfermeiro e/ou médico i. Outro motivo, qual? _____
5. Faz uso de medicação regularmente, conforme prescrita pelo profissional?	( ) Sim ( ) Não
6. Você consegue tratar a sua doença no SUS?	( ) Sim ( ) Não
7. Ocorrem visitas periódicas de agentes comunitários de saúde?	( ) Sim ( ) Não
DADOS SOBRE MÉTODOS PREVENTIVOS	
1. Uso de contraceptivo? ( ) Sim ( ) Não	<b>Se sim, qual(s)?</b> a. Pílula anticoncepcional b. Preservativo (camisinha feminina) c. Preservativo (camisinha masculina) d. DIU (Dispositivo Intrauterino) e. Implante hormonal f. Injeção contraceptiva g. Outro (especificar: _____) h. Não se aplica
2. Já realizou exame preventivo? ( ) Sim ( ) Não	<b>Caso a resposta seja não. Motivos para não realização do exame citopatológico, assinalar a resposta:</b> a. Não está doente ou não apresenta nenhuma sintomatologia b. Por vergonha ou constrangimento c. O exame é doloroso



	d. Por descuido e. Tem medo do resultado do exame f. Não sabia do exame ou não conhecia a sua finalidade g. Não tem tempo disponível ou não pode faltar o trabalho h. O médico ou enfermeiro não solicita a realização i. É muito difícil agendar o exame j. Não tem conhecimento de qual foi o resultado k. Não gosta do profissional que o realiza l. Medo do parceiro m. Família descobrir que tem atividade sexual n. Outro (especificar: _____)
<b>3. Foi imunizada contra HPV?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Se sim, quando?</b> a. Menos de 6 meses atrás b. Entre 6 meses e 1 ano atrás c. Entre 1 e 2 anos atrás d. Há mais de 2 anos e. Não se lembra <b>Quantas doses tomou?</b> a. 1 dose b. 2 doses c. 3 doses
<b>CONHECIMENTO SOBRE <i>Human Papiloma Vírus</i> (HPV) E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)</b>	
<b>1. Quais são as causas do HPV e outras IST?</b>	a. Vírus b. Bactérias c. Parasitas d. Todas as opções anteriores e. Outras (especificar: _____)
<b>2. Como o HPV e outras IST podem ser transmitidos?</b>	a. Contato sexual b. Contato sanguíneo c. Contato com fluidos corporais d. Todas as opções anteriores e. Outras (especificar: _____)
<b>3. Quais são os sintomas comuns do HPV e outras IST?</b>	a. Lesões genitais b. Dor ao urinar c. Coceira d. Todas as opções anteriores e. Outras (especificar: _____)
<b>4. O que é a vacinação contra o HPV?</b>	a. Prevenção de infecções virais b. Proteção contra certos tipos de câncer
<b>5. Quem deve receber a vacina?</b>	a. Mulheres b. Homens c. Ambos os sexos d. Não sabe/não responde
<b>6. Qual a faixa etária que deve se vacinar contra o HPV?</b>	a. Até 9 anos de idade b. Dos 9 aos 14 anos de idade c. Dos 15 aos 19 anos de idade d. Dos 20 aos 26 anos de idade

	e. Dos 27 anos em diante f. Não sabe/não responde
<b>ATITUDES E PRÁTICAS</b>	
<b>1. Com que frequência você realiza exames de saúde sexual?</b>	a. Anualmente b. Semestralmente c. A cada 3 meses d. Nunca e. Quando sinto necessidade
<b>2. Você já conversou com um profissional de saúde sobre HPV e IST?</b>	a. Sim, frequentemente b. Sim, algumas vezes c. Não, nunca d. Não, mas pretendo e. Não, mas já busquei informações em outras fontes
<b>3. Quais são suas principais fontes de informação sobre saúde sexual?</b>	a. Médicos e profissionais de saúde b. Internet e redes sociais c. Amigos e familiares d. Escolas ou instituições educacionais e. Livros e publicações especializadas f. Outras (especificar: _____)
<b>SABERES DE GESTANTES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL</b>	
<b>1. Sua (s) gravidez foi planejada?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>2. Você tem reconhecimento/apoio paterno?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>3. Você tem apoio familiar?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>4. Você realizou ou realiza o pré-natal?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>5. Quantas usg você fez durante a gestação?</b>	( ) 0 ou 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Mais que 3
<b>6. Você realizou exames laboratoriais?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>7. Você sabe quais exames laboratoriais realizou?</b>	( ) Não ( ) Sim, mas apenas algumas ( ) Sim, sei todas
<b>8. Você tomou vacina durante o pré-natal?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>9. Você sabe quais vacinas tomou?</b>	( ) Não ( ) Sim, mas apenas algumas ( ) Sim, sei todas
<b>10. Você ingeriu bebida alcoólica durante a(s) gestação(s)?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>11. Você fumou ou consumiu drogas ilícitas durante a(s) gestação(s)?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>12. Você tomou suplemento vitamínico durante a(s) gestação(s)?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>13. Você sabe o motivo de ter realizado suplementação vitamínica?</b>	( ) Sim ( ) Não
<b>14. Você teve alguma doença que se manifestou durante a(s) gestação(s)?</b>	( ) Sim ( ) Não

