



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PPGCS**

THAMILLY JOAQUINA PICANÇO MIRANDA

EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO:
conhecimento, atitude e prática de mulheres quilombolas no Amapá

MACAPÁ/AP
2021

THAMILLY JOAQUINA PICANÇO MIRANDA

EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO:
conhecimento, atitude e prática de mulheres quilombolas no Amapá

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na área de concentração em Epidemiologia e Saúde Pública, como requisito para a obtenção do título de Mestre Ciências da Saúde.

Orientadora: Dr^a. Marlucilena Pinheiro da Silva
Co-orientadora: Dr^a. Luzilena de Sousa Prudêncio

MACAPÁ/AP
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá
Elaborada por Jamile da Conceição da Silva – CRB-2/1010

M672e Miranda, Thamilly Joaquina Picanço.
Exame preventivo do câncer de uterino: conhecimento, atitude e prática de mulheres quilombolas no Amapá / Thamilly Joaquina Picanço Miranda. - 2021.
1 recurso eletrônico. 78 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Orientadora: Professora Doutora Marluclena Pinheiro da Silva
Coorientadora: Professora Doutora Luzilena de Sousa Prudêncio

Modo de acesso: World Wide Web.

Formato de arquivo: Portable Document Format (PDF).

Inclui referências, anexos e apêndices.

1. Útero - Câncer. 2. Colo uterino - Câncer. 3. Colo uterino - Prevenção.
4. Saúde da mulher. 5. Papanicolau – Teste de. 6. Quilombolas. I. Silva, Marluclena Pinheiro de, orientadora. II. Prudêncio, Luzilena de Sousa, coorientadora. III. Título.

Classificação Decimal de Dewey. 22 ed. 616.99466

EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO:
conhecimento, atitude e prática de mulheres quilombolas no Amapá

Por


THAMILLY JOAQUINA PICANÇO MIRANDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na área de concentração em Epidemiologia e Saúde Pública, como requisito para a obtenção do título de Mestre Ciências da Saúde.

Orientadora: Dr^a. Marluclena Pinheiro da Silva
Co-orientadora: Dr^a. Luzilena de Sousa Prudêncio

Data da Aprovação em 20/08/2021

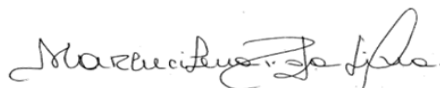
Banca Examinadora:



Prof^a Dr^a. Inara Mariela da Silva Cavalcante
UNIFAP
(MEMBRO EXTERNO)



Prof^a Dr^a: Amanda Alves Fecury
UNIFAP



Prof^a. Dr^a. Marluclena Pinheiro da Silva
UNIFAP
Orientadora



Prof^a Dr^a: Nely Dayse Santos da Mata
UNIFAP
(MEMBRO EXTERNO)



Prof^a. Dr^a. Luzilena de Sousa Prudêncio
UNIFAP
Co-orientadora

A minha pequena Catarina, a qual fez tudo isto valer a pena.

Meu esposo Alessandro, meu parceiro de vida e incentivador de todas as horas.

Minha mãe Andréa, mulher guerreira a qual devo as maiores lições de vida.

A toda minha família que sempre me impulsionou a ser a melhor que posso ser.

A todos os falecidos no ano de 2020 e 2021, em especial, Rozilene Miranda Gomes e Maria Osvaldina Sousa, as quais alegraram o céu.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me mostrar os melhores caminhos, por nunca me abandonar e me abençoar com graças e dons.

À minha família, Alessandro e Catarina por me mostrarem o verdadeiro amor diariamente e serem a base de tudo.

A minha mãe Andréa, meu padrasto Cleuson e minha irmã Sandra Maria por todo cuidado, parceria e incentivo, espero ser motivo de orgulho a vocês.

Aos meus avós Orival e Sandra por me mostrarem que a maior riqueza da vida não está nas coisas materiais.

Ao restante da minha família a qual posso nomear: Orival Jr., Estefany, Orival Neto, Alessandra, Jorge Miguel, André, Victor Hugo, Thaylla, Joaquim, André Jr., Júlia, Ana Karla, Grazielly, Graciliano (Em memória), Vinicius e Naiara, obrigada por acreditarem em mim.

Aos meus amigos e/ou irmãos da Comunidade Católica Shalom por me animar, encorajar e interceder por mim quando foi preciso.

A Professora Marluçilena Pinheiro da Silva, por estar comigo, por aceitar me orientar desde a graduação e me instigar a ser uma profissional cada vez melhor.

A Professora Luzilena de Sousa Prudêncio que gentilmente aceitou ser minha coorientadora e me deu o seu grande auxílio sempre que necessário.

A comunidade quilombola do Curiaú, em especial, às fortes mulheres que aceitaram participaram da pesquisa.

Aos colegas da turma 2019, pelo apoio e pela força, em especial, às amigas Karoline Sampaio e Wingred Lobato, obrigada pelo incentivo e pela amizade.

“Você fará melhor se fizer com que outras pessoas
queiram aprender”

Katherine Johnson

RESUMO

O câncer do colo uterino é considerado um persistente problema de saúde pública, um cenário que poderia ser transformado por meio do acesso aos serviços de saúde e adesão de mulheres ao exame Papanicolaou, importante ferramenta para a detecção precoce da doença, bem como apoio de familiares e sociedade na busca de ações preventivas à doença. As mulheres negras nesse contexto carecem de um olhar diferenciado ao se considerar as taxas de morbimortalidade em relação a mulheres brancas. Diante do exposto o objetivo deste trabalho é analisar o conhecimento, atitude e prática das mulheres quilombolas no Amapá sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino. O estudo tem abordagem quantitativa, de natureza aplicada, do tipo inquérito, tendo como referência o Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) sobre o exame de PCCU, sendo o local de estudo a comunidade quilombola do Curiaú no Estado do Amapá. Os dados foram submetidos ao programa SPSS versão 25.0, para a descrição dos resultados estatísticos, sendo estes considerados relevantes com $p < 0,05$, o qual possibilitou traçar o seguinte perfil socioeconômico e antropométrico: idade de 18 a 33 anos (43,75%), católica (92,50%), solteira (52,50%), ensino médio completo (31,35%), sem atividade remunerada (41,25%), renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos (37,50%) e uma média de cinco membros na família (36,25%). Possuíam o peso 69,34 (M_e), altura 161,06 (M_e), Índice de Massa Corporal (IMC) 26,685 (M_e), circunferência de cintura (CC) 86,97 (M_e), circunferência de quadril (CQ) 106,77 (M_e) e índice de relação entre CC/CQ 0,8172 (M_e). Desse modo, o estudo revelou que 42,50% estão dentro do parâmetro considerado normal de IMC e 68,75% possuem baixo risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, do tipo Neoplásicas, segundo CC/CQ. Quanto a avaliação do inquérito CAP, 26,25% tiveram conhecimento adequado, 30% atitude adequada e 37,5% prática adequada, demonstrando uma avaliação proporcional baixa em relação ao exame de PCCU. Destacou-se a associação estatística entre a obesidade e o conhecimento e atitude inadequados, e alto risco de desenvolvimento neoplásico, avaliado pela razão CC/CQ com o conhecimento adequado, bem como o IMC sendo o único fator ordinal que apresentou relação com o inquérito CAP (p -valor=0,018 do teste de Mann-Whitney). Portanto, o nível de conhecimento, atitude e prática encontrados nesta população acerca do exame preventivo gera uma preocupação e ainda evidencia a necessidade de intervenções efetivas para contornar o achado de excesso de peso encontrado, sabendo que a obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias. Desse modo, a educação em saúde de qualidade dentro das comunidades quilombolas, podem transformar essa realidade e promover uma melhor adesão ao exame e as melhores condições de saúde das mulheres.

Palavras-chave: Neoplasias do colo de útero. Teste de Papanicolaou. Saúde da mulher. Quilombolas.

ABSTRACT

Cervical cancer is considered a persistent public health problem, a scenario that could be transformed through access to health services and adherence of women to Pap smears, an important tool for early detection of the disease, as well as support from family members and society in the search for preventive actions against the disease. Black women in this context need a different look when considering the morbidity and mortality rates in relation to white women. Given the above, the objective of this work is to analyze the knowledge, attitude and practice of quilombola women in Amapá about the preventive examination for cervical cancer. The study has a quantitative approach, of an applied nature, of the inquiry type, having as reference the Knowledge, Attitude and Practice Survey (CAP) on the PCCU exam, being the study site the Quilombola community of Curiaú in the State of Amapá. The data were submitted to the SPSS version 25.0 program for the description of the statistical results, which were considered relevant with $p < 0.05$, which made it possible to trace the following socioeconomic and anthropometric profile: age from 18 to 33 years (43.75%), Catholic (92.50%), single (52.50%), complete high school (31.35%), without paid activity (41.25%), monthly family income from 1 to 2 minimum wages (37, 50%) and an average of five family members (36.25%). They were weight 69.34 (Me), height 161.06 (Me), Body Mass Index (BMI) 26.685 (Me), waist circumference (WC) 86.97 (Me), hip circumference (HC) 106.77 (Me) and CC/CQ ratio index 0.8172 (Me). Thus, the study revealed that 42.50% are within the parameter considered normal for BMI and 68.75% have a low risk for the development of Chronic Non-Transmissible Diseases, of the Neoplastic type, according to CC/CQ. As for the evaluation of the CAP survey, 26.25% had adequate knowledge, 30% had adequate attitude and 37.5% had adequate practice, demonstrating a low proportional evaluation in relation to the PCCU exam. The statistical association between obesity and inadequate knowledge and attitude was highlighted, and high risk of neoplastic development, assessed by the CC/HC ratio with adequate knowledge, as well as BMI being the only ordinal factor that was related to the CAP survey. (p -value=0.018 of the Mann-Whitney test). Therefore, the level of knowledge, attitude and practice found in this population about the preventive examination raises a concern and also highlights the need for effective interventions to overcome the finding of overweight found, knowing that obesity is a risk factor for development of neoplasms. In this way, quality health education within quilombola communities can transform this reality and promote better adherence to the exam and better health conditions for women.

Keywords: Cervical Neoplasms. Pap Test. Women's Health. Quilombola Community.

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** - Apresentação da estatística descritiva dos dados antropométricos das mulheres quilombolas, Macapá, Amapá, 2020.....p.39
- TABELA 2** - Descrição das perguntas referentes ao conhecimento sobre o exame preventivo do CCU, Macapá, Amapá, 2020.....p.41
- TABELA 3** - Descrição das perguntas referentes a atitude sobre o exame preventivo do CCU, Macapá, Amapá, 2020.....p.43
- TABELA 4** - Descrição das perguntas referentes a prática sobre o exame preventivo do CCU, Macapá, Amapá, 2020.....p.44
- TABELA 5** - Associação de fatores com as variáveis do inquérito CAP, Macapá, Amapá, 2020.....p.47
- TABELA 6** - Associação do IMC e variáveis ordinais com o inquérito CAP, Macapá, Amapá, 2020.....p.49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA- Área de Proteção Ambiental

CAP- Conhecimento, Atitude e Prática

CC – Circunferência de Cintura

CC/CQ – Relação Circunferência Cintura e Circunferência Quadril

CCU – Câncer de Colo Uterino

CEA - Anormalidades de Células Epiteliais Cervicais

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CQ – Circunferência de Quadril

CRQS - Comunidades Remanescentes de Quilombos

DCNT- Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DNA- Ácido Desoxirribonucleico

DP- Desvio Padrão

ESF- Estratégia Saúde da Família

Et al. – e colaboradores

F- Frequência da classe mediana.

Faa - frequência acumulada da classe anterior à classe mediana,

FCP- Fundação Cultural Palmares

h - amplitude da classe mediana,

HPV- Papiloma Vírus Humano

IARC – International Agency For Research on Cancer (Agência internacional de pesquisas sobre o cancer)

IC- Intervalo de Confiança

IgA- Imunoglobulina A

IgG- Imunoglobulina G

IMC- Índice de Massa Corpórea

INCA- Instituto Nacional do Cancer

IST's- Infecções Sexualmente Transmissíveis

I- limite inferior da classe mediana,

Me- Média

N- tamanho da amostra,

NC- Não calculável

NIC- Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais

NILM - Negativo para Lesão Intraepitelial ou Malignidade

OMS- Organização Mundial da Saúde

OR- Odds Ratio

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCCU – Exame Preventivo Do Colo Uterino

pH- Potencial Hidrogeniônico

PNI – Programa Nacional de Imunizações

PNSIPN- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Pos- posição teórica da mediana

PPGAR- Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco

PPGCS- Programa de Pós-Graduação em Saúde

SARS-COV-2 - Coronavirus 2 da síndrome respiratória aguda grave

SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SM- Salário Mínimo

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIFAP – Universidade Federal Do Amapá

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	CÂNCER DO COLO UTERINO.....	16
3.1.1	Etiologia e Fisiopatologia	16
3.1.2	Fatores de risco para o desenvolvimento do Câncer de Colo Uterino.....	17
3.1.3	Câncer do Colo Uterino no Brasil: contexto histórico.....	19
3.1.4	Prevenção do câncer de colo uterino	22
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	24
3.2.1	Políticas de Saúde para população negra	26
3.2.2	Populações quilombolas: contexto Histórico.....	29
4	MATERIAIS E MÉTODOS	33
4.1	CENÁRIO DO ESTUDO	33
4.2	TIPO DE ESTUDO	34
4.3	POPULAÇÃO DA PESQUISA.....	35
4.4	PERÍODO DO ESTUDO.....	35
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	35
4.6	INSTRUMENTOS E ETAPAS DE COLETA DE DADOS.....	36
4.7	ESTUDO PILOTO.....	38
4.8	TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	38
4.9	ÉTICA EM PESQUISA.....	40
4.10	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
6	CONCLUSÃO	56
	REFERÊNCIAS	58

APÊNDICES.....	66
ANEXOS.....	73
ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	74
ANEXO B – SUBMISSÃO DE EMENDA PARA O CEP.....	76

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU), tema norteador desta pesquisa, é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em desenvolvimento. A International Agency for Research on Cancer (IARC), que integra a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou para o ano de 2019 a ocorrência de 265 mil óbitos por esse tipo de câncer em todo o mundo, sendo 85% deles em países menos desenvolvidos. Nos países da América do Sul, no ano de 2018 foram notificados 570 mil novos casos (84% dos novos casos em todo o mundo) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

O exame de Papanicolaou é a principal forma de detectar precocemente o câncer do colo uterino, considerado por muitos autores como sendo uma ferramenta de extrema relevância oferecida no país, para reduzir o quadro da morbimortalidade brasileira. O Brasil, em meados dos anos 40, foi um dos primeiros países a fornecer o exame preventivo, ainda assim, existem milhões de mulheres na faixa etária de maior incidência que nunca realizaram o procedimento (BRASIL, 2013a; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

Aproximadamente 40% das mulheres brasileiras nunca foram submetidas ao exame preventivo de Papanicolaou e, apenas cerca de 7,7% das brasileiras são cobertas por programas governamentais de prevenção e controle do CCU pela realização do exame citopatológico, sendo que há deficiência na adesão entre as mulheres negras, que são majoritariamente a maior parcela do país, ressaltando as negras quilombolas (ZANOTELLI, 2013; JACINTHO *et al.*, 2018).

Conhecer os motivos que influenciam a não realização do exame preventivo do câncer de colo uterino é necessário para a compreensão dos comportamentos preventivos destas mulheres. Avaliar esses fatores é o primeiro passo para determinar estratégias e criar subsídios que possam intervir de forma eficiente e adequada às necessidades atuais da população feminina, para o alcance de uma melhor assistência. Diante disso, observa-se quão importante é que as mulheres apropriem-se de conhecimentos sobre o exame, bem como tenham atitude e prática necessárias para realizá-lo, a fim de que haja rastreamento e controle efetivos do CCU (GARCIA *et al.*, 2021; SOARES; PEREIRA; SILVA, 2020; BATISTA; CALDAS, 2017).

