



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

BRUNA DE ALMEIDA PRADO

AÇÕES DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM
PERNAMBUCO ENTRE 2011 a 2019.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2020



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
BAHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

BRUNA DE ALMEIDA PRADO

**AÇÕES DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM
PERNAMBUCO ENTRE 2011 a 2019.**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de graduado em Saúde Coletiva.

Orientador: Ana Lúcia A. da Silva

Co-orientador: Ronald Cavalcanti

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2020**

Catalogação na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Ligia F. dos Santos, CRB4/2005

P896a Prado, Bruna de Almeida.
Ações do rastreamento do câncer de colo de útero em Pernambuco entre 2011 a 2019./ Bruna de Almeida Prado. - Vitória de Santo Antão, 2020.
43 folhas.

Orientadora: Ana Lúcia A. da Silva.
Coorientador: Ronald Cavalcanti.
TCC (Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco,
CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2020.
Inclui referências e anexo.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Câncer do Colo do Útero. I. Silva, Ana Lúcia A. da (Orientadora). II. Cavalcanti, Ronald (Coorientador). III. Título.

616.99266 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE - 117/2020

BRUNA DE ALMEIDA PRADO

**AÇÕES DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM
PERNAMBUCO ENTRE 2011 a 2019.**

TCC apresentado ao Curso dessaúde Coletiva
da Universidade Federal de Pernambuco,
Centro Acadêmico de Vitória, como requisito
para a obtenção do título de graduado em
saúde Coletiva.

Aprovado em: 14/12/2020.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Drª Ana Lúcia Andrade da Silva (Orientadora)
Centro Acadêmico de Vitória CAV/UFPE

Profº. Drª Mariana Sena Barreto (Examinador Interno)
Centro Acadêmico de Vitória CAV/UFPE

Profº. Ms. Márcia Virgínia Bezerra Ribeiro (Examinador Externo)
UNIFAVIP

RESUMO

Considerado um desafio para a saúde pública, apesar de ser agressivo, e representar uma das principais mortalidades entre as neoplasias que acomete as mulheres, o câncer de colo de útero quando diagnosticado oportunamente apresenta grande probabilidade de recuperação e cura. Foi realizado um estudo quantitativo descritivo de corte transversal, utilizando-se dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Analisou-se a relação entre os parâmetros de necessidade e realização de procedimentos de rastreamento da neoplasia no estado de Pernambuco e suas doze regionais de saúde, entre 2011 a 2019. Foram incluídos: exames citopatológico microflora - rastreamento, citopatológico microflora, colposcopia e biópsia do colo de útero. Conclui-se que existe um vazio assistencial na realização e distribuição de exames por municípios, que são ofertados na atenção básica, entre as regionais de saúde em todo o estado, havendo uma ruptura no rastreamento para um diagnóstico precoce e preciso.

Palavras-chave: Políticas Públicas Regionalização. Acesso aos Serviços de Saúde. Neoplasias do Colo do Útero.

ABSTRACT

Considered a challenge for public health, despite being aggressive, and representing one of the main mortality among neoplasms that affects women, cervical uterine cancer when diagnosed in a timely manner has a high probability of recovery and cure. A quantitative descriptive cross-sectional study was carried out, using secondary data from the Outpatient Information System from the Ministry of Health and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The relationship between the parameters of need and performance of neoplasia screening procedures in the state of Pernambuco and its twelve health regions between 2011 and 2019 was analyzed. The following were included: microflora cytopathological exams - screening, microflora cytopathology, colposcopy and biopsy of the cervical uterine. It is concluded that there is a lack of assistance in the performance and distribution of exams by municipalities, which are offered in primary care, among regional health care across the state, with a break in the screening for an early and accurate diagnosis.