15. Você acha que o nascimento de uma criança saudável está relacionado com a realização adequada de pré-natal?	( ) Sim ( ) Não
16. Você acha que o parto sem complicações/intercorrências está relacionado com a realização adequada de pré-natal?	( ) Sim ( ) Não
17. Você tirou dúvidas ou obteve informações importantes durante as consultas pré-natal?	( ) Sim ( ) Não
18. Você tirou dúvidas ou obteve informações importantes durante as consultas pré-natal?	( ) Sim ( ) Não
19. Quando soube que estava grávida, onde buscou informações sobre o processo de gravidez?	( ) Internet ( ) Familiares ( ) Amigos ( ) Profissionais de Saúde ( ) Não busquei informações
20. Quando você começou o pré-natal?	( ) Imediatamente após a confirmação da gravidez ( ) De 10 a 20 dias após a confirmação da gravidez ( ) De 20 a 30 dias após a confirmação da gravidez ( ) Após 30 dias de confirmação da gravidez
21. Você queria fazer o pré-natal?	( ) Sim ( ) Não
22. Você acha o pré-natal importante?	( ) Sim ( ) Não
23. Você considera o pré-natal importante para:	( ) Mãe ( ) Bebê ( ) Os dois
24. Caso engravide novamente, você estaria disposta a realizar pré-natal adequado?	( ) Sim ( ) Não
25. Como você classifica sua experiência com o pré-natal nessa gestação/na sua última gestação?	( ) Ruim ( ) Regular ( ) Bom ( ) Excelente
<b>DADOS SOBRE CONHECIMENTO ETNOBOTÂNICO</b>	
1. Você utiliza plantas medicinais para tratar doenças ou cuidar da saúde?	( ) Sim ( ) Não
2. Como você aprendeu sobre as plantas medicinais?	( ) Família ( ) Amigos ( ) Comunidade ( ) Outras fontes: _____
3. Com que frequência você utiliza plantas medicinais?	( ) Diariamente ( ) Semanalmente ( ) Ocasionalmente ( ) Somente quando necessário
4. Você cultiva plantas medicinais em casa ou em sua comunidade?	( ) Sim ( ) Não
5. Quais doenças ou condições você trata com plantas medicinais? (Pode marcar mais de uma opção)	( ) Gripes e resfriados ( ) Dores de cabeça ( ) Problemas digestivos ( ) Dores musculares ( ) Pressão alta ( ) Outras: _____
6. Liste uma planta medicinal que você utiliza com mais frequência e descreva como é usada:	

## Anexo 1 - Diretrizes da Revista Eletrônica Acervo Saúde

### Normas Gerais

**I)** A revista aceita artigos redigidos em Português, Inglês ou Espanhol que sejam inéditos (ainda não publicados) e que NÃO estejam em avaliação por outro periódico.

**II)** NÃO aceitamos *preprint* nem qualquer outra forma de pré-publicação de conteúdo.

**III)** Confira abaixo os tipos de artigos aceitos pelas revistas A+:

Tipo de estudo	Propósito
Original	Investigativo
Revisão Narrativa	Atualização teórico-científica
Revisão Integrativa	Impacto e relevância de publicações
Revisão Sistemática	Variáveis em comum entre estudos
Estudo de caso	Descrição de ocorrências observadas
Relato de Experiência	Vivência obtida através da prática

### 1.1. ARTIGO ORIGINAL

**I) Definição:** Inclui trabalhos que apresentem dados originais e inéditos de descobertas relacionadas a aspectos experimentais, quase-experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas e/ou quantitativas em áreas de interesse para a ciência. É necessário que se utilize de fundamentação teórica com o uso de fontes de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

**II) Estrutura:** Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. *\*Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos.*

**III) Tamanho:** Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

**IV) Ética:** (a) Pesquisa envolvendo seres humanos ou animais está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei ([RESOLUÇÃO Nº 466/2012](#), [Nº 510/2016](#) e [LEI Nº 11.794](#)). Análise de dados do DATASUS não precisam de autorização do CEP. (b) Não é permitida a prática de cópia de textos nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes ([LEI Nº 9.610/1988](#) e [Nº 10.695/2003](#)). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

**V) Exemplo:**

[Pesquisa Transversal](#) [Pesquisa Longitudinal](#) [Pesquisa Experimental](#) [Pesquisa no DATASUS](#)

## 1.2. REVISÃO NARRATIVA

**I) Definição:** Tem o propósito descritivo-narrativo dedicado à apresentação e sumarização de temas de interesse científico. Utiliza de redação científica fundamentada em dados originais de pesquisa da atualidade por meio de argumentação lógica, crítica teórico-metodológica e síntese conclusiva. Não possui metodologia, pois não há critérios definidos para a busca de artigos científicos, no entanto, é necessário que se utilize de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