A avaliação por meio do Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) da população feminina, sobre o exame citopatológico do colo do útero tem como finalidade identificar o conhecimento das mulheres sobre o CCU e o exame que o detecta, isso pode influenciar na adesão e frequência com que é realizado.

A avaliação por meio do inquérito CAP é uma metodologia que foi utilizada pelo Ministério da Saúde, para a investigação das Infecções Sexualmente Transmissíveis IST's, nos anos de 2004, 2008 e 2013 (BRASIL, 2016a; ROSA *et al.*, 2018). Para a realização do Inquérito CAP, o conhecimento significa recordar fatos específicos ou a habilidade de aplicá-los para a resolução de problemas. A atitude é, essencialmente, ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. A prática é a tomada de decisão para executar a ação – dimensão psicomotora. Essas informações podem servir de embasamento para os profissionais e os serviços de saúde, no que diz respeito à adoção de medidas que possam garantir informações e saúde da mulher quilombola (BORBA *et al.*, 2019; GUTIERREZ *et al.*, 2019).

Diante disso, a avaliação por meio do Inquérito CAP permitirá uma análise consistente acerca da população de estudo dessa pesquisa, que é a mulher quilombola. Levando em consideração os seus costumes, crenças e modos de vida, que são inerentes da sua cultura e por isso devem ser respeitados e utilizados como embasamento para a construção de políticas públicas de saúde efetivas (FERNANDES *et al.*, 2018).

Segundo Brasil (2017b), historicamente, a mulher negra/quilombola sofre com a exclusão de políticas públicas voltadas para as suas especificidades, conseqüentemente, situações de saúde e doença envolvendo esse grupo populacional são recorrentes. Vale ressaltar que, durante o período moderno recente essa população vem sendo acometida fortemente pelo câncer de colo de útero, o que se pode relacionar também as suas condições de vida e saúde.

Considerando as iniquidades da população negra, bem como o processo de exclusão de mulheres quilombolas às políticas públicas que garantam acesso aos serviços de saúde, surgem questionamentos referentes às principais causas de morte dessas mulheres. A conjuntura aqui revelada suscitou a seguinte indagação: Quais os conhecimentos, atitudes e práticas da mulher quilombola acerca do exame preventivo do câncer do colo uterino?

O conhecimento científico contemporâneo nos mostra que as medidas de detecção precoce da doença são fundamentais para o tratamento adequado, visando à regressão e a cura do câncer. No entanto, em contramão a tudo isso, estudos como o de Oliveira *et al.* (2018) demonstram que apesar das iniciativas, o nível de cobertura ainda se encontra bem abaixo do desejado.

Essa pesquisa objetiva contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais, as quais apresentem novas perspectivas acerca do desafio de saúde pública brasileira que envolve a adesão das mulheres a prevenção primária do CCU. Além da sua relevância social de promover uma mudança na assistência prestada as mulheres quilombolas, tendo em vista que tudo se inicia com embasamento técnico científico. Sabendo também que existe a necessidade de ações planejadas e direcionadas a um público específico, pois por meio deste se possibilita explorar a realidade local, bem como atuar de forma significativa para a transformação social.

Diante do exposto é necessário que haja um investimento na formação e qualificação dos profissionais de saúde que atuam em comunidades quilombolas acerca da importância de se praticar de forma efetiva as políticas públicas de saúde voltadas para este grupo populacional.

Para tanto, é imperativo que se desenvolva pesquisas voltadas para a investigação das questões que envolvem a realidade social e de saúde, e dessa forma trazer respostas aos questionamentos que permeiam a saúde dessa população, a qual é foco deste estudo. Este estudo possui relevância, pois correlacionou o conhecimento científico e a efetivação das políticas públicas de saúde típicas da comunidade quilombola.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento, atitude e prática das mulheres quilombolas do quilombo do Curiaú sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil socioeconômico, hábitos de vida, aspectos ginecológicos e obstétricos do grupo populacional escolhido;
2. Avaliar os dados antropométricos: peso, altura, circunferência de cintura e quadril das participantes;
3. Identificar os fatores de risco para o câncer de colo de útero na mulher quilombola, com base na literatura atual;
4. Detectar os fatores associados à adesão ou não adesão ao exame citopatológico uterino.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CÂNCER DO COLO UTERINO

3.1.1 Etiologia e Fisiopatologia

O câncer de Colo Uterino (CCU) é uma doença de natureza crônica, com origem em alterações intraepiteliais que podem se transformar em um processo invasor. É caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do colo, comprometendo o estroma (tecido subjacente) e invadindo estruturas e órgãos contíguos ou a distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, o carcinoma epidermoide e o adenocarcinoma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

O tipo mais incidente é o carcinoma epidermoide que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (10% dos casos). O seu desenvolvimento é lento e assintomático no estágio inicial da doença. A sua evolução inclui quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Estudos mostram que a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) é a causa primária das lesões malignas, precursoras do câncer cervical. O HPV é um vírus de Ácido Desoxirribonucleico (DNA) e os seus genes podem manipular o controle do ciclo celular do hospedeiro para promover a sua persistência e replicação. Os HPVs são classificados como de baixo ou alto risco oncogênico; estes diferem em sua capacidade de induzir imortalização e transformação celular, bem como de interagir com os vários componentes de ciclo celular (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002; TSUCHIYA *et al.*, 2017).

Os HPVs considerados de alto risco oncogênico são encontrados em 99,7% dos casos de câncer uterino, esta infecção que ocorre geralmente no início da vida sexual. Na cérvix, a infecção inicial ocorre nas células basais, por meio de pequenas lesões no tecido ou durante o processo de metaplasia de células escamosas na zona de transformação quando as células basais são expostas. Uma vez que o HPV atinge as células-alvo, este permanece latente ou inicia seu processo de replicação no

núcleo, resultando na síntese e liberação de partículas virais infectantes (COMITÊ NACIONAL DE TRIAGEM DO REINO UNIDO, 2016; GAO *et al.*, 2021).

Geralmente, HPVs de baixo risco causam lesões benignas e não possuem potencial oncogênico, por outro lado, HPVs de alto risco são agentes causadores de câncer cervical e suas lesões precursoras. Estima-se que 10 a 20% da população adulta sexualmente ativa seja infectada pelo HPV. Os jovens representam o grupo com o maior número de infectados, chegando a taxas de 46% em mulheres de 20 a 30 anos (COMITÊ NACIONAL DE TRIAGEM DO REINO UNIDO, 2016).

As infecções persistentes pelo HPV, causam interações entre o vírus e a célula neoplásica ocasionando Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais (NIC) progressivas, que podem evoluir para o câncer cervical. Este, depende de outras variáveis, tais como: o estado geral do hospedeiro, do tipo de vírus, da carga viral e da persistência da infecção pelo HPV 21. Por isso em alguns casos, a infecção por HPV pode ser responsável pelo desenvolvimento de lesões de alto grau de malignidade (ROCHA, 2018)

3.1.2 Fatores de risco para o desenvolvimento do Câncer de Colo Uterino

Alguns fatores e comportamentos de risco estão associados ao desenvolvimento e progressão do câncer de colo do útero, dentre eles à presença de infecção associada com o papilomavírus humano (HPV) identificado como o principal fator etiológico da neoplasia do colo de útero a partir da década de 70. Aproximadamente 118 tipos de Papiloma Vírus foram completamente descritos e cerca de 100 tipos que acometem o ser humano já foram identificados, cerca de 40 possuem preferência pelo epitélio escamoso, sendo que os tipos 16 e 18 como os mais malignos para o desenvolvimento de CCU (SILVA; COELHO; ATHAYDE, 2016).

A incidência do Carcinoma Cérvico uterino e a mortalidade decorrente da sua evolução estão fortemente associadas às precárias condições socioeconômicas dos países em desenvolvimento (JOHNSON *et al.*, 2020; MOSS; LIU; FEUER, 2017). Dentre os fatores de risco é possível destacar o tabagismo como fator que favorece o aumento do risco para o acometimento pela doença, pois favorece as interações entre os fatores genéticos de predisposição e os agentes externos, tais como os componentes do fumo, assim podendo causar uma imunossupressão local, que

permite com maior facilidade a penetração do vírus nas células, facilitando as infecções e o aparecimento da neoplasia (CARVALHO; COSTA; FRANÇA, 2019).

Alguns fatores vêm sendo relatados, como a higiene e vestuário íntimo inadequados, os quais favorecem infecções, pois produzem umidade e calor local, bem como diminuem a ventilação. Mulheres que possuem dificuldade para manter um bom nível de higiene íntima tendem a inflamações crônicas do colo uterino e um elemento a mais para o aparecimento do câncer, justamente pela maior frequência de doenças ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis e saúde geral mais precária (TEIXEIRA, 2015).

Além disso, temos o fator alimentação com um papel importante nos estágios de iniciação, promoção e propagação do câncer, estudos epidemiológicos evidenciam que 35% dos cânceres ocorrem em razão de uma dieta inadequada. A alimentação possui importância em todos os estágios do câncer (iniciação, promoção e propagação do câncer), também tem influência direta e determinante no processo de carcinogênese, podendo ser preventiva ou desencadeadora. Outros padrões nos hábitos de vida são importantes e atuam como fatores ambientais que podem interferir no câncer: atividade e obesidade são alguns deles (MUNHOZ *et al.*, 2016).

No que se refere a obesidade, o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil: 2021-2030, identificou tal situação como um fator de risco para o desenvolvimento destas doenças, com destaque para os cânceres, e estabeleceu estratégias, diretrizes e ações em três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; cuidado integral (BRASIL, 2011a). Os autores Loehder, Kumpel e Hartmann (2019) afirmaram ainda no seu estudo que a obesidade é um fator de alto risco para o desenvolvimento de neoplasias, demonstrando dessa forma uma associação positiva entre o sobrepeso/obesidade e os cânceres.

Existem ainda fatores relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres tais como, o início precoce da atividade sexual, o qual pode promover maior risco de transformação neoplásica no colo do útero na presença do HPV, pois quanto maior a incidência desse vírus nesta fase da vida, aumenta o risco de câncer. A multiplicidade de parceiros sexuais e a promiscuidade também são fatores de risco importantes para a infecção do HPV e por isso favorecem o desenvolvimento da neoplasia de câncer de colo uterino (SILVEIRA *et al.*, 2016).

Os hormônios esteroides na forma de contraceptivos durante a fase reprodutiva podem ter relação com a suscetibilidade ao CCU, por conta da exposição constante ao estrógeno adquirida por meio dos anticoncepcionais. Resultados indicam que a transformação de células de reserva, por uma diminuição de PH, induz a metaplasia escamosa e a lesões neoplásicas, sendo que é frequente o uso indiscriminado de tal fármaco sem acompanhamento clínico especializado. As usuárias de anticoncepcionais orais combinados apresentam diminuição dos níveis de imunoglobulina A (IgA) e imunoglobulina G (IgG) durante o período de pausa nos esquemas cíclicos, proporcionando ambiente favorável para o aparecimento de lesões pelo HPV (VOLPATO *et al.*, 2018)

Outro fator de risco muito expressivo abordado pela literatura é o desconhecimento sobre a realização do exame preventivo do câncer de colo uterino, muitas mulheres não buscam o exame por tais motivos, demonstrando a necessidade de investimentos em trabalhos de promoção à saúde, desenvolvendo ações inovadoras, a exemplo da “participação informada”, por parte das mulheres, no rastreamento, reconhecendo os seus valores e práticas e os utilizando como meio de multiplicidade de informação (GURGEL *et al.*, 2019).

3.1.3 Câncer do Colo Uterino no Brasil: contexto histórico

No Brasil, o exame de prevenção do CCU teve suas primeiras iniciativas por meio de profissionais, que trouxeram para o país exames de diagnóstico, como a citologia e a colposcopia, em meados dos anos 40 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016). As ações patrocinadas a partir disso, foram crescendo gradativamente e desembocou no ano de 1956, no primeiro investimento do governo na dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país, o centro de pesquisas Luíza Gomes de Lemos, liderado por Arthur Campos da Paz e até então integrado ao Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Em 1998, foi instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero, com a publicação da Portaria nº 3.040/GM/MS. A coordenação do programa foi transferida para o INCA por meio da Portaria nº 788/GM/MS, de 23 de junho de 1999. Foi também nesse ano que foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações (BRASIL, 2013a)

Com base nas pesquisas e nas experiências desenvolvidas ao longo dos anos, as ações foram expandidas, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo (BRASIL, 2013a; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o papilomavírus humano (HPV). A vacina é a quadrivalente, oferecendo proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Apesar dos avanços de todo o Sistema Único de Saúde (SUS), continuar a reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil ainda é um desafio a ser vencido (BRASIL, 2014).

O câncer é uma das causas mais comuns de morbidade e mortalidade no mundo, com uma estimativa de 14 milhões de novos casos e oito milhões de mortes em 2012, deverá aumentar em pelo menos 70% em 2030. Nos países desenvolvidos, predominam os tipos de câncer associados à urbanização e ao desenvolvimento (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), nos países de baixo e médio desenvolvimentos, ainda é alta a ocorrência de tipos de câncer associados a infecções (colo do útero, estômago, esôfago, fígado, entre outros) (FERLAY *et al.*, 2015).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências foram encontradas na mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (FERLAY *et al.*, 2015).

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Essa estimativa reflete o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago. Nas Regiões Norte e Nordeste, a incidência dos cânceres do colo do útero e estômago tem impacto importante nessa população, onde a Região Norte é a única do país onde as taxas dos cânceres de mama e do colo do útero se equivalem entre as mulheres (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018).

Para o Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (2018) estima 16.370 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na Região Norte (25,62/100 mil), sendo que nas estimativas, para o ano 2018, do número de casos novos de câncer, por Estado, o Amapá fica em primeiro lugar na região Norte (110 novos casos estimados).

Quanto às estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas, a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária, o CCU lidera o ranking com a estimativa de 2300 casos novos entre as mulheres, 24,8%. Por capital, Macapá, o CCU está em primeiro lugar, à frente de todos os outros tipos de neoplasia, com estimativa de 80 novos casos, na região Norte, estando em terceiro lugar, atrás somente de Manaus e Belém, Estados com território e população bem acima dos demais da região (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018).

Quanto à mortalidade no Brasil, por câncer de colo de útero, em 2018, são esperados 16.370 casos novos, com um risco estimado de 17,11 casos a cada 100 mil mulheres. É a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país, excluído pele não melanoma. Em 2017, segundo o INCA ocorreram 6385 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 6,17 óbitos para cada 100 mil mulheres, ficando abaixo da média mundial que é 5,14.

Na análise regional, o câncer do colo do útero se destaca como o primeiro mais incidente na região Norte do Brasil, com 23,97 casos por 100.000 mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, ele ocupa a segunda posição, e é o terceiro mais incidente na região Sudeste e quarto na Sul. Em 2016, a taxa padronizada pela população mundial foi de 11,07 mortes por 100.000 mulheres, representando a primeira causa de óbito por câncer feminino nesta região (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018).

Duarte (2017) afirma que dados de mortalidade no Brasil, mostram que o câncer de colo uterino, junto com câncer de mama, é a principal causa de morte em mulheres com menos de 50 anos de idade. Segundo o autor, mesmo com todos os programas de prevenção, existem falhas consideráveis na adesão das medidas, que

apontaram as dificuldades nas estratégias de prevenção como sendo o fator primário para o desenvolvimento da neoplasia.

3.1.4 Prevenção do câncer de colo uterino

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Instituto Nacional de Câncer, as estratégias para a detecção do câncer de colo de útero são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

A prevenção do câncer invasivo do colo do útero é feita por medidas educativas, vacinação, rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões subclínicas. O exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau) “é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença.” (SILVA, 2017, p.21), este pode ser feito em postos ou unidades de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados.

Em 1920, George Nicholas Papanicolaou elaborou uma técnica para estudar as células vaginais e as do colo uterino conhecida como método de citologia esfoliativa e, durante seus estudos, teve a oportunidade de observar células malignas, propondo que a citologia esfoliativa fosse empregada para diagnosticar câncer do colo uterino (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016, p. 25).