Keywords: Public Policies Regionalization. Health Services Accessibility. Uterine Cervical Neoplasms.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2.1 Aspectos Epidemiológicos do Câncer de Colo de Útero no Brasil	9
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo Geral	13
3.2 Objetivos Específicos.....	13
4 ARTIGO	14
REFERENCIAS	27
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA DE ENFERMAGEM DA UERJ.....	29

1 INTRODUÇÃO

Quando se discute a organização de Sistemas Municipais de Saúde, no que tange à compreensão do processo saúde-doença no Brasil, observa-se que ainda não foram superadas questões básicas como o acesso aos serviços para atendimento primário das necessidades da população. A cobertura populacional da estratégia preventiva é um fator crucial nesse processo. O objetivo de um programa de rastreamento é identificar a doença em uma fase pré-clínica, na qual um tratamento possa ser estabelecido com o objetivo de cura ou diminuição da morbidade. (SANTOS *et al.*, 2012, MORAIS *et al.*, 2017, LUCENA *et al.*, 2011)

O câncer de colo de útero é uma neoplasia maligna que afeta diretamente a saúde das mulheres em todo mundo, no Brasil é a terceira causa de incidência de morbidade e mortalidade por câncer entre o sexo feminino, com uma proporção de aproximadamente 8,1%, em relação ao total dos óbitos por neoplasias (TOMASI *et al.*, 2015; BARBOSA, *et al.*, 2016).

Apesar de ser prevenível, o câncer de colo é uma neoplasia multifatorial que tem relação direta com a infecção do Papiloma Vírus Humano (HPV), que causam mutilações e mortalidade entre as mulheres. Além disso existem outros fatores, como o uso de anticoncepcionais orais, das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), iniciação sexual precoce e com diferentes parceiros desprotegidos, tabagismo, aspectos socioeconômicos, vulnerabilidade das estratégias de saúde e baixa cobertura assistencial, que são fatores relevantes e contribuintes de riscos para o desenvolvimento do câncer de colo de útero (SILVIA *et al.*, 2014; BARBOSA *et al.*, 2016; SOUZA; COSTA, 2015; SANTOS; SOUZA, 2013).

No entanto, para se ter uma diminuição nas taxas de morbimortalidade, necessita-se de uma boa cobertura na oferta de exames preventivos e um diagnóstico precoce, que aborde no mínimo 80% da população feminina, sendo isto o que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), essencialmente aquelas que estejam na faixa etária de risco com a vida sexualmente ativa entre (25 a 64 anos) (NAVARRO *et al.*, 2015).

A taxa de cura chega a cerca de 85% a 100% dos casos quando são diagnosticados precocemente, e são realizados através de exames de rastreamento como a colpocitologia ou teste citopatológico de Papanicolau, colposcopia que são exames utilizados na identificação de lesões precursoras do câncer de colo de útero. O exame é considerado um meio efetivo e eficiente para um diagnóstico de prevenção, diminuindo a possibilidade de um tratamento offensivo e aumentando a probabilidade de cura (TOMASI *et al.*, 2015 BARCELOS *et al.*,

2017). É efetuado com agilidade e tem um baixo custo se comparado com a tabela de outros procedimentos ambulatórios realizado pelo SUS.

O planejamento das ações de rastreamento e intervenção do controle das doenças ocorre através de políticas públicas de longo e médio prazo, dos perfis epidemiológico de cada região, estado, macrorregiões e regionais de saúde, levando em conta a diversidades de culturas, perfis socioeconômicos, educacional e político, e que vão de acordo com a necessidade de cada município e estado (PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003)

Diante da alta taxa de cura dessa neoplasia se diagnosticada precocemente, esse estudo investigou a relação entre a necessidade e realização de ações de prevenção e rastreamento do câncer de colo de útero no estado de Pernambuco.