**II) Estrutura:** Introdução, Revisão Bibliográfica, Considerações finais e Referências.

**III) Tamanho:** Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

**IV) Ética:** Não é permitida a prática de cópia de textos e nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes ([LEI Nº 9.610/1988](#) e [Nº 10.695/2003](#)). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

**V) Exemplo:**

[Revisão Narrativa](#)

## 1.3. REVISÃO INTEGRATIVA

**I) Definição:** Tem o propósito analítico-observacional dedicado à relevância e ao impacto de temas de interesse científico. Deve objetivar responder a uma pergunta específica e de relevância. Descreve o processo e os critérios utilizados para a pesquisa e seleção dos estudos originais incluídos na revisão e os procedimentos empregados na avaliação e categorização dos artigos. Para que a pesquisa tenha abrangência é necessário que se utilize de metodologia de busca com o uso de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

**II) Estrutura:** Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais e Referências. *\*Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos.*

**III) Tamanho:** Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

**IV) Ética:** Não é permitida a prática de cópia de textos e nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes ([LEI Nº 9.610/1988](#) e [Nº 10.695/2003](#)). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

**V) Exemplo:**

[Revisão Integrativa](#)

## 1.4. REVISÃO SISTEMÁTICA

**I) Definição:** Tem o propósito de sintetizar resultados de estudos originais, analisar e caracterizar uma variável em comum que pode resultar em uma metanálise. Deve objetivar

responder a uma pergunta específica e de relevância. Descreve o processo e os critérios utilizados para seleção dos estudos incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese do copilado de dados. Para que a pesquisa tenha abrangência é necessário que se utilize de metodologia de busca com o uso de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

**II) Estrutura:** Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais e Referências. *\*Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos.*

**III) Tamanho:** Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

**IV) Registro:** É obrigatório o registro na Base Internacional PROSPERO ([ACESSAR A BASE](#)), no qual deverá constar o número de aprovação na seção de métodos do artigo.

**V) Ética:** Não é permitida a prática de cópia de textos e nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes ([LEI Nº 9.610/1988](#) e [Nº 10.695/2003](#)). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

**VI) Exemplo:**

[Revisão Sistemática](#)

## 1.5. ESTUDO DE CASO

**I) Definição:** Inclui trabalhos que abordem questões clínicas/teóricas/técnicas/científicas, relevantes e inovadoras com narrativa observacional baseada na evolução do caso. O detalhamento do caso deverá ser sucinto, evitando-se dados redundantes ou irrelevantes. É necessário que se utilize de fundamentação teórica com o uso de fontes de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

**II) Estrutura:** Introdução, Detalhamento do caso, Discussão e Referências.

**III) Tamanho:** Mínimo 2.500 e máximo de 3.000 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

**IV) Ética:** (a) Pesquisa envolvendo seres humanos está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei ([RESOLUÇÃO Nº 466/2012](#)). (b) Não é permitida a prática de cópia de textos e nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes ([LEI Nº 9.610/1988](#) e [Nº 10.695/2003](#)). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

### **NOTA SOBRE O PROCEDIMENTO ÉTICO:**

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) na Carta Circular nº 166, item 2, alínea “a”, esclarece a respeito dos estudos/relatos de caso: “ [...] *A proposta deve ser submetida via Plataforma Brasil e apreciada pelo sistema CEP/Conep, previamente a sua publicação ou divulgação*” ([FONTE OFICIAL](#)). A comissão justifica que a modalidade pode auferir danos morais e materiais no tocante a confidencialidade de informações.

Certos da responsabilidade ética e moral da Acervo+ Index base e suas revistas em garantir o cumprimento das diretrizes de pesquisa, em todos os processos da modalidade estudo de caso submetidos à revista fará necessária a aprovação do CEP. Caso não disponham do

documento, a submissão será rejeitada e os autores orientados sobre a necessidade de solicitá-lo perante o órgão competente.

O procedimento de avaliação do CEP promete ser simples, uma vez que, o tipo de estudo não possui projeto de pesquisa e o autor pode enviar o relato junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a homologação da decisão.

#### V) Exemplo:

##### Estudo de Caso

### 1.6. RELATO DE EXPERIÊNCIA

**I) Definição:** Inclui trabalhos que abordem questões práticas/técnicas/teórico/científicas, relevantes e inovadoras com narrativa observacional baseada na prática vivenciada. O relato deverá ser sucinto, evitando-se dados redundantes ou irrelevantes. É necessário que se utilize de fundamentação teórica com o uso de fontes de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

**II) Estrutura:** Introdução, Relato de Experiência, Discussão e Referências.

**III) Tamanho:** Mínimo 2.500 e máximo de 3.000 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

**IV) Ética:** (a) Para essa modalidade de artigo não são aceitos dados de pacientes, imagens que mostre grupos de pessoas, nem fotos de instituições. Podem ser apresentados conteúdos, ferramentas ou formulários que tenham sido criados pelos autores e usados durante a experiência prática. (b) Não é permitida a prática de cópia de textos e nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes ([LEI Nº 9.610/1988](#) e [Nº 10.695/2003](#)). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