No Brasil, o controle de câncer do colo do útero constitui uma das prioridades da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O Ministério da Saúde, por meio da publicação “Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016”, recomenda o exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

Em caso de resultado de lesão de baixo grau, a indicação é de repetição do exame em seis meses. Desde 2014, está disponível, na rede pública, a vacina tetravalente contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV para meninas de 9 a 13 anos; e, a partir de 2017, também para meninos de 11 a 13 anos. Apesar da sua importância

epidemiológica, o câncer do colo uterino possui alto potencial de cura quando diagnosticado em estágios iniciais (BRASIL, 2014).

O exame preventivo de “Papanicolaou” é uma técnica simples de grande valor prático e alcançável à maioria da população. O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, relativamente barato e de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007). Concerne com estudo de Silva *et al.* (2019) que apresenta o exame como eficaz, simples e a melhor estratégia no combate ao câncer do colo do útero, pois permite a detecção e diagnóstico em estágios iniciais, além de contribuir significativamente para a diminuição da mortalidade por CCU.

Apesar do amplo acesso, segundo Oliveira; Guimarães; França (2014); Mahecha-Gamboa; Villate-Soto; Puerto-Jiménez (2019) as mulheres que possuem maiores fatores de risco e poderiam se beneficiar do teste de Papanicolaou são as que menos o realizam; o que pode, em parte, explicar o diagnóstico tardio e a manutenção das taxas de mortalidade. Tal argumento é reafirmado por Amaral; Gonçalves; Silveira (2017), os quais evidenciam que apesar de muitas mulheres buscarem o exame, outras ainda alegam desconhecer a finalidade da coleta, e as que nunca se submeteram ao exame justificam tal atitude por fatores como: medo, vergonha e questões culturais.

Os autores Carvalho; Altino; Andrade (2018) afirmaram que existem outras situações que também influenciam negativamente a mulher e dificultam a sua busca pelo exame, destacaram a vergonha e/ou constrangimento ao se expor para realizar o exame preventivo, o preconceito do companheiro, baixo poder aquisitivo, além da informação de que o profissional que irá realizar o exame é do sexo masculino e principalmente a falta de informação sobre o procedimento.

De acordo com Melo *et al.* (2019); Sena, Sousa; Gradella (2018) um dos principais influenciadores do comportamento das mulheres em relação à prática do exame preventivo é a condição socioeconômica, tal estudo apontou uma estreita ligação entre escolaridade e renda com a probabilidade de realização do procedimento, destacou que mulheres com maiores condições de renda e escolaridade, realizam muito mais o exame e encontram menos dificuldades para tal realização, além de ressaltar que as áreas rurais tem menor acesso aos serviços de saúde, elencando que a população negra tem essa maior predisposição.

Desta forma, vemos o acesso de mulheres a mecanismos de prevenção do CCU ainda está muito distante do esperado, ocasionando um alto índice de mortalidade por essa neoplasia no Brasil. “Mesmo sendo um procedimento simples e gratuito,(...) diversos fatores afastam a mulher da busca ao preventivo e, conseqüentemente, da prevenção de doenças que seriam diagnosticadas” (SANTOS, 2016, p.32).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

De acordo com a OMS a abordagem da saúde sexual deve entrar no âmbito do bem-estar dos indivíduos, inclusive no que diz respeito à sexualidade. O planejamento sexual e reprodutivo tem como princípio manter a cidadania e respeito, e além de garantir a decisão livre e responsável de ter ou não filhos, quantos filhos e/ou qual o momento desejado para a concepção, o planejamento sexual e reprodutivo engloba também outras áreas da vida dentro dos aspectos biológicos, psíquicos, sociais e culturais. (ROCHA; COTRIM, 2020)

O planejamento familiar inclui a informação, a educação sexual, o acesso a métodos contraceptivos e a anticoncepção de emergência entra nesta discussão, pois se trata de um tema que articula sexualidade e reprodução, e uma vez mais evidencia a estreita relação entre saúde e direitos. Mesmo a saúde sexual e reprodutiva apresentando problemas de alto risco para as populações, incluindo o aumento nas taxas de morbidade ainda não é prioridade nas pautas internacionais de saúde, evidenciado por sua evolução histórica e as suas dificuldades em sua implantação e desenvolvimento (BRASIL, 2013c).

(...) destaca-se que, na década de 60, diversas entidades de caráter privado, voltadas para o controle da natalidade, iniciaram sua atuação no Brasil, financiadas por agências internacionais que tinham o interesse em reduzir o crescimento populacional no País. Ao mesmo tempo, verificava-se atuação quase inexistente do setor público no campo do planejamento reprodutivo. O enfoque da assistência era o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2013, p.19).

Segundo Nunes; Mendes (2015), as políticas de saúde reprodutiva no Brasil e o papel social designado à mulher estão historicamente entrelaçados. Tendo isto como pauta nos diversos contextos históricos e sendo um ponto de destaque muito importante para a construção e implementação de programas de atenção voltadas

para a saúde sexual e reprodutiva ao longo dos anos no território brasileiro. O autor enfatiza ainda que um dos primeiros registros históricos de política nacional voltados para a atenção à saúde materno-infantil estava relacionado com o Departamento Nacional de Saúde, equivalente ao Ministério da Saúde atualmente, e onde na época foram criados a divisão do Amparo à Maternidade e à Infância e o Instituto Nacional de Puericultura.

As décadas de 60 e 70 altamente influenciadas pelo modelo econômico e pela soberania religiosa foi marcada pela tendência ao natalismo como a necessidade de saúde da mulher. Em 1974 foi promulgado o Iº Programa de Atenção Materno-Infantil e em 1977 foi instituído o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR), os quais eram os primeiros programas de atenção à saúde da mulher. Estas políticas tratavam o corpo da mulher apenas pela sua função reprodutora com práticas curativas, bem como enfatizavam o pressuposto que a mulher devia se adequar ao princípio “mãe saudável, de filho igualmente saudável” e também o foco sobre o “risco gravídico” demonstrando a visão biomédica vigente no modelo de atenção do sistema médico industrial vigente (BRASIL, 2013c).

A concepção acerca da saúde da mulher era muito precária, pois só era admitida do ponto de vista da produção e reprodução da sua força de trabalho no contexto da época, ou seja, como mãe, iniciaram diversos movimentos que emergiram buscando e lutando pelos direitos reprodutivos da mulher. Dessa forma, trouxeram para o debate público a necessidade da discussão sobre temas relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos até então pouco debatidos na conjuntura da época. Estas discussões resultaram, por fim, na definição de novas políticas de saúde reprodutiva, através dos novos espaços para a fala (NUNES; MENDES, 2015).

Segundo Alves (2015), em 1985 percebeu-se que os direitos só seriam exercidos de fato, quando a população alcançasse o acesso às informações e conhecesse as possibilidades de influenciar e se organizar quanto aos ritmos de procriação e os meios que possam intervir se assim o desejarem, separando a prática da sexualidade da função reprodutiva, conseqüentemente exercendo planejamento de sua vida sexual e reprodutiva.

Ainda segundo o autor, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1983, foi resultado de uma força originária da discussão e articulação entre universidades, mulheres e o ministério da saúde, se tornando uma grande mudança no cenário da saúde da pública. Foi capaz de trazer a perspectiva

da abordagem integral do ciclo de vida da mulher e não apenas o período gravídico e puerperal, rompendo com a visão tradicionalista voltada exclusivamente à reprodução. Este programa foi considerado um marco histórico pela inquietude em redimensionar o significado do corpo feminino e pelo pioneirismo em propor a demanda de atendimento universal e integral à saúde reprodutiva das mulheres e retirando a visão de mero planejamento familiar.

Segundo Paiva; Caetano (2020) na busca da promoção de uma melhoria na saúde sexual e reprodutiva é necessário compreender que este aspecto é bastante amplo, englobando desde a assistência clínica, permeando o aconselhamento, as atividades educativas, até as ações de pré-natal, parto e puerpério. No entanto, todas estas dimensões devem explorar e abranger as diferentes populações sem distinção de raça, crença religiosa, orientação sexual e idade, destacando ainda a diversidade de visões acerca da sexualidade humana e as diferentes culturas existentes.

Percebe-se assim, que ainda hoje se encontra dificuldades na promoção à saúde de populações marginalizadas, como as comunidades quilombolas. O sistema de saúde tem lacunas quanto às políticas públicas voltada para as comunidades quilombolas, que apresentam precariedade na oferta dos serviços de saúde, por fatores como distância dos centros urbanos, falta de profissionais capacitados para atuação com a comunidade, ou a dificuldade em aceitação na implantação dos serviços por parte da população (SILVA, SILVA, GONÇALVES, 2018).

A seguir é denotado como o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se comportado em relação à saúde da população negra.

3.2.1 Políticas de Saúde para população negra

Segundo Brasil (2017b), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009, visa garantir a equidade e a efetivação do direito à saúde deste grupo populacional, tendo como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde, estabelecem objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades da gestão em todas as esferas.

Ainda de acordo com as diretrizes e objetivos da PNSIPN estão inclusas as ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadoras e trabalhadores da saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra, mesmo assim ainda é possível afirmar:

Quanto às políticas públicas voltadas para os quilombolas, concretamente, ainda não são efetivas, requerendo atuação do Estado brasileiro, enquanto protetor, a fim de buscar mudança nesse quadro social, garantindo acesso às ações e aos serviços de saúde a esse grupo populacional. Além disso, há necessidade de investimento em qualificação de profissionais de saúde aptos a observar, ouvir e entender as práticas de autoatenção que envolvem o itinerário terapêutico do quilombola (PRUDÊNCIO, 2017, p. 201).

Igualmente, tal política expressa por meio de suas diretrizes, o compromisso do poder público com a redução das desigualdades sociais que acometem a população negra, sendo o racismo uma de suas expressões mais fortes. Reiterando as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS na efetuação de suas ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, em especial com os movimentos sociais negros (BRASIL, 2006).

No Brasil, existe um consenso entre diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados; b) adquiridos em condições desfavoráveis; e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado, dessa forma, essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica sob pena de inviabilizar a promoção da equidade em saúde no País (BRASIL, 2007).

O racismo se apresenta como uma das expressões de desigualdade sociais mais frequentes em nossa sociedade, que afetam de forma indiscriminada a população negra, agravando as relações sociais. Em suma é destacado que:

O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento (BRASIL, 2013d, p.15-16).

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e efetivação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006).

Quanto à saúde sexual e reprodutiva da mulher negra, esta geralmente é negligenciada, tendo em vista que esta tem, por vezes, menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, como atenção ginecológica e assistência obstétrica. Inúmeros fatores influenciam o acesso da população aos serviços, o Ministério da Saúde destaca entre eles questões como o racismo, as desigualdades raciais e étnicas e o racismo institucional os quais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e potencializam os fatores de risco (BRASIL, 2017b).

A afirmação anterior é contemplada pela autora a seguir quando diz que: “Diferentes situações de vulneração foram percebidas e mencionadas pelos quilombolas ao longo do estudo, tais como dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o desconhecimento de direitos e serviços já existentes, entre outros” (PRUDÊNCIO, 2017, p.193). É perceptível, em vários âmbitos da saúde coletiva, dados que mostram as discrepâncias entre uma população considerada branca e outra de cor negra.

O que nos desperta a atenção para os conceitos de vulnerabilidade e vulneração, de fato expressos enfaticamente pelo aspecto bioético como não sendo sinônimos, os autores Carmo; Guizardi (2018) esclareceram no seu estudo que a bioética apresenta os termos vulnerabilidade e vulnerável como:

O conceito de vulnerabilidade é a condição inerente ao ser humano, naturalmente necessitado de ajuda, diz do estado de ser/estar em perigo ou exposto a potenciais danos em razão de uma fragilidade atrelada à existência individual, eivada de contradições. O ser humano vulnerável, por outro lado, é aquele que, conforme conceito compartilhado pelas áreas da saúde e assistência social, não necessariamente sofrerá danos, mas está a eles mais suscetível uma vez que possui desvantagens para a mobilidade social, não alcançando patamares mais elevados de qualidade de vida em sociedade em função de sua cidadania fragilizada (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Sevalho (2017) traz em seu estudo o conceito desenvolvido por um autor de grande referência quando se fala em “vulnerabilidade” o pesquisador Ricardo Ayres tem defendido este termo como um conjunto de sínteses conceituais que aborda diversas dimensões, tais como: comportamentais, sociais, político-institucionais que desembocam nos agravos de saúde e nas possíveis consequências geradas por eles.

Destaca ainda que o conceito deve ser enxergado sob todos os pontos de vista, sejam eles individuais, biológicos e estruturais em vinculação com o campo dos Direitos Humanos.

Em conformidade com tais conceitos, a concepção acerca da vulneração e dos grupos vulnerados, estes também intitulados como “afetados”, “feridos” ou “traumatizados”, são aqueles que não são capazes, por razões superiores as suas vontades, de se defenderem sozinhos “pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela” (SCHRAMM, 2008, p. 17).

Desse modo, têm-se a concepção que as condições de saúde e vida da população negra estão sendo suprimidas ao longo de tempos, mesmo sendo quantitativamente predominante no país. Possuímos ainda um subgrupo imerso dentro dessa realidade, os negros quilombolas, que ainda sofrem em sua saúde as marcas profundas da escravidão, os quais com um processo de resistência recorreram a lugares de menor acesso dentro das matas ou em locais escondidos e por isso surgem questões próprias da sua vivência e qualidade de vida que devem ser evidenciadas.

3.2.2 **Populações quilombolas:** contexto Histórico

As comunidades remanescentes quilombolas são decorrentes de um processo histórico iniciado com a colonização portuguesa e são frutos que se estendem até hoje, diante do avanço dos povos ocidentais sobre os índios e negros, estes tiveram que lutar contra a ideologia racista, a qual foi nutrida por uma concepção etnocentrista, que oprimiu estes povos (FERNANDES; SANTOS, 2016).

Diante dessa situação, a população negra, a qual estava sendo expropriada de seus corpos, bens, direitos e cultura, se viu obrigada a buscar através da luta e da fuga a liberdade, criando então os quilombos, os quais são denominados como sendo a reunião de dezenas de núcleos populacionais, com um conselho político e um chefe supremo (CUNHA; ALBANO, 2017).

Atualmente, a denominação para estes locais que ainda estão presentes é de comunidade remanescente de quilombo, segundo o decreto Nº 4.887 de 2003, que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação,

demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos, descreve estas como: “grupos étnico-raciais, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003).

Estas comunidades remanescentes quilombolas são reconhecidas oficialmente pelo Estado, por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, onde no Art. 216, dispõem as seguintes informações:

Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem: § 5º Ficam tombados todos os documentos e os sítios detentores de reminiscências históricas dos antigos quilombos (BRASIL, 1988a).

Para a certificação e reconhecimento das comunidades quilombolas, a Fundação Cultural Palmares, foi constituída por meio da Lei nº 7.668/88 como o órgão responsável vinculado ao Ministério da Cultura. Com o objetivo principal de promover e preservar a arte e cultura afro-brasileira. Atualmente estão registradas no Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades de Quilombos da Fundação Cultural Palmares, até o dia 18 de Abril de 2019, 3.383 comunidades, também autodenominadas “Terras de Preto”, “Comunidades Negras”, “Mocambos”, “Quilombos”, dentre outras denominações similares (BRASIL, 1988b).

Essas comunidades por conta da construção da matéria brasileira, passaram por diversos processos, no entanto, ainda permanecem em um isolamento físico e social, que repercutem em desigualdades sociais e de saúde. Diante disso, as manifestações culturais as quais se perpetuaram durante essa edificação histórica, influenciam o seu cotidiano e, sobretudo, o processo de saúde e doença (BRASIL, 2003; PRATES *et al.*, 2018; CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

Considerando a vulnerabilidade da população negra, com vista ao enfrentamento das iniquidades em saúde que acometem tal população, faz-se necessário que os profissionais estejam atentos à especificidade desse grupo populacional. O Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de provimento diferenciado de ações de saúde nos territórios com predominância de negro, tendo em vista a carência de ações específicas para a comunidade remanescente quilombola (SILVA; SILVA; GONÇALVES, 2018).