No presente estudo observasse a realização de exames citopatológico- rastreamento, citopatológico, colposcopia e biopsia do colo de útero no estado de Pernambuco, pela suas 12 regionais de saúde e seus municípios, questionando-se a baixa cobertura na realização de exames de rastreamento e se seu seguimento esta sendo realizado de forma oportuna, garantido o acesso integral a saúde das mulheres.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos Epidemiológicos do Câncer de Colo de Útero no Brasil

Nas últimas décadas, o câncer de colo de útero tornou-se um problema de saúde pública mundial. No âmbito brasileiro, é considerado o terceiro tumor mais frequente entre a população feminina e a quarta causa de morte em mulheres por câncer, no país. Com alto potencial de prevenção e cura se justifica pela evolução lenta da doença, com etapas bem definidas e facilidade de detectar precocemente as alterações, viabilizando diagnóstico rápido e tratamento eficaz. (FARIAS *et al.*, 2016; SILVEIRA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2014).

No Brasil é reconhecida como uma questão de saúde pública desde 1919 e, com a criação de um sistema de informação a partir 1975, pôde-se observar a prevalência das cargas neoplásicas no País e a incorporação e criação na agenda de políticas públicas de saúde. No entanto, o país ainda não conta com um programa organizado e apresenta taxas de incidência e mortalidade elevadas em comparação à dos países de alta renda. (PAULA; VOLOCHKO; FIGUEIREDO, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2019).

O câncer de colo de útero tomou-se um problema de saúde pública em todo o mundo, tendo a sua maior incidência em países de baixa e média renda, com uma carga global de 88% da morbimortalidade, sendo a segunda causa mais comum entre o sexo feminino (CASTANEDA *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde recomenda que mulheres entre 25 a 64 anos de idade realizem um exame a cada três anos após dois exames anuais consecutivos normais. Apesar de estimar-se que 75% dos exames realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) estejam dentro dessa faixa etária, há dificuldade no seguimento da periodicidade recomendada. (RIBEIRO *et al.*, 2019; MELO *et al.*, 2019).

A Organização Mundial da Saúde, estima que aproximadamente 80% da mortalidade por câncer do colo do útero pode ser reduzida pelo rastreamento em mulheres que já iniciaram a vida sexual. A finalidade do rastreamento é detectar alterações celulares em estádios iniciais para que procedimentos de intervenção sejam oportunos, ou seja, assegurar o seguimento destas mulheres. (SILVA *et al.*, 2018; FARIAS *et al.*, 2016).

Embora o exame seja disponibilizado na Atenção Básica, ainda existem mulheres que não o realizam. Cabe destacar que os fatores que levam as mulheres a não se submeterem ao exame de Papanicolaou têm sido reincidentes em diferentes estudos nacionais e comumente estão ligados a: baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, baixa renda familiar e ao

fato de as mulheres pertencerem a faixas etárias mais jovens. (SILVA *et al.*, 2019) (MELO *et al.*, 2019).

O planejamento dessas ações de intervenção e controle da doença se dá, prioritariamente, no plano técnico, pelo diagnóstico precoce das lesões precursoras através do teste de Papanicolaou, e se orientam pela distribuição dessas lesões segundo as faixas etárias das mulheres mais acometidas e pela periodicidade dos exames, seguindo a lógica epidemiológica do risco e da relação custo-benefício/efetividade que norteiam as intervenções em saúde pública. (PINHO *et al.*, 2003)

Embora seja uma neoplasia maligna, o câncer de colo de útero em suas evoluções históricas se manifesta com características benignas que vem sofrendo alterações intraepiteliais progressivas ao longo dos anos (em média de 10 a 20 anos) e depois se desenvolve para um carcinoma agressivo. Por ter um intervalo de tempo muito grande para se desenvolver, é considerado raro entre mulheres de até 30 anos, e com um aumento progressivo na prevalência entre a faixa etária de 45 a 50 anos (SILVA *et al.*, 2014).