#### V) Exemplo:

##### Relato de Experiência

### Normas Especificas

#### 2.1. TÍTULO

**I) Definições:** Deve ser conciso, informativo e com fidedignidade textual.

**II) Idioma:** Deverá ser apresentado nos 3 (três) idiomas: Português, Inglês e Espanhol.

**III) Tamanho:** No máximo 150 caracteres SEM espaço.

#### 2.2. NOMES E VÍNCULO

**I) Orientação:** Incluir os nomes completos do autor e coautores no:

- a. *arquivo do artigo;*
- b. *termo de autores enviado para a revista;*
- c. *no sistema de submissão da revista.*

**II) Quantidade de pessoas:** No máximo 10 pessoas, incluindo o orientador/pesquisador responsável.

**a. Motivo:** O intuito é valorizar o processo criativo e construtivo dos autores e o limite de 10 pessoas é suficiente considerando a quantidade de palavras admitidas no texto do artigo científico.

**b. Nota:** É vedada a remoção ou omissão de autores para o fim específico de atender o número de integrantes aceitos pela revista. É importante destacar que a revista repudia os atos que contrariam a ética e não se responsabiliza pela má-fé de autores.

**III) Direitos de autoria/coautoria:** O reconhecimento de participação no artigo deve seguir as condições abaixo:

- a. **a. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;**
- b. **b. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;**
- c. **c. Aprovação final da versão a ser publicada.**

**Nota:** As três condições acima devem ser integralmente atendidas e corroborando à essa normativa, a lei de Direitos Autorais [Nº 9.610/1998](#) no seu Art. 15, § 1º esclarece que: [...] "*Não se considera co-autor quem simplesmente auxiliou o autor na produção da obra literária, artística ou científica, revendo-a, atualizando-a, bem como fiscalizando ou dirigindo sua edição ou apresentação por qualquer meio.*"

**IV) Posição de autores:** Os autores decidirão em consenso sobre a posição das autorias e sequência dos nomes utilizando, preferencialmente, o critério da contribuição. Orientamos que os métodos de sorteio ou ordem alfabética sejam evitados.

**V) Orientador/ Pesquisador Responsável:** É o autor ou coautor responsável legal do artigo. Seu papel é validar o conteúdo do trabalho, zelando pela qualidade científica, pelo atendimento da legislação e da ética em pesquisa. Com efeito, se fazem necessárias competências técnico-científicas e profissionais para o direcionamento e sucesso do estudo. Por esse motivo, o Orientador/ Pesquisador Responsável deverá ser um profissional docente ou pesquisador com formação na área do estudo ou correlatas, além de deter notável conhecimento sobre o tema abordado. A comissão da revista fará a análise do Currículo Lattes para verificar o atendimento desses requisitos.

- Podem ser orientadores/responsáveis de artigos:
- **a. Professores com vínculo institucional;**
- **b. Mestrando, Doutorando ou Pós-doutorando;**
- **c. Profissionais atuantes na área clínica com registro profissional;**
- **d. Pesquisadores independentes que comprove atuação em pesquisa.**

**VI) Autor correspondente:** É autor/coautor que iniciou o processo de submissão do artigo no sistema. Atribui-se ao autor correspondente a responsabilidade de atender as notificações da comissão da revista dentro do prazo fixado, prestando informações ou documentos pertinentes ao processo de avaliação e publicação do artigo. NÃO serão aceitas submissões enviadas por terceiros.

## 2.3. RESUMO

**I) Definição:** Possui a finalidade de apresentar ao leitor uma ideia geral do artigo: propósitos, principais achados, considerações e possíveis conclusões. Precisa ser escrito de forma clara, objetivo e atrativa, para que o leitor disperte o interesse de ler o trabalho na íntegra.

**II) Idioma:** Deverá ser apresentado nos 3 (três) idiomas: Português (Resumo), Inglês (Abstract) e Espanhol (Resumen).

**III) Tamanho:** Entre 150 a 200 palavras.

**IV) Estrutura do resumo:** Clique em cada tipo de estudo abaixo para ver o exemplo.



## 2.4. PALAVRAS-CHAVE

**I) Orientação:** Devem ser definidas com base no tema, área e/ou assuntos que serão abordados no artigo.

**II) Quantidade:** No mínimo 3 e máximo 5 (Português, Inglês e Espanhol).

**III) Obrigatoriedade para artigos de saúde e áreas correlatas:** Todas as palavras-chave devem estar cadastradas no Sistema de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Você pode usar o sistema DeCS para consultas ou então para definir os termos para o seu artigo. Clique na imagem abaixo:

## 2.5. INTRODUÇÃO

**I) Orientação:** Deve ser sucinta e compreensível para o leitor em geral, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo.

**II) Siglas e abreviaturas:** Quando utilizadas pela primeira vez, deverão ter o significado por extenso. Ex.: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

**III) Objetivo:** No último parágrafo da introdução deve conter o objetivo do estudo. Deve conter a proposta principal do estudo e começar com verbo no infinitivo: analisar, pesquisar, investigar, avaliar, etc.