Neste sentido, o Ministério da Saúde havia publicado a Portaria Ministerial nº 1.834, de 27 de agosto de 2013, que tratava do custeio diferenciado às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e discorre que as existentes em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social, devem ter um repasse financeiro distinto das outras equipes que não possuem essas condições, assegurando a qualificação e valorização dos trabalhadores por meio de estratégias de formação e desenvolvimento das ações de atenção básica, da vivência cotidiana nos territórios por elas atendidos, e prover profissionais para áreas com maior necessidade (BRASIL, 2013b).

No entanto, com a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual estabelece a nova política nacional de atenção básica, trouxe novas condições, no que se refere às comunidades remanescentes quilombolas, ocorrendo assim um retrocesso para essa população, onde retirou-se o incentivo para tentar fixar as equipes de ESF nestes territórios de predominância preta, que já padecem com a exclusão de políticas públicas e ausência de profissionais que atendam às suas necessidades, as quais se diferem do restante da população, por toda a sua construção histórica e desenvolvimento social (BRASIL, 2017a).

Diante disso, destaca-se que o cuidado à saúde é um fator importante para os quilombolas, que mesmo com o processo de enculturação vivenciado, ainda é modificado e moldado pela cultura deste povo, que tradicionalmente envolve valores, costumes, crenças e tradições, auxiliando na manutenção de seu bem-estar, assim como no enfrentamento de doenças, incapacidades ou da morte (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

Dentro do contexto quilombola, destaca-se o cuidado familiar, como sendo o primeiro local onde o indivíduo recebe uma assistência e dentro dessa conjuntura uma personagem se destaca, a **mulher** (grifo da autora), esta que assume tradicionalmente dentro das famílias o papel de cuidadora dos outros membros da família e de si próprias (RAMOS-JARABA; PINEDA, 2018).

Ramos-Jaraba; Pineda (2018) discorrem ainda sobre a capacidade de cuidar da mulher, a qual é reconhecida no seu âmbito familiar, por suas habilidades e capacidades ligadas, à autoconfiança e à autonomia da mulher. Dessa forma o papel como cuidadora, deve ser visto como uma medida de promoção da saúde, pois dentro das comunidades tradicionais, existe a condição de gênero de forma bem marcante no cotidiana.

A expressão cultural dos quilombolas, consegue reforçar os diferentes papéis da mulher e do homem, com respeito ao cuidado humano. Diante disso, tal situação deve ser levada em consideração, para que a condição de saúde desta população seja melhorada. O saber biomédico-científico deve valorizar e engrandecer os cuidados prestados de maneira informal, e saber utilizar o cuidado transcendente da mulher com a saúde (LEUCHTENBERGER, 2016; FERNANDES *et al.*, 2016).

Desse modo, no que diz respeito a saúde esta mulher negra, que muitas vezes se preocupa com o bem-estar da sua família e acaba esquecendo dos seus próprios cuidados, nós temos uma população feminina quilombola em que a prática do exame preventivo do câncer de colo uterino ainda está muito aquém do que deveria ser. Caracterizando assim, uma maior propensão para o desenvolvimento dessa neoplasia, relacionada ainda a escassez e precariedade na assistência à saúde destas comunidades (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Outrossim, temos que grandes partes dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica em comunidades quilombolas encontram-se despreparados para lidar com as competências culturais específicas da comunidade, onde se faz necessário erradicar comportamentos relacionados ao racismo institucional, que por vezes interferem no acesso da população aos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2021).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo é a Comunidade Rural do Cria-ú ou Curiaú, localizada no Estado do Amapá, uma comunidade negra, descendentes de afro-brasileiros de um antigo quilombo, chamado Curiaú, formado no século XVIII. Localizado próximo ao núcleo urbano da cidade de Macapá, situada a 11 km ao Norte do centro da cidade, e é considerada um Sítio Histórico e Ecológico (SILVA *et al.*, 2013).

Segundo o mesmo autor, a comunidade quilombola do Curiaú foi constituída quando os africanos escravizados, revoltados com os maus tratos sofridos na construção da fortaleza, fugiram e foram se amocambar na região, atualmente a população quilombola é composta por crianças, homens e mulheres, os quais ainda vivem das atividades de subsistência como: caça, pesca e produção agrônoma (SILVA *et al.*, 2013).

Tal comunidade é considerada área remanescente quilombola pela Fundação Cultural Palmares, a qual o § 4º do art. 3º do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, reserva a competência pela emissão de certidão às comunidades quilombolas e sua inscrição em cadastro geral. Dessa forma, a comunidade do Curiaú, recebeu o ID número: 235, através da portaria nº: 28/2013 em 13 de 03 de 2013, declarando a comunidade como certificada (BRASIL, 2003).

No Estado do Amapá até o ano de 2019 foram concedidas 40 certidões expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQS). Em todo o Brasil o número de quilombos certificados pela Fundação Palmares atualmente é de 2744, sendo a região Nordeste com a maior parte das certificações (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2019).

Em 15 de setembro de 1998, a Lei Estadual nº 43113 tornou a comunidade quilombola do Curiaú dentro da Área de Proteção Ambiental (APA) do Rio Curiaú, de Macapá, uma área de 21.676 hectares. A APA do Rio Curiaú foi designada pela necessidade de proteção contra os riscos da expansão urbana, tendo em vista que a área faz fronteira com os bairros da Zona Norte da Capital. Diante disso, houve a necessidade de conter a expansão urbana, a qual causa a destruição dos ecossistemas da bacia do Rio Curiaú e provoca as pressões imobiliárias e sociais para a invasão da área (SILVA *et al.*, 2013).

A área de Proteção Ambiental envolve as seguintes comunidades: Curiaú (De Dentro, De Fora, Extrema e Mocambo), Curralinho, São Francisco da Casa Grande, Pirativa e Pescada. Destas, apenas a comunidade São Francisco da Casa Grande não é reconhecida como comunidade remanescente quilombola, ao todo temos 1.500 famílias que compõem os 5 povoados, aproximadamente (QUEIROZ, 2007).

A capital do Estado do Amapá (Macapá), onde está inserido o quilombo do Curiaú, é localizada às margens do Rio Amazonas, sendo que não possui interligação por via rodoviária ou ferroviária com outras capitais brasileiras, o acesso ao município só é possível por via fluvial ou aérea e constitui a única capital brasileira cortada pela Linha do Equador.

4.2 TIPO DE ESTUDO

O estudo tem abordagem quantitativa, de corte transversal, natureza aplicada, com caráter descritivo e do tipo pesquisa de campo, associado ao inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP).

Segundo Gerhardt; Silveira (2009, p.32) a abordagem quantitativa é o tipo de pesquisa “tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana”. Assevera ainda que a pesquisa quantitativa busca a validação das hipóteses mediante a utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de um grande número de casos representativos, recomendando um curso final da ação. Ela quantifica os dados e generaliza os resultados da amostra para os interessados.

O trabalho foi realizado quanto à natureza, através de pesquisa aplicada, a qual segundo Prodanov; Freitas (2013, p.51) “objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos, envolve verdades e interesses locais”, pois busca a partir de um problema determinado, fazer intervenções práticas, e concerne com o trazido por Cervo; Bervian (2002, p.65), onde diz que “na pesquisa aplicada, o investigador é movido pela necessidade de contribuir para fins práticos mais ou menos imediatos, buscando soluções para problemas concretos”.

Quanto aos objetivos, a pesquisa possui caráter do tipo descritivo, a qual segundo Gil (2008) tem como escopo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa teve o tipo estudo de campo, que ainda segundo o autor visa o

aprofundamento de uma realidade específica, a qual pode ser realizada por meio de observação direta e entrevista.

Conforme Prodanov; Freitas (2013, p.9) pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de “conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual procuramos uma resposta, que queiramos comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles”. Ratifica tal afirmação, referindo esta pesquisa como, investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa.

4.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

A população desta pesquisa é constituída por mulheres negras residentes no quilombo do Curiaú (Curiaú de dentro, Curiaú de fora, Extrema e Mocambo) que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. O convite às mulheres para participação da pesquisa ocorreu por meio de captação domiciliar e contato individual e/ou em grupo por meio de mensagens de telefone, onde a pesquisadora as convidou a participar do projeto.

4.4 PERÍODO DO ESTUDO

Os dados coletados foram obtidos nos meses de janeiro a dezembro de 2020.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Mulheres negras residentes no quilombo do Curiaú, que já tenham iniciado a atividade sexual, com idade mínima de 18 anos que estejam em plena capacidade mental e se dispuseram a responder ao questionário estruturado.
- Não fizeram parte do estudo mulheres que não possuem faculdades mentais para compor as participantes e/ou que sejam dependentes de álcool e outras drogas.

4.6 INSTRUMENTOS E ETAPAS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em **dois momentos**, sendo o **primeiro** com aplicação do questionário estruturado, de forma presencial ou remota, este utilizado em decorrência do momento pandêmico pelo novo Corona vírus, doença causada pelo novo corona vírus (Sars-Cov-2), declarada pela Organização Mundial da Saúde em 11 de março de 2020, onde não foi possível realizar a pesquisa somente por meio de entrevistas presenciais, e assim foi criado um formulário no Google Forms, o qual é um aplicativo de gerenciamento de pesquisas lançado pelo Google, para que as mulheres pudessem responder no link: <https://forms.gle/K4kYyz6UjaKDzX5C9>, quando foram coletados os dados acerca das condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos ginecológicos e aplicada a metodologia do inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino.

A coleta de dados do **segundo momento** foi referente à antropometria, sendo utilizadas as orientações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013) para o levantamento das medidas de altura, peso, circunferência de cintura e circunferência de quadril. Foram necessárias essas medidas também para o estabelecimento do Índice de Massa Corpórea (IMC) o qual é um indicador da densidade do corpo determinado pela relação entre o peso corporal e a estatura.

Medidas antropométricas

Foram utilizadas as orientações da Pesquisa Nacional de Saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013) e assim a aferição da altura e da massa corporal foram realizadas por meio de uma balança com estadiômetro (Filizola, Brasil) com capacidade máxima de 150 Kg e variação de 0,5 Kg para massa corporal e uma variação de 0,1cm para estatura. A mulher foi mantida de pé, com as pernas e pés paralelos, peso distribuído em ambos os pés descalços, vestindo roupas leves, com os braços relaxados ao lado do corpo e palmas das mãos voltadas para o corpo e a cabeça foi posicionada no plano de Frankfurt.

Quanto a circunferência de cintura, a referência anatômica utilizada foi a 10ª costela, sendo medida com a entrevistada em posição ortostática. A fita métrica com precisão de 0,1 mm passou em torno da avaliada de trás para frente, tendo-se o

cuidado de manter a mesma no plano horizontal, feito a leitura após a avaliada realizar uma expiração normal.

No que diz respeito a circunferência de quadril, utilizou-se como referência anatômica a maior proporção da região glútea (nádegas), que é localizada observando-se lateralmente a pelve, e foi realizada com a mulher em pé, coluna ereta, coxas unidas e braços ao longo do corpo.

Inquérito CAP

A coleta de dados foi ancorada no Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), o qual é descrito por Kaliyaperuma (2004), autor responsável pelo Guideline de recomendações da técnica, como um instrumento que pode auxiliar na descrição dos atributos em uma comunidade e serve como um diagnóstico situacional da mesma diante de situação específica. Os níveis CAP são um caminho tradicionalmente utilizado pela saúde pública e sobre o qual há maior familiaridade e domínio técnico.

O conhecimento, a atitude e a prática foram avaliados conforme os critérios: **Conhecimento adequado, Conhecimento inadequado, Atitude adequada, Atitude inadequada, Prática adequada e Prática inadequada**, estes adotados da pesquisa de Vasconcelos (2008).

Conhecimento adequado: quando a entrevistada já ter ouvido falar sobre o exame, sabia que era para detectar câncer em geral, ou especificamente de colo uterino e sabia citar, pelo menos, dois cuidados necessários que deveria ter antes de realizar o exame; Conhecimento inadequado: quando a mulher referiu nunca ter ouvido falar sobre o exame ou a ter ouvido, mas não sabia que era para detectar câncer; ou quando não sabia citar, pelo menos, dois cuidados necessários que deveria ter antes de realizar o exame.

Atitude adequada: quando a mulher apresentou como motivo realizar o exame pânico para prevenir o CCU. Quando referia como motivo o fato de ser um exame de rotina ou o desejo de saber se estava tudo bem com ela. Somente será considerada uma atitude adequada quando, concomitantemente ela tenha conhecimento adequado sobre o exame; Atitude inadequada: quando a mulher apresentou outras motivações para a realização do exame que não a prevenção do CCU.

Prática adequada: quando a mulher havia realizado seu último exame preventivo, no máximo, há três anos; retornou para receber o último resultado do

exame realizado e/ou buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame; Prática inadequada: quando havia realizado último exame preventivo há mais de três anos ou nunca realizou o exame; ou não tenha retornado para receber o último resultado e/ou não buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame.

4.7 ESTUDO PILOTO

O teste ou estudo piloto é um momento o qual deve ser vivenciado pelo pesquisador, afim de que a partir disso possa ter uma percepção melhor sobre a coleta de dados e o diálogo com os sujeitos da pesquisa. Pode ser considerado um evento de letramento, pois o modo com o qual a escrita se encontra dentro dos instrumentos é diretamente relacionado com as respostas do público, sabendo então que se inclui naturalmente no processo de interação entre os interlocutores (DANNA, 2012).

Dessa forma, o estudo piloto foi realizado logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa, com um quantitativo de 10 mulheres, os questionários referentes a essas participantes não foram incluídos ao estudo final. O qual serviu para verificação e adequação de linguagem, questões e compreensão das participantes, ao final detectou-se problemas em algumas questões decorrentes de estrutura lógica durante a aplicação do instrumento, e que foram solucionados antes do início da pesquisa.

4.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram compilados e organizados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. As variáveis contínuas expressas como média \pm Desvio Padrão (DP) e as categóricas em frequências e percentuais. As variáveis preditoras: idade, escolaridade, estado conjugal, renda, menarca, sexarca, conhecimento, atitude e prática em relação ao exame preventivo do câncer de colo uterino. Os dados foram organizados por meio de tabelas e gráficos pelo programa Microsoft Excel 2016.

A análise descritiva foi realizada tendo como base os gráficos e distribuições de frequências. Uma vez que os dados da idade e renda foram coletados em intervalos, a média destas variáveis não pôde ser estimada dada a existência de intervalos abertos, por isso somente a mediana pôde ser estimada. Considerando as

faixas contínuas, a mediana da idade e renda foram estimadas usando a seguinte fórmula:

$$\tilde{X} = l + \frac{(pos - Faa) \cdot h}{F}$$

Onde:

l=limite inferior da classe mediana,

pos=posição teórica da mediana= n/2,

n=tamanho da amostra,

Faa=frequência acumulada da classe anterior à classe mediana,

h=amplitude da classe mediana,

F=Frequência da classe mediana.

Na análise inferencial, foram feitos testes de significância estatística para analisar se eram significativas as diferenças encontradas entre distribuições e proporções de grupos distintos. Na Análise Inferencial das Distribuições de Variáveis Qualitativas, a significância da associação entre duas variáveis, ou a diferença entre a distribuição das proporções foi investigada pelo teste Qui-quadrado e, quando o teste Qui-quadrado se mostrou inconclusivo, foi utilizado o teste Exato de Fisher (FAVERO *et al.* 2009).

Uma vez encontrada associação significativa entre um fator e o desfecho Inadequado, a Razão de Chances ou Odds Ratio (OR) foi a medida usada para estimar o risco. A significância da OR foi avaliada pelo intervalo de confiança da OR. A OR é significativa se o intervalo de confiança da OR não conter o valor 1, situação em que ambos os grupos apresentariam a mesma chance de apresentar o desfecho Inadequado. A razão de prevalências foi calculada quando a OR não pôde ser calculada (MEDRONHO *et al.* 2009).