A promoção da saúde é considerada um dos pilares mais importantes para a mudança desse perfil epidemiológico, uma vez que seu conceito vislumbra melhorias na qualidade de vida e valoriza a comunidade como protagonista nesse processo de mudança. (SILVEIRA *et al.*, 2016)

No entanto, os exames de prevenção e diagnóstico precoce da doença são de baixo custo, se ofertados em grande escala, e apresentam um diagnóstico eficaz (MANICA *et al.*, 2016; FERNANDES *et al.*, 2019)

Embora o Brasil possua diretrizes clínicas que definem os protocolos assistenciais para o rastreamento, não há parâmetros estabelecidos para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero. Assim, o monitoramento, na maior parte dos casos, fica restrito às ações de rastreamento, sem englobar as ações de seguimento que incluem a investigação diagnóstica e o tratamento de lesões precursoras. (RIBEIRO *et al.*, 2019).

A cobertura populacional da estratégia preventiva é um fator crucial nesse processo. No Brasil, aspectos relacionados à oferta e acesso aos sistemas de saúde têm sido amplamente estudados e apontados como etapa limitante para o controle do CCU em diversas regiões (NAVARRO *et al.*, 2015).

2.2 A Política de rastreamento e prevenção do câncer de colo de útero no Brasil.

Em 1986 foi lançado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que emergiram as diretrizes para a realização periódico de exame citopatológico, com normas para seu funcionamento. Mais tarde instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde (FARIAS *et al.*, 2016).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer enfatiza a importância do cuidado integral em saúde. Em suas diretrizes, destacam-se a necessidade do planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer por meio da utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis (RIBEIRA *et al.*, 2018).

A implantação do rastreamento do câncer de colo de útero requer o envolvimento e a participação das três esferas da Federação e de todos os níveis assistenciais, principalmente na Atenção Básica. Dessa forma, surge a necessidade de se efetivar políticas públicas e qualificar as existentes para se adequarem aos perfis epidemiológico, socioeconômico e cultural de cada estado e região de saúde, de forma estratégica e oportuna. Para que se obtenha sucesso nessa estratégia de detecção precoce da doença, é essencial garantir a cobertura e qualidade do exame citopatológico, como também assegurar que todas as mulheres com exames alterados tenham acesso aos procedimentos de investigação diagnóstica e de tratamento, quando indicados. (LUCENA *et al.*, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2018).

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade deste tipo de câncer continuam elevadas nos municípios brasileiros, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados, devido às dificuldades enfrentadas pelo SUS (SANTOS *et al.*, 2012).

O câncer de colo de útero é condição apontada como traçadora, por ser uma enfermidade que atende a requisitos essenciais: evento prevalente, com etiologia, diagnóstico, terapia e prevenção bem definidos cientificamente; existência de programa nacional consolidado, envolvendo todos os níveis assistenciais; doença de evolução lenta e tratamento eficaz. (SILVA *et al.*, 2014).

O planejamento e monitoramento são etapas essenciais para o sucesso de um programa de rastreamento. A existência de parâmetros de programação é de grande importância nesse processo, e sua elaboração constitui um desafio aos gestores da área da

saúde. Historicamente os parâmetros assistenciais do SUS tiveram caráter normativo, baseando-se em séries históricas de produção, sem considerar as evidências científicas para o cálculo das necessidades de saúde da população. (RIBEIRA *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2019).

A identificação de diferenças regionais na organização e oferta dos serviços de saúde, comparada às necessidades, é essencial para compreender as desigualdades de acesso a essas ações, bem como a qualidade da assistência a pacientes com câncer (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Em Pernambuco, assim como no País, os SUS é o principal meio de acesso aos serviços de saúde para 86,17% dos pernambucanos, pois com uma população de 9.616.621 habitantes, apenas 1.330.373 (13,83%) das pessoas possuem plano de saúde (IBGE, 2020; ANS, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre a necessidade e a realização de procedimentos do rastreamento do câncer de colo de útero na rede pública em Pernambuco, no período entre 2011 a 2019.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Calcular a necessidade de procedimentos para ações de rastreamento e seguimento do câncer do colo do útero, segundo regionais de saúde.
- b) Verificar a realização de procedimentos para as ações de rastreamento e seguimento do câncer do colo do útero, segundo regionais de saúde.
- c) Analisar a relação entre a necessidade e a realização dos procedimentos de rastreamento e seguimento do câncer do colo do útero, segundo regionais de saúde.