**IV) Uso de citações no texto:**

**a.** Todos os parágrafos devem ter **citação indireta** por meio de fundamentação teórica com o uso de fontes atuais (desejável que sejam dos últimos 5 anos) de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

**b.** Citações diretas (cópia) são permitidas SOMENTE em ocasiões onde não é possível a transcrição da ideia, como é o caso de artigos de leis, os quais deverão ser destacados do texto com recuo de 3 cm, entre aspas "" e em itálico.

**c.** Não aceitamos artigos com notas de rodapé. A abordagem teórica deve ser feita ao longo do texto.

**d.** As citações de autores **NO TEXTO** deverão seguir os seguintes exemplos:

- Início de frase:
  - **1 autor** - Baptista JR (2022);
  - **2 autores** - Souza RE e Barcelos BR (2021);
  - **3 ou mais autores** - Porto RB, et al. (2020).
- Final de frase:
  - **1 autor** - (BAPTISTA JR, 2022);
  - **2 autores** - (SOUZA RE e BARCELOS BR, 2021);
  - **3 ou mais autores** - (PORTO RB, et al., 2020);
  - **Sequência de citações** - (BAPTISTA JR, 2022; SOUZA RE e BARCELOS BR, 2021; PORTO RB, et al., 2020).

## 2.6. MÉTODOS

**I) Orientação:** Deve descrever de forma clara e sem prolixidade as fontes de dados, a população estudada, a amostragem, os critérios de seleção, procedimentos analíticos e questões éticas relacionadas à aprovação do estudo por comitê de ética em pesquisa (pesquisa

com seres humanos e animais) ou autorização institucional (levantamento de dados onde não há pesquisa direta com seres humanos ou animais).

**II) Instrumento de pesquisa:** Estudo que utilizar questionário ou formulário já publicado deve citar a origem no texto e incluir a fonte na lista de referências. Caso o instrumento de pesquisa tenha sido criado pelos próprios autores, o mesmo deve ser citado no texto e enviado na submissão em "arquivo a parte" para que a comissão da revista o avalie e, caso aceito, o instrumento será publicado em arquivo suplementar ao artigo.

### **III) Ética em pesquisa:**

**a.** Para estudos onde há a obrigatoriedade legal de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os autores devem apresentar no último parágrafo da metodologia os procedimentos éticos e número do parecer e do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE).

**b.** Para estudos ORIGINAIS em que haja excludente LEGAL de avaliação do CEP os autores devem justificar no texto e apresentar o dispositivo jurídico para tal.

**c.** Lembrando que cabe a revista o papel de garantir o cumprimento das legislações de ética em pesquisa do conteúdo por ela publicado, então, todas as informações serão conferidas.

## **2.7. RESULTADOS**

### **I) Orientações:**

**a.** Deve se limitar a descrever os resultados encontrados, incluindo interpretações e comparações de forma clara e seguindo uma sequência lógica de apresentação dos resultados.

**b.** Caso o artigo tenha figuras com resultados, estes devem ser citados ao longo do texto.

**c.** Se os autores acharem conveniente podem apresentar a seção de Resultados e Discussão em uma mesma seção.

## **2.8. FIGURAS**

**I) Definição:** Imagens, tabelas, quadros, gráficos e desenhos ilustrativos são denominadas pela revista como figuras.

**II) Quantidade:** São aceitas no máximo 6 figuras.

**III) Formatação:** Devem ter título esclarecedor na parte superior e fonte na parte inferior. Caso seja necessário explicar detalhes ou siglas, incluir legenda. Devem estar no corpo do artigo junto ao texto.

**IV) Orientações:** As figuras são itens autorais protegidos por lei. Posto isso, a revista definiu que:

**a. Figuras já publicadas NÃO serão aceitas:** Independente do tipo de licença NÃO serão aceitas imagens que já estejam publicadas. O propósito da revista não é republicar conteúdo, mas sim trazer o lado autoral e criativo das produções científicas. Essa decisão é pautada no estatuto regimental da revista.

**c. Figuras baseadas em outras publicações:** Poderão ser criadas mediante citação das fontes de inspiração na legenda, entretanto, devem ter no mínimo 3 (três) fontes. O intuito é que sejam publicadas imagens originais cujo conteúdo seja construído com a reinterpretação do autores por meio de análise de reflexão. Recortes de imagens de outras publicações não são criações originais, portanto, NÃO serão aceitas.

**d. Figuras criadas a partir de um software:** É obrigatório o envio da autorização (licenciamento) de publicação da imagem emitida pela empresa responsável pelo software. Caso seja software com licença gratuita o autor deverá enviar em formato PDF os termos da licença *free* extraídos do site da empresa (use a ferramenta: imprimir => salvar como PDF). O nome do software ®, link da licença e data de acesso deverão ser citados na legenda da

imagem. Essas exigências são pautadas na Lei de Propriedade Industrial ([LEI Nº 9.279/1996](#)).

**e. Imagem criada por profissional:** Obrigatório o envio da autorização (licenciamento) de publicação assinada pelo artista criador. O nome do mesmo deve ser citado na legenda da imagem. Essas exigências são pautadas na Lei de Direitos Autorais ([LEI Nº 9.610/1998](#)).