Na Análise Inferencial das Variáveis Quantitativas e ordinais, a comparação da distribuição de uma variável nos dois grupos independentes (com desfecho adequado e com desfecho inadequado) foi feita pelo Teste não paramétrico de Mann-Whitney, dado a natureza ordinal não gaussiana das distribuições comparadas (FAVERO *et al.* 2009).

Todas as discussões acerca dos testes de significância foram realizadas considerando nível de significância máximo de 5% (0,05), ou seja, foi adotada a seguinte regra de decisão nos testes estatísticos: **rejeição da hipótese nula atestando associação significativa sempre que o p-valor associado ao teste for menor que 0,05.**

4.9 ÉTICA EM PESQUISA

Esta pesquisa atende aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos estabelece normas e diretrizes que regulamentam as condições que devem ser cumpridas nos projetos de pesquisas envolvendo seres humanos que devem ainda atender aos fundamentos éticos e científicos também elencados nesta resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Existem termos e condições a serem seguidos, introduzidos no Sistema CEP/CONEP, integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) compondo um sistema que utiliza mecanismo, ferramentas e instrumentos próprios para proteção dos participantes das pesquisas, visando a sua integridade física e moral.

O CEP analisa e avalia todos os pontos éticos da pesquisa, visando à segurança dos participantes do estudo, com respeito e para que os mesmos tenham os seus direitos assegurados pelas instituições e pelos pesquisadores. A missão é de defender os interesses dos sujeitos das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA, 2010).

Desta forma a pesquisa ora apresentada, recebeu parecer favorável ao seu desenvolvimento sob o número 4.072.941 (ANEXO A)

4.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

Em meio a uma sociedade com desigualdades sociais tão visíveis, a construção da equidade se dará por trabalhos como este, que buscam ao máximo realizar atos práticos para a transformação da ciência, sendo perceptível a grande relevância para a população-alvo deste estudo, sabendo que plausível a capacidade

de auxiliar no processo de reconstrução social, sem discriminação ou diferenciação, desse modo também fornecendo subsídios para o desenvolvimento de futuras políticas públicas e estratégias educativas que favoreçam a prevenção do CCU e que atendam as peculiaridades vivenciadas nas comunidades quilombolas.

Considerando a população participante da pesquisa os riscos os quais as participantes se submeteram foram referentes à dimensão intelectual pela possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; Desconforto/ Vergonha; além disso não se percebe nenhuma complicação evidente, a não ser o cuidado, zelo e guarda, bem como o sigilo profissional, referente às informações relatadas durante a entrevista, portanto os riscos relativos à integridade das mulheres que participaram desta pesquisa são consideradas pela pesquisadora como mínimos.

Tendo em vista que a contribuição destas se deu somente pelo fornecimento de informações relacionadas à sua realidade e conhecimento acerca do tema estudado, afirma-se que a identidade das mesmas foi preservada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram baseados na amostra das 80 mulheres, onde foi possível caracterizar o perfil sócio econômico das participantes (**Figura 1**) mediante as respostas das frequências principais, desse modo, pode-se afirmar que as entrevistadas desta pesquisa têm o seguinte perfil: idade entre 18 a 33 anos (43,8%), religião católica (92,5%), solteira (52,6%), ensino médio completo (31,3%). Quanto a situação econômica 33 (41,2%) não possuem atividade remunerada, 31 (38,8%) não trabalhando e tendo seus gastos pagos pela família, 30 (37,5%) possuindo a renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos e 29 delas (36,2%) têm cinco membros da família vivendo desta renda.

Referente aos dados socioeconômicos os parâmetros de faixa etária e escolaridade são congruentes com o achado por Mesquita *et al.*, (2020), o qual no seu estudo destacou a maior porcentagem como sendo de 25 a 44 anos, e a ampla maioria não teria estudado além do ensino médio completo. No que diz respeito a religião, estado civil e situação econômica existe grande compatibilidade com o encontrado por Melo *et al.* (2019), Silva *et al.* (2015) e Rosa *et al.* (2018) destacando a religião católica, estado civil com a maioria das mulheres solteiras ou com união estável/casadas e com situação econômica com renda mensal não superior a 2 salários mínimos.

Quanto aos dados antropométricos, verificou-se Índice de Massa Corporal (IMC) entre 19,4 e 47,0 (média= 26,68; dp= 4,42), sendo a média considerada acima da normalidade. Os dados revelaram ainda que 42,5% estavam dentro do parâmetro considerado normal, 35% com sobrepeso e 22,5% em obesidade (grau I, II e III), totalizando 57,5% com excesso de peso (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Apresentação da estatística descritiva dos dados antropométricos das mulheres quilombolas, Macapá, Amapá, 2020.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
PESO	80	46,0	110,0	69,34	11,85
ALTURA	80	148,0	173,0	161,06	6,57
IMC	80	19,4	47,0	26,68	4,42
CC	80	62,0	126,0	86,97	15,36
CQ	80	81,0	141,0	106,77	12,74
CC/CQ	80	0,64	1,06	0,81	0,07

Fonte: Dados da pesquisa.

O estudo de Vieira *et al.* (2019) também destaca a alta prevalência de sobrepeso e obesidade na população feminina da comunidade quilombola Adelaide Maria da Trindade Batista localizada no estado do Paraná. Os resultados sugeriram que as mulheres com excesso de peso têm até 67 vezes mais chance de risco aumentado que as eutróficas, em relação as doenças crônicas não transmissíveis, ressaltando-se as neoplásicas.

Em concordância com este achado, Mussi *et al.* (2018) realizou uma pesquisa na comunidade quilombola de Tomé Nunes no estado da Bahia, identificando que existe uma importante prevalência de excesso de peso entre a população, sendo representada por quase um terço dos adultos quilombolas, com destaque para o sexo feminino que apresentou esse aumento considerável do IMC, associado ainda ao estado de saúde e fatores indicativos de comorbidades, como maior pressão arterial média. Congruente com o estudo em pauta, Soares; Barreto (2014) evidenciaram que a população adulta quilombola no sul do Estado baiano, apresenta prevalência de 42% de excesso de peso, sendo em sua maioria mulheres.

Outros trabalhos desenvolvidos com comunidades quilombolas também corroboraram a afirmação sobre o sobrepeso e a obesidade como um achado importante para a saúde pública dessa população, em especial as mulheres residentes dentro desses locais. O aumento do IMC entre os quilombolas se associou com sexo feminino, autoavaliação negativa de saúde e maiores níveis pressóricos médios. Destacaram ainda, que a prevalência desses eventos de forma elevada, justifica a necessidade de ações específicas para o controle desse fator de risco. Sabendo que as DCNT têm um número aumentado de casos em grupos mais vulneráveis e pobres no Brasil (ALVES *et al.*, 2011, KRUGER *et al.*, 2012, MOTALA *et al.*, 2011).

No que diz respeito a aferição da relação entre CC/CQ houve o registro entre 0,64 e 1,06 (média=0,81; dp=0,07) e constatar que 68,75% mulheres possuem baixo risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis Neoplásicas, enquanto que 31,25% apresentaram alto risco para o acometimento por essas doenças. Esse resultado foi muito semelhante ao de Vieira *et al.*, (2019) no qual a razões circunferência cintura/ circunferência quadril (CC/CQ) teve a média de 0,8338, onde os autores explanaram esse achado através dos parâmetros de CC, CQ, Peso e Massa corporal gorda.

A **tabela 2** diz respeito a avaliação do conhecimento em relação ao exame preventivo do câncer de colo uterino.

Tabela 2 - Descrição das perguntas referentes ao conhecimento sobre o exame preventivo do CCU, Macapá, Amapá, 2020.

Avaliação do Conhecimento	N	%
Você já ouviu falar sobre o exame de prevenção do CCU?		
Sim	80	100,0
Não	00	0,0
Você sabe para que serve este exame?		
Prevenir CCU	38	47,6
Outras finalidades	31	38,7
Não sabe	11	13,7
Você poderia dizer dois cuidados necessários para realizar este exame?		
Sim, pelo menos dois cuidados	44	55,0
Não, somente um cuidado	20	25,0
Não sabe	16	20,0

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a metodologia adotada, a avaliação do conhecimento sobre o exame preventivo do CCU demonstrou que 51 (63,75%) entrevistadas não atenderam aos critérios estabelecidos e por isso a avaliação do conhecimento foi considerada inadequada. Apesar de 100% das participantes conhecerem ou já ouvirem falar sobre o exame, nem todas conseguiam destacar os cuidados necessários para a realização do mesmo e nem a finalidade para a sua própria saúde.

Tal achado é congruente com o estudo que visava identificar, em município no interior do Estado de Goiás, o conhecimento das mulheres que eram atendidas pelas equipes de estratégia saúde da família, no que diz respeito ao exame preventivo do câncer de colo do útero. Os autores conseguiram encontrar que 100% das mulheres que participaram do estudo e tinham a idade entre 18 e 50 conheciam o exame, no entanto, ao se questionar sobre a finalidade, essa taxa decaiu, pois nem todas conseguiam relatar que ele é utilizado para o rastreamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino (SILVA *et al.*, 2015).

No estudo de Sena; Sousa; Gradella (2018) é possível identificar que em relação ao nível de conhecimento sobre o exame Papanicolaou das 360 mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde do norte do Estado do Espírito Santo, 98,89% sabiam da existência do exame. No entanto, ao realizar a avaliação deste conhecimento em relação aos parâmetros do inquérito CAP, somente 78,06%

apresentaram o conhecimento adequado, pois apesar de quase a totalidade já conhecer o exame, nem todas sabiam o seu objetivo principal.

A pesquisa realizada por Melo *et al.*, (2019), em consonância com o presente estudo identificou que apenas 35,2% das mulheres foram classificadas com o conhecimento adequado, sendo bem semelhante ao que foi encontrado na comunidade quilombola do Curiaú, onde somente 36,25% das mulheres obtiveram o conhecimento adequado. Os autores ainda justificaram que apesar das participantes já terem ouvido falar do exame, essas desconhecem a sua finalidade, os cuidados antes da realização e/ou sua periodicidade. Algumas das participantes relataram que somente realizavam o exame, porque em algum momento ele foi solicitado por um profissional de saúde, o estudo destaca ainda que estes deveriam utilizar este momento para promover o conhecimento através da educação em saúde, mas não o fazem porque somente tinham o objetivo de atingir a meta de exames do município para garantir o valor repassado para o financiamento da saúde.

Seguindo a mesma linha de resultados o estudo de Vasconcelos *et al.* (2011), realizado na cidade de Fortaleza- CE, que tinha por objetivo investigar por meio do inquérito CAP, a realidade de usuárias atendidas em uma unidade básica de saúde, obteve um achado semelhante, constatando que apenas 40,4% alcançaram a classificação de conhecimento adequado. A maior parte das participantes respondeu que a finalidade do exame era detectar IST, HIV e corrimentos vaginais, os autores discorrem ainda que as ações educativas eram inexistentes e enfatizaram o distanciamento do profissional enfermeiro dessas atividades, pois estes priorizavam o atendimento em consultas individuais.

Ao realizar um estudo qualitativo sobre o exame preventivo do CCU entre as mulheres de Nepal, Andersen *et al.* (2020), observou que uma opinião comum entre as participantes foi que o câncer cérvico-uterino é “perigoso, incomum e requer cirurgia”. No entanto, ficou evidente que algumas participantes nunca tinham ouvido falar sobre e a falta de consciência dos sintomas significava que as mulheres procuravam atendimento médico apenas quando surgiam sintomas físicos que impediam seu comparecimento precoce às clínicas para exames regulares. Consequentemente, se não apresentavam nenhum tipo de sintoma, não experimentavam dificuldades durante a relação sexual ou apresentavam corrimento anormal, não sentiam necessidade de procurar atendimento médico.

Os autores Silveira *et al.* (2016), visavam encontrar a distribuição da avaliação do CAP sobre o exame colpocitológico e verificar se existia associação entre essa realidade e a faixa etária. Diante disso, identificou-se que o grupo das adolescentes foi o que mais se destacou com altos percentuais de inadequabilidade. Embora o conhecimento inadequado tenha tido altas taxas em todas as faixas etárias, foi significativamente superior entre as adolescentes ($p=0,000$), atingindo aproximadamente 100% desse grupo, isso foi possível ao se utilizar o teste estatístico do qui-quadrado de Pearson, segundo os autores este achado pode ser referente ao assunto ser considerado como tabu entre esta faixa etária e por isso não explorado da melhor forma possível.

No que se refere a atitude em relação ao exame preventivo do CCU, 40% das mulheres quilombolas realizavam o exame com o objetivo principal, que é de detectar precocemente lesões precursoras do câncer de colo de útero, no entanto, 36,3% destacavam outros objetivos como: “verificar IST” “saber como está tudo bem com o útero” e 23,7% simplesmente não sabiam para que servia (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Descrição das perguntas referentes a atitude sobre o exame preventivo do CCU, Macapá, Amapá, 2020.

Avaliação da atitude		
Por que você realiza esse exame?	N	%
Prevenir CCU	32	40,0
Outras finalidades	29	36,3
Não sabe	19	23,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Diante disso, após a avaliação que obedeceu aos critérios metodológicos estabelecidos pelo inquérito CAP, somente 30% das participantes tiveram sua atitude considerada adequada e 70% das entrevistadas não atenderam aos parâmetros necessários e por isso tiveram sua avaliação com inadequabilidade.

Melo *et al.* (2019) identificou que quanto a atitude, as mulheres possuem adequação de 98%, observou que muitas, apesar de não terem conhecimento adequado, possuem atitudes corretas com relação ao exame. Segundo os autores, a atitude adequada pode interferir positivamente em uma boa prática de saúde, pois reflete o que a mulher pensa sobre o exame, e achá-lo importante predispõe a sua adesão.

Mesquita *et al.* (2020), evidenciou em seu estudo que (97,5%) possuíam atitude adequada, pois achavam importante a realização do exame preventivo do câncer do colo uterino. Em oposição a esse achado Silveira *et al.* (2016), encontrou que não obstante os percentuais de atitude inadequada foram inferiores aos do conhecimento, como estes são altos durante a adolescência e decaem com o avançar da idade ($p=0,000$).

Para o estudo de Oliveira (2017) ocorreram diferenças significativas entre a variável atitude adequada e escolaridade ($p < 0,001$). O estudo realizado identificou que entre as idosas de maior escolaridade os índices de adequação de atitude forem consideravelmente superiores àquelas que se possuíam uma escolaridade mais baixa. Nos demais fatores (idade, estado civil, residência próxima à unidade de saúde e início da atividade sexual), não foram observadas diferenças significativas.

Percebe-se então que, esta pesquisa vai em contramão da literatura existe, pois em sua maioria apresenta as mulheres com atitude adequada. E nesta pesquisa foi diferente, já que a maioria possuiu atitude inadequada. Isto pode ser justificado com o fato de que dentro da avaliação do inquérito CAP, foi estabelecido que para a adequabilidade da atitude a participante da pesquisa deveria possuir concomitantemente a avaliação do conhecimento adequada, isso reduziu consideravelmente a proporção da porcentagem encontrada.

No que se refere à prática do exame preventivo do CCU, verificou-se que 30 (37,5%) fazem o exame anualmente, no entanto as outras 50 entrevistadas (62,5%) diluíram as suas respostas nas diferentes opções, o que nos desperta atenção é o quantitativo de mulheres que nunca se submeteram a realização do exame preventivo do CCU, 19 mulheres (23,7%), relataram não ter realizado nenhuma vez o exame durante toda sua vida, porcentagem relativamente alta para a população estudada.

Para aquelas que já tinham realizado o exame indagou-se quando foi realizado o exame pela última vez, e permaneceu o mesmo quantitativo de 30 (37,5%) que haviam realizado há menos de 3 anos, perguntou-se ainda se houve retorno para receber o resultado do último exame, e 16 (20%) entrevistadas disseram que não ou não lembravam se haviam retornado, das que retornaram foi questionado se mostrou o resultado para algum profissional de saúde no qual 5 (6,25%) disseram que não (Tabela 4).