**f. Imagem de pacientes de Estudo de caso:** Caso sejam usados resultados de exames e/ou imagens de peças anatômicas de paciente, os autores deverão apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que constate o uso e publicação de dados e imagens. Este termo deve ser assinado pelo paciente. Essas exigências são pautada na Lei do prontuário do paciente ([LEI Nº 13.787/2018](#)). Lembrando que a publicação de Estudos de Caso está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei ([RESOLUÇÃO Nº 466/2012](#)).

## 2.9. DISCUSSÃO

**I) Orientação:** Deve incluir a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações, a comparação dos achados com a literatura, as limitações do estudo e eventuais indicações de caminhos para novas pesquisas.

**II) Argumentação:** Deve haver a apresentação de artigos que corroborem e/ou que se oponham aos dados do estudo, criando uma discussão comparativa dos resultados.

**III) Fontes de artigos:** As fontes DEVEM ser de artigos científicos atuais (desejável que sejam dos últimos 5 anos) de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

**Nota:** Se os autores acharem conveniente podem apresentar a seção de Resultados e Discussão em uma mesma seção.

## 2.10. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

**I) Orientação:** Deve ser pertinente aos dados apresentados e responder de forma completa ou parcial a pergunta central da pesquisa estabelecida como objetivo. Deve ser limitada a um único parágrafo final e a redação deve explicar o desfecho científico com os principais achados e seus impactos, as limitações da pesquisa e os possíveis caminhos para novos estudos da área.

**Nota:** O texto deve ser escrito de forma clara, concisa e não poderá conter citações.

## 2.11. AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

**I) Agradecimento:** Menção opcional de pessoas ou instituições (entidade, órgão ou grupos) que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os requisitos para serem coautores (pessoas) ou financiadores (instituições). É um espaço para agradecimentos profissionais, então NÃO serão permitidos agradecimentos familiares ou religiosos.

**II) Financiamento:** Menção obrigatória de instituições ou agências que contribuam financeiramente com o desenvolvimento da pesquisa. Deverá ser fornecido o nome por extenso da instituição/agência seguido do número do processo de concessão.

## 2.12. REFERÊNCIAS

**I) Quantidade:** Mínimo 20 e máximo de 40 referências científicas.

**II) Fundamentação:** Procure usar apenas artigos científicos dos últimos 5 anos. Referências mais antigas podem ser passíveis de rejeição caso não sejam consideradas pelos revisores como sendo basilares para o campo estudado.

**a. Motivo:** O intuito é manter a linguagem do seu artigo atual e passar segurança tanto para quem lê, quanto para quem o utiliza como referência.

**b. Exceção:** O conceito de um autor e a relevância temática podem justificar a utilização excepcional de fontes antigas. Por exemplo: não daria para falar de psicanálise sem citar Freud que tem publicações datadas de 1895 a 1905, ou seja, o conceito e a temática exigem a citação nesse caso.

### III) Orientações:

**a.** Busque por artigos em bases de periódicos científicos como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras bases que possuem controle de qualidade das publicações.

**b.** A revista irá validar todas as fontes e caso não sejam compatíveis ou pertinentes será sugerida a remoção.

**c.** Em caráter extraordinário poderá ser usada obra literária ou site oficial de órgão técnico-científico, mediante comprovação da importância para o campo estudado.

**d.** Não serão aceitas fontes de blogs, magazines, sites jornalísticos, redes sociais ou veículos de comunicação que não sejam científicos.

**IV) Formatação:** As referências deverão ser numeradas em ordem alfabética conforme os seguintes exemplos:

- **Artigo:**

- **1 autor** - ANDREAZZI DUARTE D. Coronavírus, o monstro microscópico na visão da ciência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020; Esp. 46: e3606.
- **2 autores** - QUEIROZ BG e MENDONÇA MA. A influência de atividades recreativas com pacientes oncológicos: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Médico, 2022; 12: e10461.
- **3 ou mais autores** - TRAÚZOLA TR, et al. Panorama geral da hanseníase no Brasil: uma análise epidemiológica, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2022; 15(6): e10223.
- **Nota:** Não é preciso apresentar “Disponível em” nem a data do acesso “Acesso em”.

- **Livro:**

- **Nota:** usar livros apenas em casos extraordinários.
- SOBOTTA J. Atlas de Anatomia Humana. 24 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018; 345p.

- **Tese e Dissertação**

- DEL ROIO LC. Impacto socioeconômico nos indivíduos com asma relacionada ao trabalho. Tese de Doutorado (Doutorado em Pneumologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022; 48p.

- **Página da Internet:**

- **Nota:** usar páginas da internet apenas em casos extraordinários.
- ACERVO+. 2022. Estatuto de publicação de Artigos Científicos. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/como-publicar-artigos>. Acessado em: 10 de agosto de 2022.

## Anexo 2 – Carta de Aceite - Revista Eletrônica Acervo Saúde



### CARTA DE ACEITE DE MANUSCRITO

REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde (ISSN 2178-2091)

Informamos que o artigo abaixo foi considerado para publicação na revista.