Tabela 4 - Descrição das perguntas referentes à prática do exame preventivo do CCU, Macapá, Amapá, 2020.

Avaliação da prática		
Você realiza o exame com que periodicidade?	N	%
<1 ano	16	20,0
Anualmente	30	37,5
2/2 anos	07	8,8
3/3 anos	08	10,0
>3 anos	00	0,0
Nunca realizei	19	23,7
Quando você realizou este exame pela última vez?		
≤ 3 anos	30	37,5
> 3 anos	25	31,3
Não sabe/não lembro	06	7,5
Nunca realizei	19	23,7
Você retornou para receber o resultado do último exame?		
Sim	45	57,25
Não	13	16,25
Não sabe/ Não lembra	03	3,75
Você mostrou o resultado para algum profissional de saúde?		
Sim	40	50,0
Não	05	6,25
Não sabe/ Não lembra	00	0,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Diante disso, 30 (37,5%) entrevistadas tiveram sua prática considerada adequada, pois atenderam aos seguintes critérios preestabelecidos: 1. Havia realizado seu último exame preventivo, no máximo, há três anos; 2. Retornou para receber o último resultado do exame realizado e/ou buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame. Em contrapartida 50 (62,5%) obtiveram avaliação inadequada, pois não alcançaram os parâmetros necessários.

O estudo de Mesquita *et al.* (2020), demonstrou que 94 mulheres (58,8%) obtiveram a prática adequada, pois haviam realizado exame nos últimos 3 anos. Esses achados corroboram com estudo de Mapanga, Girdler-Brown e Singh (2019) que também buscou evidenciar o conhecimento, atitudes e práticas de mulheres no Zimbábue na região da África Subsaariana sobre câncer cervical e HPV, métodos atuais de triagem e vacinação, onde identificou-se que as mesmas demonstram ter o inquérito CAP adequado sobre o exame, mas não tinham conhecimento frente aos fatores de risco para a o desenvolvimento da doença.

Melo *et al.* (2019), identificou que dentre as mulheres investigadas 70,6% praticavam ações de prevenção ao câncer. E descrevendo o processo relacionado ao exame preventivo 94,6% possuem adesão a este instrumento de detecção precoce,

67,4% praticam anualmente, 87% não ultrapassam o período de três anos para refazer o exame. Ainda foi possível verificar que 61,2% das entrevistadas realizaram o exame no último ano; 85,8% das que realizaram regressaram para receber o resultado e 10,4% não o fizeram; a ampla maioria mostrou o resultado a algum profissional de saúde. Os autores destacaram as principais causas da não realização do exame dentre as participantes, foram eles: falta de interesse, vergonha, falta de tempo e ausência de parceiro sexual.

Na pesquisa de Sena; Sousa; Gradella (2018), 96,67% das participantes já havia realizado o exame PCCU pelo menos uma vez durante a vida, no entanto, dessas somente 39,72% realizavam o procedimento com a periodicidade de um ano. Na avaliação dos autores eram consideradas com prática adequada as mulheres que haviam realizado o último exame há no máximo três anos, e por isso a totalidade resultou em 95,00% com adequabilidade da prática. Mesmo que a maioria da amostra já havia realizado o exame preventivo alguma vez, os autores identificaram algumas barreiras que dificultam a prática e o acesso ao serviço, são eles: vergonha, dificuldade para marcar consulta e descuido ou esquecimento.

Em consonância com o evidenciado, é possível destacar que a vergonha, é considerada uma das maiores dificuldades que interfere na realização periódica do exame de PCCU. A exposição da genitália e a imagem negativa/tabu que isto envolve, pode estar diretamente ligada a essa realidade, principalmente quando o procedimento é realizado por profissionais de saúde do sexo masculino. O mal estar e o desconforto da posição ginecológica deve ser contornado por quem está realizando o exame, de forma que se construa uma relação de confiança e um ambiente acolhedor entre o profissional/paciente, isto se dá quando, se informa sobre o procedimento, a finalidade, os benefícios, e outros aspectos que possam sanar as dúvidas das mulheres. Ressaltou-se a necessidade de uma atenção dos gestores para a marcação de consulta e desse procedimento, evitando ao máximo, que estas mulheres peregrinem ao buscar esse atendimento o qual é extremamente essencial para a saúde da mulher (SENA; SOUSA; GRADELLA, 2018).

Silveira *et al.* (2016), relacionou a não realização do exame, de forma periódica, a aspectos socioeconômicos e encontrou que a baixa escolaridade, ausência de parceiro sexual, os extremos de idade (mulheres mais jovens e de idade mais avançada), incompatibilidade de horário, dificuldade de acesso, e fatores relacionados a questões estruturais como: distância de unidades de saúde, falta de

materiais, dificuldade de transporte e aspectos burocráticos interferem diretamente na adesão ou não – adesão ao exame citopatológico uterino. Evidenciou-se ainda que informações equivocadas sobre a realização do exame, como: somente realizar quando a mulher estiver com sintomas ginecológicos ou sentindo dores na relação sexual, são barreiras frequentes para a cobertura mais ampla dessa ferramenta de detecção precoce do CCU (SILVEIRA *et al.*, 2016).

O estudo de Darj; Chalise; Shakya (2019), realizado no Nepal, observou que as principais barreiras para a não realização do rastreamento de CCU foram também relacionadas a questões socioculturais, sendo incluso desconfiança, experiências negativas em exames anteriores, influência geográfica e limitações financeiras, dessa forma, interferindo em suas decisões para a realização ou não do exame preventivo.

A **Tabela 5** investiga a existência de fatores significativamente associados ao inquérito CAP inadequado das participantes. Para tal, a frequência de mulheres com CAP inadequado no grupo onde o fator avaliado é ausente foi comparada com a frequência de mulheres no grupo onde o fator avaliado está presente. A análise é feita somente para fatores com frequência maior de 10% e menor que 90% na amostra e a significância da diferença entre as duas frequências é avaliada pelo teste qui-quadrado ou pelo teste Exato de Fisher adequadamente.

Tabela 5 – Associação de fatores com as variáveis do inquérito CAP, Macapá, Amapá, 2020.

VARIÁVEL	Fator*	Frequência do fator				p-valor do teste qui-quadrado	OR	IC _{95%} da OR
		No grupo em que o fator é ausente		No grupo em que o fator é presente				
CONHECIMENTO	Obesidade	36	58,1%	15	83,3%	0,049	3,61	1,05-13,77
	Alto Risco Neoplásico	30	54,5%	21	84,0%	0,011	4,34	1,33-14,44
ATITUDE	Obesidade	39	63,9%	16	88,9%	0,043	4,51	1,05-21,48
	Já fez exame CCU	19	100%	36	60,0%	0,001	NC	NC
PRÁTICA	Já fez exame CCU	19	100%	31	50,8%	<0,001	NC	NC
	Fez mais de um exame CCU	25	75,8%	25	53,2%	<0,001	2,75	1,03-7,35

Fonte: Dados da pesquisa.

O conhecimento inadequado e a atitude inadequada estão significativamente associados à obesidade, estima-se daí que a chance de uma mulher obesa apresentar conhecimento inadequado sobre o exame CCU é 3,61 vezes a chance de uma mulher não obesa apresentar conhecimento inadequado sobre o exame CCU (p -valor=0,049; IC^{95%}OR: 1,05 -13,77). E para a chance de uma mulher obesa apresentar uma atitude inadequada é 4,51 vezes a chance de uma mulher não obesa apresentar atitude inadequada sobre o exame CCU (p -valor=0,043; IC^{95%}OR: 1,05- 21,48).

Este achado no estudo é um ponto relevante, pois a pesquisa de Okoro *et al.* (2020), que realizou um comparativo entre mulheres obesas e não obesas na Clínica de Triagem do Câncer Cervical-Uterino, na cidade de Enugu (Nigéria) entre os anos de 2012 e 2013. Destacou 76% das mulheres obesas apresentaram resultado negativo para lesão intraepitelial ou malignidade (NILM), e 24% apresentaram anormalidades de células epiteliais cervicais (CEA). Enquanto que entre as mulheres não obesas 91% tinham NILM e somente 9% restantes tinham CEA. Diante disso os autores destacaram que a prevalência de CEA entre todas as participantes do estudo foi de 16,5% e houve associação entre obesidade e CEA [OR (IC 95%) = 1,353 (1,013–1,812); Valor P = 0,04], ressaltando a necessidade de uma mudança positiva de comportamento entre as mulheres no que diz respeito ao excesso de peso.

Destacando um olhar ainda mais atento para essa realidade ora apresentada, Paiva (2018) indica a associação existente entre obesidade e câncer, e explica que tal situação pode estar relacionada a alterações metabólicas dos hormônios endógenos, incluindo a insulina e seus fatores anabólicos, desse modo, contribuindo para o desenvolvimento de neoplasias, através do efeito promotor de crescimento e de esteroides sexuais que levam a um desequilíbrio entre proliferação, diferenciação e apoptose celular, no entanto, enfatizou que a compreensão destas relações de mecanismos fisiopatológicos e biológicos estão em construção de associações e ainda no início de estudos sobre as suas correlações.

Outro fator associado ao conhecimento identificado no presente estudo é o alto risco de desenvolvimento neoplásico, avaliado pela razão CC/CQ, onde a chance de uma mulher em alto risco apresentar conhecimento inadequado sobre o exame CCU é 4,34 vezes a chance de uma mulher que não está em alto risco expressar essa condição (p -valor=0,011; IC^{95%}OR: 1,33- 14,44).

A gordura localizada na região abdominal está associada ao risco aumentado para o desenvolvimento de cânceres, nas mulheres as neoplasias de endométrio e de mama, possuem evidências que afirmam que o excesso de peso tende a aumentar a exposição à progesterona e estrógeno (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013). Pinheiro *et al.* (2015), corroborou esta afirmação ao apresentar que a obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento de câncer, mas um fator modificável e por isso a necessidade de se enfatizar a associação existente com as doenças neoplásicas para assim ser compreendida como um perigo a saúde da mulher. Sabendo então que ao se comparar mulheres com sobrepeso/obesidade e mulheres eutróficas em tratamento de câncer as mulheres que estão acima do peso tem um risco elevado para desenvolverem metástases e maior taxa de mortalidade.

Os autores Figueiredo *et al.* (2016) em seu estudo, evidenciaram que o excesso de peso e a obesidade, estão relacionados a um prognóstico ruim durante o tratamento do câncer de mama, pois identificou que as mulheres que tinham essa condição desde o diagnóstico da doença e durante todo o tratamento, tinham uma pior sobrevida com a doença quanto para a sobrevida global. No seu artigo, analisaram um total de 50 participantes no tratamento da neoplasia mamária, e encontraram que 92% das pacientes tinham circunferência de cintura acima de 80 cm, o qual é um achado característico de adiposidade central e 38% delas possuíam um IMC indicativo de obesidade ($> 30 \text{ kg/m}^2$).

A prática inadequada está significativamente associada ao fato de a mulher nunca ter feito um exame CCU. A razão de chances neste caso não é calculável devido a existência desta frequência 100%. Mas a razão de prevalências é igual a 1,97, ou seja, a proporção de mulheres com prática inadequada entre as que nunca fizeram o exame é 1,97 vezes a proporção de mulheres com prática inadequada entre as que já fizeram o exame ($p\text{-valor} < 0,001$). A prática inadequada também está significativamente associada ao fato de a mulher não ter feito mais de um exame CCU, estima-se que a chance de uma mulher que não fez mais de um exame CCU apresentar prática inadequada é 2,75 vezes a chance de uma mulher que fez mais de um exame CCU apresentar prática inadequada ($p\text{-valor} < 0,001$; $IC^{95\%}OR$: 1,03- 7,35).

A análise da **Tabela 6** investiga a existência de variáveis quantitativas ou com distribuição ordinal significativamente associadas à inquérito CAP das participantes. Para tal, a distribuição de cada uma destas variáveis no grupo com CAP adequado foram comparadas com a respectiva distribuição no grupo com CAP inadequado. A

tabela traz a resposta mínima, mediana e máxima em cada grupo e a significância da diferença entre as duas distribuições é avaliada pelo teste de Mann-Whitney.

Tabela 6- Associação do IMC e variáveis ordinais com o inquérito CAP, Macapá, Amapá, 2020.

Fator	Variável	Resposta no grupo com fator adequado			Resposta no grupo com fator inadequado			p-valor do teste de Mann-Whitney
		Mín	Mediana	Máx	Mín	Mediana	Máx	
CONHECIMENTO	IMC	19,0	25,0	34,0	21,0	27,0	47,0	0,018
	Faixa Etária	1,0	2,0	4,0	1,0	2,0	4,0	0,945
	Escolaridade	1,0	5,0	7,0	1,0	5,0	8,0	0,296
	N ° de Filhos	0,0	2,0	4,0	0,0	2,0	4,0	0,612
	Renda mensal familiar	1,0	2,0	5,0	1,0	2,0	5,0	0,073
ATITUDE	IMC	19,0	25,0	34,0	21,0	27,0	47,0	0,029
	Faixa Etária	1,0	2,0	4,0	1,0	2,0	4,0	0,716
	Escolaridade	1,0	5,5	7,0	1,0	5,0	8,0	0,108
	Nº de Filhos	0,0	2,0	4,0	0,0	2,0	4,0	0,743
	Renda mensal familiar	1,0	2,0	5,0	1,0	2,0	5,0	0,141
PRÁTICA		Nenhuma variável teve relação						

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados mostram que de todas as variáveis avaliadas, o IMC é a única variável associada ao conhecimento e a atitude inadequada (p-valor=0,018 do teste de Mann-Whitney). Comparando os parâmetros da distribuição do IMC dos dois grupos (mínimo, mediana e máximo), conclui-se que o IMC das mulheres que tem conhecimento e atitude inadequada sobre o exame CCU é, em termos medianos e geral, maior que o IMC das mulheres que tem conhecimento adequado. Este resultado corrobora o resultado da **Tabela 5** que mostrou associação significativa entre a obesidade e o alto risco neoplásico dado pela razão CC/CQ e o conhecimento inadequado.

Este achado é preocupante, pois de acordo com Paiva (2018) a concentração de tecido adiposo obeso, pode resultar em um crônico processo inflamatório que influencia de forma negativa na formação de tumores, pois este é responsável pelo

recrutamento das células de defesa denominadas de macrófagos. O autor expõe ainda que o tecido adiposo é responsável por uma diversa quantidade de enzimas que metabolizam os hormônios esteroides, se tornando assim o principal local de síntese de estrogênio (hormônio sexual) em mulheres em pós-menopausa.

O estudo de Rezende *et al.* (2018), feito em parceria do Instituto Nacional do Câncer, utilizando dos dados disponíveis do Observatório Global do Câncer, trouxe achados importantíssimos ao relacionar-se excesso de peso e obesidade com os casos de neoplasia no país. Assim foi possível identificar que 3,8% dos casos no ano de 2012 estavam ligados ao IMC elevado, sendo ainda em maior quantidade no sexo feminino. Identificou que a maioria dos locais onde se encontravam os tumores eram: mama, útero e cólon, estimando ainda que no ano de 2025 os casos de neoplasias associados ao alto IMC alto chegarão a 29.490 novos casos e serão 4,6% de todos os cânceres do país, prevalecendo com as maiores taxas em mulheres

Bhaskaran *et al.* (2014), investigou em seu trabalho no país do Reino Unido, através de um estudo de coorte de base populacional com 5,24 milhões de adultos e evidenciou que de 22 tipos de neoplasias estudadas, 17 delas estavam diretamente relacionadas ao índice de massa corpórea, e constatou que a cada aumento de 5 kg/m² no IMC aumentasse também de forma proporcional o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis neoplásicas, em destaque o câncer de colo uterino, e destacou que 41% dos casos de tumores uterinos foram atribuídos ao excesso de peso. E enfatizou que a cada aumento de 1 kg/m² no IMC da população resultaria em 3790 novos casos anuais de câncer relacionados com o alto IMC.

No presente estudo foi possível identificar que nenhuma das variáveis avaliadas na Tabela 7 tem associação significativa com a prática inadequada (todos os p-valores são maiores que 5%). Logo, a prática inadequada com o exame CCU ocorre independente do IMC da mulher, da sua faixa etária, da escolaridade, do número de filhos e da renda mensal familiar.

Em contrapartida o estudo de Sena; Souza; Gradella (2018), encontrou que a prática do exame estava associada estatisticamente aos seguintes fatores: idade e início da atividade sexual. Os autores afirmaram ainda, que as mulheres na faixa etária de 45 a 64 anos apresentaram maior percentual de prática adequada do que as mulheres mais jovens, assim como o conhecimento. Evidencia-se, ainda, que o início precoce da atividade sexual promove grande influência sobre a prática das mulheres,

visto que quanto mais cedo foi o início da vida sexual menor foi a frequência de prática adequada.

No que diz respeito a faixa etária, escolaridade e renda familiar encontradas, estudos semelhantes como, Silva *et al.* (2015), Silveira *et al.* (2016), Sena; Sousa; Gradella (2018) e Mesquita *et al.* (2020), apresentaram resultados compatíveis, demonstrado que a população quilombola não se diferencia nesse aspecto a outra população quando questionada sobre o exame preventivo. Destaca-se que estas variáveis relacionadas as condições de vida estão diretamente ligadas a baixa adesão ao exame preventivo, pois as mulheres que possuem um maior grau de estudo, tendem a possuir maior conhecimento sobre a importância e em consequência disso buscam de forma mais efetiva o serviço de saúde.

Oliveira; Guimarães; França (2014) verificaram em seu estudo uma prevalência de 27,3% para não realização do exame Papanicolaou entre as mulheres quilombolas de Vitória da Conquista, que se associou de forma independente à faixa etária entre 18-29 anos, 50-59 anos e não ter nenhum nível de instrução, dentre essas, 45,3% (n=43) tinham idade entre 18 e 24 anos e afirmaram ser sexualmente ativas.

6 CONCLUSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram que as participantes apresentam baixo conhecimento, atitude e prática no que diz respeito ao exame preventivo do câncer de colo uterino, apesar da maioria conhecer o exame ou já ter realizado alguma vez na vida, esta não conhece a sua principal finalidade, os cuidados necessários ou não possuem práticas de um cuidado a saúde de qualidade.

As mulheres quilombolas deste estudo apresentam algumas características sociodemográficas que são fatores de risco para o desenvolvimento do CCU, tais como baixa escolaridade e baixa renda familiar, em relação a avaliação dos dados antropométricos destaca-se o excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) como um achado relevante e que se deve ter uma atenção especial.

Portanto, a educação em saúde de forma mais efetiva dentro da comunidade quilombola, pode transformar essa realidade, sabendo que as ações educativas promovem uma melhor adesão ao exame e melhores condições de saúde para estas mulheres. Destacando um cenário onde o papel do enfermeiro educador é capaz de influenciar nos comportamentos da população em relação ao exame e também desmitificar e esclarecer alguns mitos e dúvidas que são comuns nesse aspecto.

Além disso, o levantamento de dados das mulheres que realmente realizam ou/não o exame preventivo do câncer de colo uterino nas comunidades quilombolas, auxilia a criação e desenvolvimento de propostas que podem melhorar a administração pública dos serviços de saúde nessas áreas que exigem uma demanda diferenciada quanto a realidade cultural e sociológica, garantindo os insumos necessários para a realização e regularidade do exame, bem como dos seus resultados.

Diante da conjuntura, é possível traçar algumas considerações e proposições a partir do estudo, a primeira delas é que se tem a necessidade de ampliação do estudo para outras comunidades quilombolas do Amapá, haja vista que a realidade da comunidade quilombola do Curiaú pode não refletir as mesmas condições das outras no Estado, principalmente no aspecto relativo aos acessos de serviços de saúde e no perfil socioeconômico.

Desse modo, destaca-se ainda que a implementação de ações voltadas a orientações relacionadas a saúde sexual e reprodutiva iniciadas dentro das escolas,

de forma lúdica ou com a utilização do uso das novas tecnologias de informação e comunicação, poderá servir de base para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, como o HPV e reduzindo consideravelmente condições que tem alta propensão para o diagnóstico do câncer de colo uterino.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J.G. *et al.*, Obesity patterns among women in a slum area in Brazil. **Journal of health, population, and nutrition**, v. 29, n.3, p. 286, 2011.
- ALVES, J. E. D. **As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: “o choque de civilizações” versus progressos civilizatórios.** Livros, p. 21-47. 2015.
- AMARAL, M.; GONÇALVES, A.; SILVEIRA, L. Prevenção Do Câncer De Colo De Útero: a Atuação Do Profissional Enfermeiro Nas Unidades Básicas De Saúde. **Rev. Cient. FacMais**, v. 8, n. 1, p. 28. 2017.
- ANDERSEN, J.G *et al.*, Barriers and facilitators to cervical cancer screening uptake among women in Nepal - a qualitative study, **Women Health**, v.60, n.9, p.963-974, 2020.
- BHASKARAN, K. *et al.* Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5-24 million UK adults. **The Lancet** **384.9945**, p. 755-765, 2014.
- BATISTA, A. F. C.; CALDAS, C. P. Fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico. **Revista Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1–6. 2017.
- BORBA, A. K. O. T *et al.* Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 125–136. 2019.
- BRASIL. SENADO FEDERAL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações determinadas pelas emendas Constitucionais de revisão nº 1 a 6/94, pelas emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legis. **Constituição da República Federativa do Brasil**, v. 1, p. 496. 1988a.
- _____. Lei nº 7.668, de 22 de agosto de 1988. Autoriza o Poder Executivo a constituir a Fundação Cultural Palmares - FCP, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília. v. 46. 1988b.
- _____. DECRETO Nº 4.887. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**. v. 14, n. 1, p. 1–26. 2003.
- _____. Portaria nº 399/GM, 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. 2006.
- _____. **I Seminário Nacional de Saúde da População Negra: Síntese do Relatório.** 18 a 20 de agosto de 2004. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2. ed. Brasília. p. 70. 2007.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **DECRETO Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2011b.

_____. **RESOLUÇÃO Nº 466,** de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União.** p. 32. 2012.

_____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da Mama.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2013a.

_____. PORTARIA Nº 1.834, de 27 de agosto de 2013. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União.** p. 14–16. 2013b.

_____. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 1. reimpr. Brasília. 2013c.

_____. **População Negra População Negra uma política do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2. ed. Brasília. 2013d.

_____. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília. p.176. 2014.

_____. **Pesquisa de Conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira,** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília. p.170. 2016a.

_____. **Temático Saúde da População Negra.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília. p. 82 v. 7. n. 10. 2016b.

_____. PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional da Atenção Básica. Ministério da Saúde, gabinete do ministro. **Diário Oficial da União.** 2017a.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, v. 3, p. 60. 2017b.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Revista de Enfermagem UFPE on line,** [S.l.], v. 12, n. 4, p. 1037-1045, abr. 2018.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 34, n. 3, 2018.

CARVALHO, F. O.; ALTINO, K. K. M.; ANDRADE, E. G. da S. Motivos que

influenciam a não realização do exame de Papanicolau segundo a percepção de mulheres. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, [S. l.], v. 1, n. Esp 5, p. 416–424, 2018.

CARVALHO, K. F.; COSTA, L. M. O.; FRANÇA, R. F. A relação entre HPV e Câncer de Colo de Útero: um panorama a partir da produção bibliográfica da área. **Revista Saúde em Foco**. n. 11. 2019.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA. **Manual sobre ética em pesquisa com seres humanos**. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo. 2010.

COMITÊ NACIONAL DE TRIAGEM DO REINO UNIDO. **Changes to cervical cancer screening**. v. 118, n. 4, p. 105–108. 2016.

CUNHA, F. G.; ALBANO, S. G.. Identidades Quilombolas: políticas, dispositivos e etnogêneses. **Revista de Estudos Latinoamericanos**, v. 64. Ciudad de Mexico. jun. 2017.

DANNA, C. L. O teste piloto: uma possibilidade metodológica e dialógica na pesquisa qualitativa em educação. **I Colóquio Nacional: Diálogos entre linguagem e educação & VII Encontro do NEL.**, p. 2–6. 2012.

DARJ, E.; CHALISE, P.; SHAKYA, S. Barriers and facilitators to cervical cancer screening in Nepal: A qualitative study, **Sex Reprod Healthc**, v.20, p. 20-26, 2019.

DUARTE, G. S. **Plano de intervenção para diminuir o número de casos de câncer de colo de útero em vianópolis Betim –Minas Gerais**. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2017.

FAVERO, L. P *et al.* **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.

FERLAY, J *et al.* Reprint of: Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. **European Journal of Cancer**, v. 51, n. 9, p. 1201–1202. 2015.

FERNANDES, S. L.; SANTOS, A. O. Itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas de Alagoas, Brasil. **Interfaces Brasil/Canadá**. São Paulo. p. 127–143. v. 16, n. 2. 2016.

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**, 2018; v.39, n.1, 2016.

FIGUEIREDO, A. C. D. S. *et al.* Prevalence of obesity in women treated from breast cancer in an UNACOM in Juiz de Fora city. **Rev. bras. Mastologia**, v. 4, n.26, 2016.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (crqs). Portaria nº 88/2019. **Diário Oficial da União**. 2019.

GAO, B. *et al.* As características e fatores de risco da infecção pelo papilomavírus humano: um estudo ambulatorial de base populacional em Changsha, Hunan. **Sci Rep** v.11, 2021.

GARCIA, M *et al.* Identificação dos fatores que interferem na baixa cobertura do rastreio do câncer de colo uterino através das representações sociais de usuárias dos serviços públicos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1462-1477, 2021.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre. 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo : Atlas. 2008.

GURGEL, L. C *et al.* Percepção de mulheres sobre o exame de prevenção de colo de útero Papanicolau: Uma Revisão Integrativa da Literatura/. **Revista de psicologia**, v. 13, n. 46, p. 434-445, 2019.

GUTIERREZ, E. B *et al.* Fatores associados ao uso de preservativo em jovens - inquérito de base populacional. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, v. 22. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Falando sobre cancer do colo do útero**. Rio de Janeiro. p. 59. 2002.

_____. Programa Nacional de controle do cancer do colo de útero. **Revista e ampliada do Programa Viva Mulher**, p. 1–14. 2011.

_____. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. Rio de Janeiro. 2016.

_____. **Estimativa Incidência de Câncer no Brasil - Biênio 2018-2019**. v.1. 2018

JACINTHO, K. S *et al.* Factores que influyen en la prevención del cáncer de cuello uterino en la comunidad quilombolas. **Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades**, n. 50, p. 151–157. 2018.

JOHNSON, N. L. *et al.* Persistent disparities in cervical cancer screening uptake: knowledge and sociodemographic determinants of Papanicolaou and human papillomavirus testing among women in the United States. **Public Health Reports**, v. 135, n. 4, p. 483-491, 2020.

KALIYAPERUMA, K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **Community Ophthalmology**, v. 4, n. 1, p. 7–9. 2004.

KRUGER, A. *et al.* Sex differences independent of other psycho-sociodemographic factors as a predictor of body mass index in black South African Adults. **J Health Popul Nutr**, v.30, p.56-65, 2012.

LEUCHTENBERGER, R. **Representações sociais de mulheres quilombolas sobre gestação, parto e puerpério e suas práticas de cuidado em saúde**

reprodutiva. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Meio Ambiente) – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina. 2016.

LOEHDER, P; KÜMPEL, D. A.; HARTMANN, V. Estado nutricional de mulheres em quimioterapia de um hospital do norte do estado do Rio Grande do Sul. **BRASPEN J.** v. 34, n.1, p. 83-87. 2019

LOPES, A.; CHAMMAS R.; IYEVASU, H. **Oncologia para a Graduação**, 3. ed, São Paulo: Lemar, 2013.

MAHECHA-GAMBOA, L; VILLATE-SOTO, S; PUERTO-JIMÉNEZ, D. Conducta frente a la prueba de Papanicolaou: la voz de las pacientes ante la neoplasia de cuello uterino. **Rev. colomb. enferm** ; v.18, n.1, p. 1-13, 2019.

MEDRONHO, R. A *et al.* **Epidemiologia.** São Paulo. Editora Atheneu. 2009.

MELO, E. M. F. *et al.* Cervical cancer: knowledge, attitude and practice on the prevention examination. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 72, suppl 3, p. 25-31, 2019.

MESQUITA, A.D. *et al.*, Knowledge, attitudes and practices of women in the face of preventive cervical cancer test. **Journal Health NPEPS**, v.5, n.1, p. 261-275, 2020.

MOTALA, A. A., *et al.* The prevalence of metabolic syndrome and determination of the optimal waist circumference cutoff points in a rural South African Community, **Diabetes Care**, v.34, p.1032-7, 2011.

MOSS, J. L.; LIU, B.; FEUER, E. J. Urban/rural differences in breast and cervical cancer incidence: the mediating roles of socioeconomic status and provider density. **Women's Health Issues**, v. 27, n. 6, p. 683-691, 2017.

MUNHOZ, M.P *et al.* Efeito do exercício físico e da nutrição na prevenção do câncer. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 37, n. 2, p. 09-16, 2016.

MUSSI, R.F.F., QUEIROZ, B.M.; PETRÓSKI, E.L. Overweight and associated factors in Quilombolas from the middle San Francisco, Bahia, Brazil, **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 4, 2018.

NUNES, B. B. S.; MENDES, P. C. Políticas públicas de saúde reprodutiva: contexto histórico e implicações na maternidade em Uberlândia-MG. **Caminhos de Geografia.** v. 16, n. 53, p. 81–100. 2015.

OKORO, S.O. *et al.* Association between obesity and abnormal Papanicolau(Pap) smear cytology results in a resource-poor Nigerian setting. **BMC Womens Health.** v.9, n.20, p.119, 2020.

OLIVEIRA, M. V.; GUIMARÃES, M. D. C.; FRANÇA, E. B. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4535–4544, 22 out. 2014.

OLIVEIRA, M. M *et al.* Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180014. 2018.

OLIVEIRA, S.K.M *et al.* Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad saúde colet [Internet]**. v.22, n.3, p. 307-13, 2014.

OLIVEIRA, C. M. **Knowledge, attitudes, and practices related to the Pap smear among women with cervical cancer**, (Master in Gerontology). Universidade Católica de Brasília, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cancer control: knowledge into action. WHO Guide for Effective Programmes**. p. 50. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Comprehensive Cervical Cancer Control. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data**, p. 364. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa - HPV e câncer do colo do útero**. p. 1–7. 2018.

PAIVA, J.R. **O panorama brasileiro da obesidade: a estreita relação entre o ganho de peso e os principais tipos de cancer**. Monografia (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2018.

PAIVA, C. C. N.; CAETANO, R. Evaluation of the implementation of sexual and reproductive health actions in Primary Care: scope review. **Escola Anna Nery [online]**. v. 24, n. 1, 2020.

PINHEIRO, A. B. et al. Associação entre índice de massa corpórea e câncer de mama em pacientes de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Mastologia**, Salvador, v. 24, n. 3, p. 76-81, 2015.

PRATES, L. A. *et al.* Ser mulher quilombola: revelando sentimentos e identidades. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-9, 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale. 2013.

PRUDÊNCIO, L. **Itinerários terapêuticos de quilombolas: um olhar bioético sobre a atenção e o cuidado à saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2017.

QUEIROZ, S. **Território quilombola do Curiaú e área de proteção ambiental do rio curiaú : interpretações dos conflitos socioambientais pela economia ecológica**. Dissertação. (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido. Universidade Federal do Pará. Belém. 2007.

RAMOS-JARABA S.M; PINEDA M.C. Significados que construyen mujeres afrodescendientes frente al cáncer de mama y cuello uterino, atendidas en Medellín, Colombia. **Universidad y Salud**. v.20, n.2, p. 111-120, 2018.

REZENDE, L. F. M. *et al.* The increasing burden of cancer attributable to high body mass index in Brazil. **Cancer Epidemiology**, v. 54, p. 63-70, 2018.