**Título do artigo:**

Panorama dos exames citopatológicos no município de Codó, Maranhão, entre 2018 a 2023

**Autor/Coautores:**

Pedro Agnel Dias Miranda Neto

Silvio Gomes Monteiro

quinta-feira, novembro 13, 2025

Dr. Andreazzi Duarte  
Editor-líder da Revista

**NOTA:**

\* O aceite do artigo está sujeito a confirmação do pagamento e documentação conforme as normas da revista.

\*\* O aceite não extingue a possibilidade de correções ou adequações no conteúdo do trabalho.

WWW.ACERVOMAIS.COM  
Base presente em todo o Brasil.

### Anexo 3 - Diretrizes da Physis: Revista de Saúde Coletiva

## INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

### Tipos de Documentos Aceitos

*Physis* publica artigos nas seguintes categorias:

**Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências):** textos inéditos provenientes de pesquisa ou discussão teórica. Não serão aceitos artigos meramente descritivos que não apresentem uma análise teórico-conceitual dos dados. Serão aceitos artigos do tipo ensaio que representem uma contribuição relevante para o avanço do conhecimento na área. A publicação é decidida pela editora-chefe em conjunto com os editores associados, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

**Artigos de revisão (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências) que se enquadram nos seguintes tipos:**

Revisão sistemática e meta-análise cuja proposta seja responder a uma pergunta específica e claramente formulada, e cujos métodos assegurem uma síntese abrangente e não enviesada da literatura disponível. Métodos estatísticos (metanálise) podem ou não ser usados para analisar e resumir os resultados dos estudos incluídos. O manuscrito deve apresentar todo o processo de busca dos estudos originais, os critérios de seleção utilizados e os procedimentos adotados na seleção, análise e síntese dos resultados. Os relatórios de revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir a lista de verificação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), disponível em <<https://prisma-statement.org/>>, e devem ser acompanhados de um fluxograma que resuma o fluxo de informações através das diferentes fases. Sugere-se também que as revisões tenham seu protocolo registrado e publicado em uma base de registro de revisões, como o [PROSPERO](#) ou [Open Science Framework - OSF](#).

**Revisão de escopo** cuja proposta seja responder a perguntas de pesquisa mais abrangentes e que ajudem a identificar e esclarecer conceitos e definições dentro de um campo, permitindo o mapeamento ou discussão de características e fornecendo uma indicação do volume de literatura e estudos disponíveis, bem como uma visão geral de seu foco. Tende a focar na natureza, número e características dos estudos, e não necessariamente na síntese dos achados. Todos os caminhos metodológicos seguidos devem ser claramente dispostos, sugerindo-se examinar as regras de metodologia disponibilizadas pelo *Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis*

**Revisão narrativa** cuja proposta seja apresentar análises críticas e discussão de temas de interesse do campo da Saúde Coletiva, numa abordagem mais ampla. Deve apresentar de forma clara os objetivos da revisão, as questões norteadoras e o processo de identificação dos textos incluídos na discussão, mas não se exige um protocolo rígido de execução, nem o esgotamento das fontes de informações. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. De todo modo, é preciso que o texto apresente de forma clara os argumentos elencados na revisão e a análise crítica do tema a partir dos objetivos propostos.

**Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências):** podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

**Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências):** publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

**Cartas à editora (até 1.800 palavras, incluindo notas e referências)** que podem consistir em: comentários de artigos publicados na revista; comentários acerca de temas relevantes em Saúde Coletiva; comunicação prévia sobre pesquisas em andamento.

**Artigos originais por convite compoem um Dossiê (até 7.000 palavras por artigo, incluindo notas e referências):** Textos inéditos compilados por um editor convidado de reconhecida experiência sobre uma temática da Saúde Coletiva compoem um dossiê. O Conselho Editorial e o editor convidado deverão deliberar sobre a publicação dos artigos recebidos com base em pareceres (*double-blind peer review*), sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número. Poderão ser publicados no máximo 3 (três) dossiês por ano. [Instruções para dossiês.](#)

**Debates:** Textos propostos pelos editores ou colaboradores sobre uma temática da Saúde Coletiva, obedecendo à seguinte configuração: um texto de abertura que apresente uma discussão sobre o tema proposto (até 6.000 palavras, incluindo notas e referências); até três textos de debatedores/as convidados/as (até 1.800 palavras cada um, incluindo notas e referências) e uma réplica da/o primeira/o autor/a (até 1.800 palavras, incluindo notas e referências). Os editores da revista ficarão encarregados de avaliar os textos, solicitar modificações, quando for o caso, e decidir por sua publicação. Serão publicados no máximo dois debates por ano.

## Contribuição dos Autores

Instruções para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema *ScholarOne Manuscripts*, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário se cadastrar no sistema, fazer o *login*, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro no [ORCID](#) (*Open Researcher and Contributor ID*), ao seu perfil no ScholarOne e informá-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).

2. Embora *Physis* seja mantida por uma instituição pública, a verba atualmente destinada à revista não tem sido suficiente para sua manutenção. Assim, desde 1º de janeiro de 2020, é cobrada uma taxa de publicação, como forma de garantir a continuidade do periódico. **O valor dessa taxa é de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por artigo aprovado, ou seja, na submissão o autor não pagará a taxa, apenas e exclusivamente se o artigo for aceito para publicação. O valor para publicação de textos nas demais seções de *Physis* será de R\$ 200,00 (duzentos reais).** Será fornecido aos autores comprovante do pagamento da taxa.



Após aprovação do artigo, os autores serão orientados, por e-mail, sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa. Solicitações de dispensa de pagamento da taxa de publicação, devidamente justificadas, deverão ser encaminhadas à Editoria da revista, que irá analisá-las.

3. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende corpo do texto, notas e referências ([modelo](#)). Resumos são considerados separadamente. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria.** Os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão e na declaração de autoria (item 11, adiante)

4. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a **informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme Resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se a **pesquisa é financiada**, se é **resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado** e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item **Agradecimentos**, ao final do artigo, ou em nota de fim.

5. *Physis* incentiva o depósito de manuscritos em plataformas *preprints*. Caso ocorra o depósito, é necessário que os autores notifiquem aos editores utilizando o campo "**Cover Letter**" inserindo o link (URL) e o número do DOI do manuscrito aceito pela plataforma *preprint*. No que concerne aos artigos que já foram divulgados como *preprints*, a avaliação ocorrerá de forma simples cega, tendo em vista que será possível consultar os nomes dos autores do texto.

6. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

7. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos **nas etapas indicadas do processo de submissão**. Resumo e palavras-chave em inglês

devem ser incluídos no corpo do artigo, **após as referências** (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Os resumos não poderão ultrapassar **200 palavras**, devendo destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de **3 a 5 palavras-chave em português e em inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

8. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas devem ser produzidas em *Word*. **Todas as ilustrações devem estar inseridas no corpo do artigo, mas aquelas produzidas em formato que não seja Word deverão ser encaminhadas em arquivos separados também**, e serão inseridas no sistema como "*image*" ou "*figure*", com respectivas legendas e numeração.



9. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível.** Não há restrições quanto ao número de notas.

10. **As referências devem seguir as normas da ABNT (NBR 10520, segunda edição).** No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências**, assim como por sua correta citação no texto. No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

Exemplo de referências:

Artigos em periódico:

ALMEIDA, A. M. F. de L.; CHAVES, S. C. L. Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em um centro de reabilitação brasileiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 27, p. 73-85, 2019.

Livros:

ROHDEN, F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

11. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, **o número máximo de autores está limitado a seis**, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item e/ou solicitar a exclusão de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" ([vide modelo](#)), conforme os critérios do [International Committee of Medical Journal Editors](#), *que determina que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada a:*

- (1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
- (2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
- (3) Aprovação final da versão a ser publicada;
- (4) Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

A declaração, assinada por todos os autores, deverá ser digitalizada e encaminhada como documento suplementar ("*supplemental file not for review*"). Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria. Não será admitido o acréscimo de autores após a submissão, e a retirada de algum dos nomes apontados como

autor só poderá ser feita caso diretamente determinada pela editoria em função do não atendimento aos critérios de atribuição de autoria.

**12. Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença *Creative Commons Atribuição (CC-BY)*. A declaração de responsabilidade, cujo modelo se encontra ao final destas instruções, deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sistema, como "*supplemental file not for review*", de modo que os avaliadores não identifiquem o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer**

**outros comentários ou observações encaminhados aos editores** deverão ser inseridos no campo "*Cover letter*".

13. Conforme orientação da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado. Os nomes e endereços informados serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo também em inglês ou espanhol, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de *Physis*), e os custos de tradução correrão por conta do autor. As versões em português e/ou espanhol ou inglês de cada artigo só poderão ser publicadas no mesmo volume e número da Revista e serão identificadas com o mesmo DOI.


15. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o artigo, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "*Cover letter*".


16. Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.


17. *Physis* adere ao modelo de ciência aberta, com o livre acesso a todos os artigos publicados através da *Scielo*. Solicitamos que na submissão seja anexado o [Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta](#).


18. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

## Anexo 4 – Comprovante de submissão - Physis: Revista de Saúde Coletiva (em avaliação)



**Physis Revista de Saúde Coletiva**

 Home

 Author

 Review

# Submission Confirmation

 Print

---

Thank you for your submission

---

**Submitted to**  
Physis Revista de Saúde Coletiva

**Manuscript ID**  
PHYSIS-2025-0403

**Title**  
Saúde da Mulher Quilombola em Codó - Maranhão: Um Estudo sobre Conhecimento, Acesso e Barreiras à Saúde Sexual e Reprodutiva

**Authors**  
Dias Miranda Neto, Pedro Agnel  
Lima, Stephanie  
Monteiro Sousa, Nayara  
Monteiro, Silvio

**Date Submitted**  
08-Nov-2025

---



---

Author Dashboard