ROCHA, S. M. M. **Perfil citopatológico de pacientes atendidas na Casa da Mulher e avaliação da atividade do ácido caurenóico contra linhagens de**

câncer cervical. Dissertação (Mestrado em Neurociências e Biologia Celular) – Universidade Federal do Pará, Belém. 2018.

ROCHA, K. T.; COTRIM, M.S.. Planejamento Sexual e Reprodutivo: fatores intervenientes e ações do enfermeiro. **Pontifícia Universidade Católica de Goiás.** Goiânia, Goiás. 2020.

ROSA, A. R. R *et al.* Exame Citopatológico Do Colo Do Útero: Investigação Sobre O Conhecimento, Atitude E Prática De Gestantes. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2. 2018.

SANTOS, F. N. **Fatores para a não adesão das mulheres ao exame de papanicolaou: em busca de evidências para a prática na atenção básica em saúde da família.** Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga. 2016.

SCHRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11–23. 2008.

SENA, L. X.; SOUZA, N. A.; GRADELLA, D. B. T. Conhecimento, atitude e prática do exame papanicolaou por mulheres do Norte do Espírito Santo. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer. Goiânia, v.15 n.27; p.102. 2018.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2017.

SILVA, E. O.; COELHO, M. C. V.; ATHAYDE, L. A. Alterações citológicas associadas a infecção pelo Papilomavirus Humano em mulheres atendidas em um hospital. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 1, p. 52-64, 2016.

SILVA, K. S.; SILVA, T. J. P; GONÇALVES, W. L. **PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL:** um recurso para a saúde sexual e reprodutiva de comunidade quilombola. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Amapá, Macapá. 2018.

SILVA, A. **Câncer do Colo do Útero:** a importância do exame citológico na sua prevenção. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – União Metropolitana de Educação e Cultura, Lauro de Freitas. 2017.

SILVA, R. B. L *et al.* Caracterização Agroecológica e Socioeconômica dos Moradores da Comunidade Quilombola do Curiaú, Macapá-AP, Brasil. **Biota Amazônia**, v. 3, n. 3, p. 113–138. 2013.

SILVA, E. C. A. S. *et al.* Conhecimento das mulheres de 18 a 50 anos de idade sobre a importância do exame de papanicolaou na prevenção do câncer de colo uterino no município de Turvânia-GO. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v. 8, n. 4, p. 99-202, 2015.

SILVA, A. B *et al.* Adesão das mulheres ao exame citopatológico para prevenção do câncer cervicouterino. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 3, p. 69-81, 4 abr. 2019.

SILVA, T. J. P *et al.* População quilombola e o câncer de colo uterino: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6514, 4 mar. 2021.

- SILVEIRA, N *et al.* Conhecimento, atitude e prática sobre o exame colpocitológico e sua relação com a idade feminina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24. 2016.
- SOARES, M. B. O.; PEREIRA, G. A.; SILVA, S. R. Fatores associados ao conhecimento sobre Papanicolaou. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 17 fev. 2020.
- SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 341-354, 2014.
- TEIXEIRA, L. Câncer de mama e de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas. In: **Câncer de mama e de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas**. 2015. p. 250-250.
- TSUCHIYA, C *et al.* O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 9, n. 1, p. 137–147. 2017.
- VASCONCELOS, C *et al.* Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1–9. 2011.
- VASCONCELOS, C. T. M. Efeitos de uma intervenção educativa no retorno das mulheres para receber o resultado do exame de Papanicolaou. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 1. 2008.
- VIEIRA, V.K. *et al.* Prevalência e preditores do excesso de peso e do risco cardiovascular em mulheres quilombola de palmas, PR. Curitiba: **Brazilian Journal Of Development**, v. 5, n. 12, 2019.
- VOLPATO, L. K *et al.* Associação entre a contracepção hormonal e lesões induzidas pelo vírus do papiloma humano no colo uterino. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 4, p. 196-202, 2018.
- ZANOTELLI, T. **A percepção de mulheres sobre o exame citopatológico**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Univates, Lajeada. 2013.

APÊNDICES

- (3) Ensino fundamental completo. (4) Ensino médio completo.
 (5) Superior incompleto. (6) Superior completo
 (7) Não sei.

09. Você exerce atividade remunerada?

- (1) Não. (2) Sim, regularmente, em tempo parcial.
 (3) Sim, regularmente, em tempo integral. (4) Sim, mas é trabalho informal.

10. Qual é sua participação na vida econômica da família?

- (1) Não trabalho e meus gastos são pagos pela família.
 (2) Trabalho e recebo ajuda financeira da família.
 (3) Trabalho e sou responsável apenas pelo meu sustento.
 (4) Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família.

11. Qual é sua profissão?

12. Qual é a renda total mensal de sua família? (Considere a soma de todos os salários dos membros de sua família. SM = Salário Mínimo Nacional.)

- (1) Até 1 SM
 (2) De 1,0 a 2,0 SM
 (3) De 2,0 a 3,0 SM
 (4) De 3,0 a 4,0 SM
 (5) De 4,0 a 5,0 SM
 (6) 5,0 SM ou mais

13. Você ou alguém da sua família recebe algum tipo de auxílio do governo ou do município? (exemplo: bolsa família, renda cidadã, distribuição de leite e/ou cesta básica e outros)

- (1) Sim (2) Não

Se sim, quais? (discriminar todos os auxílios recebidos) _____

14. Quantas pessoas vivem da renda familiar indicada na pergunta anterior?

- (1) Uma. (2) Duas. (3) Três.
 (4) Quatro. (5) Cinco. (6) Seis ou mais.

PARTE II- HÁBITOS DE VIDA

15. Com que frequência você pratica atividade física?

- (1) Sempre (2) Às vezes – 3 a 5 vezes na semana
 (3) Raramente – Menos de 3 vezes na semana (4) Nunca

16. Com que frequência você fuma?

- (1) Sim, diariamente (2) Sim, menos que diariamente
 (3) Já fumei, mas atualmente não (4) Não fumo

17. Em geral, quantos copos por dia você toma água?

- (1) 1 copo (2) 2 copos
(3) 3 copos ou mais (4) Nenhum

18. Em geral, quantos copos por dia você toma café?

- (1) 1 copo (2) 2 copos
(3) 3 copos ou mais (4) Nenhum

19. Em geral, quantos copos por dia você toma de suco de frutas natural?

- (1) 1 copo (2) 2 copos
(3) 3 copos ou mais (4) Nenhum

20. Em geral, quantos copos de refrigerante ou suco artificial você costuma tomar por dia?

- (1) 1 copo (2) 2 copos
(3) 3 copos ou mais (4) Nenhum

21. Com que frequência você costuma consumir alguma bebida alcoólica?

- (1) Não bebo nunca (2) Uma vez na semana
(3) Mais de uma vez na semana

22. Quantos anos você tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas?

PARTE III- ASPECTOS GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

23. Qual idade da primeira menstruação (menarca)?

- (1) <15 anos (2) 15-18 anos
(3) Acima de 18 anos

24. Qual idade de início da atividade sexual?

- (1) <15 anos (2) 15-18 anos
(3) Acima de 18 anos

25. Quantas gestações você já teve?

- (1) 1-2 gestações (2) >3 gestações
(3) Nenhuma

26. Você já teve algum aborto, se sim, quantos?

- (1) 1 (2) 2 (3) 3
(4) Nenhum

27. Qual o número de parceiros sexuais estáveis atualmente?

- (1) 1-2 parceiros (2) >3 parceiros
(3) Nenhum

28. Usa camisinha nas relações sexuais?

- (1) Sempre (2) As vezes
(3) Nunca

29. Usa métodos contraceptivos?

(1) Sim, qual? _____

(2) Não

30. Você tem ou já teve Infecções Sexualmente Transmissíveis?

(1) Sim, qual? _____

(2) Não

31. Você já realizou o exame preventivo do CCU?

(1) Sim

(2) Não

32. Se sim, qual o número de preventivos realizados?

(1) Um

(2) Dois a três

(3) Quatro a nove

(4) Dez ou mais

33. Qual o intervalo entre o último e o penúltimo exame?

(1) 0 a 6 meses

(2) 7 a 12 meses

(3) 13 a 24 meses

(4) > 24 meses

(5) Não realizei mais de um.

33. Se não, qual o motivo?

APÊNDICE B – INQUÉRITO CAP SOBRE O EXAME DE PCCU (VASCONCELOS, 2008)

CONHECIMENTO SOBRE O EXAME DE PREVENÇÃO DO CCU

A. Você já ouviu falar sobre o exame de prevenção do CCU? Resposta: ()

1- Sim 2-Não

B. Você sabe para que serve este exame? Resposta: ()

1- Prevenir o CCU 2- Outras finalidades, se sim, qual? _____ 3- Não sabe

C. Você poderia dizer dois cuidados necessários que a mulher deve tomar para realizar este exame? Resposta: ()

1- Não ter relação sexual nas 24hrs antes 2- Não estar menstruada 3-Não usar duchas ou cremes vaginais nas 48hrs antes do exame 4- Não sabe/não lembra

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO: ()1- Adequado ()2- Inadequado

ATITUDE SOBRE O EXAME DE PREVENÇÃO DO CCU

A. Por que você realiza esse exame? Resposta: ()

1- Prevenir o CCU 2-Outra causa, se sim, qual? _____ 3- Nunca fiz

AVALIAÇÃO DA ATITUDE: ()1- Adequada ()2- Inadequada

PRÁTICA EM RELAÇÃO O EXAME DE PREVENÇÃO DO CCU

A. Você realiza o exame com que periodicidade? Resposta: ()

1- <1 ano 2-Anualmente 3- 2/2 anos 4- 3/3 anos 5- >3 anos 6- Nunca realizei

B. Se realizou, quando você realizou este exame pela última vez? Resposta: ()

1- < 3 anos 2- > 3 anos 3- Não sabe/não lembro 4- Nunca realizei

C. Você retornou para receber o resultado do último exame? Resposta: ()

1- Sim 2- Não 3-Não sabe/não lembra

Se NÃO, por que? _____

Se SIM, você mostrou o resultado para algum profissional de saúde? ()

1- Sim 2- Não 3-Não sabe/não lembra

Se NÃO, por que? _____

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA: ()1- Adequada ()2- Inadequada

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa intitulado “**EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: conhecimento, atitude e prática de mulheres quilombolas no Amapá**”. O **objetivo** deste trabalho é: analisar o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres quilombolas no Amapá sobre o exame preventivo do câncer de colo uterino. Para realizar o estudo será necessário que a Senhora se disponibilize a participar da pesquisa, com um único encontro realizado e previamente agendado, na sua residência ou em um lugar de sua conveniência.

Os riscos da sua participação nesta pesquisa são mínimos, em virtude de as informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual a senhora receberá uma cópia.

O benefício da pesquisa é a busca da melhoria e da qualidade da adesão aos exames preventivos do Câncer do Colo de Útero, **justifica-se** pela necessidade de buscarmos novas estratégias para a realização do exame e verificar se existe relação entre o conhecimento teórico-prático e a efetivação da prevenção.

A senhora terá o direito e a liberdade de **negar-se** a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através do telefone: 96 981218780 (celular). A senhora também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá Rodovia JK, s/n – Bairro Marco Zero do Equador - Macapá/AP, para obter informações sobre esta pesquisa e/ou sobre a sua participação, através dos telefones 4009-2804, 4009- 2805. Desde já agradeço!

Eu _____ (nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido (a) pelos pesquisadores, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa intitulada “**EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: conhecimento, atitude e prática de mulheres quilombolas no Amapá**”.

Macapá, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Pesquisador ou pesquisadores
Prof. Dra. Marilucilena Pinheiro da Silva
UNIFAP

Assinatura do Pesquisador ou pesquisadores
Thamilly Joaquina Picanço da Silva
UNIFAP

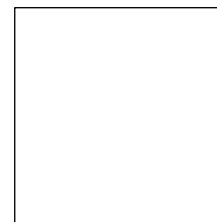
Caso a participante esteja impossibilitada de assinar:

Eu _____, abaixo assinado, confirmo a leitura do presente termo na íntegra para a _____, a qual declarou na minha presença a compreensão plena e aceitação em participar desta pesquisa, o qual utilizou a sua impressão digital (abaixo) para confirmar a participação.

Polegar direito (caso não assine).

Testemunha nº1: _____

Testemunha nº2: _____



ANEXOS

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: conhecimento, atitude e prática de mulheres quilombolas no Amapá.

Pesquisador: THAMILLY JOAQUINA PICANCO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 24964519.1.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.072.941

Apresentação do Projeto:

Pesquisadora atendeu todas as recomendações do parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

Pesquisadora atendeu todas as recomendações do parecer anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisadora atendeu todas as recomendações do parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadora atendeu todas as recomendações do parecer anterior

Recomendações:

Pesquisadora atendeu todas as recomendações do parecer anterior

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisadora atendeu todas as recomendações do parecer anterior

Considerações Finais a critério do CEP:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 4.072.941

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1456662.pdf	03/06/2020 15:03:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/06/2020 15:02:07	THAMILLY JOAQUINA PICANCO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/01/2020 17:00:21	THAMILLY JOAQUINA PICANCO DA SILVA	Aceito
Outros	anuencia.pdf	23/01/2020 16:59:27	THAMILLY JOAQUINA PICANCO DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	28/10/2019 00:28:42	THAMILLY JOAQUINA PICANCO DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/10/2019 00:28:22	THAMILLY JOAQUINA PICANCO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/10/2019 00:17:57	THAMILLY JOAQUINA PICANCO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPA, 05 de Junho de 2020


Assinado por:
RAPHAELLE SOUSA BORGES
(Coordenador(a))

ANEXO B – SUBMISSÃO DE EMENDA PARA O CEP

– DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: conhecimento, atitude e prática de mulheres quilombolas no Amapá.
Pesquisador Responsável: THAMILLY JOAQUINA PICANCO DA SILVA
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 24964519.1.0000.0003
Submetido em: 03/06/2020
Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio






Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1456662

– DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- ▼ Versão em Tramitação (E1) - Versão 4
 - ▼ Emenda (E1) - Versão 4
 - ▼ Documentos do Projeto
 - Comprovante de Recepção - Submissão
 - Cronograma - Submissão 1
 - Folha de Rosto - Submissão 1
 - Informações Básicas do Projeto - Subm
 - Orçamento - Submissão 1
 - Outros - Submissão 1
 - Projeto Detalhado / Brochura Investigaç
 - TCLE / Termos de Assentimento / Justif
 - ▼ Apreciação 1 - Universidade Federal do Am
 - ▼ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 3
 - ▼ Projeto Completo


Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

– LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
E1	THAMILLY JOAQUINA PICANCO DA SILVA	4	18/02/2021	18/02/2021	Em Recepção e Validação Documental	Sim	 
PO	THAMILLY JOAQUINA PICANCO DA SILVA	3	03/06/2020	05/06/2020	Aprovado	Não	 

– HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
E1	18/02/2021 01:11:39	Submetido para avaliação do CEP	4	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	
PO	05/06/2020 18:31:17	Parecer liberado	3	Coordenador	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	PESQUISADOR	
PO	05/06/2020 18:30:47	Parecer do colegiado emitido	3	Coordenador	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	
PO	05/06/2020 18:30:30	Parecer do relator emitido	3	Coordenador	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	
PO	05/06/2020 18:29:48	Aceitação de Elaboração de Relatoria	3	Coordenador	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	
PO	05/06/2020 18:29:27	Confirmação de Indicação de Relatoria	3	Coordenador	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	
PO	05/06/2020 18:28:41	Indicação de Relatoria	3	Coordenador	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	
PO	05/06/2020 18:28:17	Aceitação do PP	3	Coordenador	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	
PO	03/06/2020 15:03:04	Submetido para avaliação do CEP	3	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	
PO	03/05/2020 22:29:28	Parecer liberado	2	Coordenador	Universidade Federal do Amapá - UNIFAP	PESQUISADOR	

 Ocorrência 1 a 10 de 25 registro(s)