4 ARTIGO

O presente trabalho está apresentado no formato de artigo requerido pela *Revista de Enfermagem da UERJ*, cujas normas para submissão de artigos se encontram em anexo (Anexo A).

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM PERNAMBUCO: uma análise da relação entre a necessidade e a realização de procedimentos no Sistema Único de Saúde, 2011 a 2019.

Bruna Almeida Prado¹

Ana Lucia Andrade da Silva²

Ronald Pereira Cavalcanti²

¹Discente da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. R. Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, 55608-680. E-mail: bruna.almeida90@hotmail.com

²Docente Doutor da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. R. Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, 55608-680.

RESUMO

Considerado um desafio para a saúde pública, apesar de ser agressivo, e representar uma das principais mortalidades entre as neoplasias que acomete as mulheres, o câncer de colo de útero quando diagnosticado oportunamente apresenta grande probabilidade de recuperação e cura. Foi realizado um estudo quantitativo descritivo de corte transversal, utilizando-se dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Analisou-se a relação entre os parâmetros de necessidade e realização de procedimentos de rastreamento da neoplasia no estado de Pernambuco e suas doze regionais de saúde, entre 2011 a 2019. Foram incluídos: exames citopatológico microflora - rastreamento, citopatológico microflora, colposcopia e biópsia do colo de útero. Conclui-se que existe um vazio assistencial na realização e distribuição de exames por municípios, que são ofertados na atenção básica, entre as regionais de saúde em todo o estado, havendo uma ruptura no rastreamento para um diagnóstico precoce e preciso.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Neoplasias, Câncer do Colo do Útero.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero é uma neoplasia maligna que afeta diretamente a saúde das mulheres em todo mundo, sendo no Brasil a terceira causa de incidência de morbidade e mortalidade por câncer entre o sexo feminino, com uma proporção de aproximadamente 8,1%, em relação ao total dos óbitos por neoplasias¹⁻².

Apesar de ser prevenível, o câncer de colo é uma neoplasia multifatorial que tem relação direta com a infecção do Papiloma Vírus Humano (HPV), que causa mutilações e mortalidade entre as mulheres. Além disso existem outros fatores, como o uso de anticoncepcionais orais, das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), iniciação sexual precoce e com diferentes parceiros desprotegidos, tabagismo, aspectos socioeconômicos, vulnerabilidade das estratégias de saúde e baixa cobertura assistencial²⁻⁴.

No entanto, para se ter uma diminuição nas taxas de morbimortalidade, necessita-se de uma boa cobertura na oferta de exames preventivos e um diagnóstico precoce, que aborde no mínimo 80% da população feminina, sendo isto o que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), essencialmente aquelas que estejam na faixa etária de risco com a vida sexualmente ativa entre (25 a 64 anos)⁵.

A taxa de cura chega a cerca de 85% a 100% dos casos quando são diagnosticados precocemente, e são realizados através de exames de rastreamento como a colpocitologia ou teste citopatológico de Papanicolau, colposcopia e, mais recente, o teste de DNA para detecção do HPV em esfregaços citológicos, que são exames utilizados na identificação de lesões precursoras do câncer de colo de útero⁶.

O teste DNA pode ser aplicado em grande escala devido à sua alta eficiência e eficácia nos diagnósticos quando aplicados de forma correta em programas de rastreamento ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O exame é considerado um meio efetivo e eficiente para um diagnóstico de prevenção, diminuindo a possibilidade de um tratamento ofensivo e aumentando a probabilidade de cura^{1,7}.

O planejamento das ações de rastreamento e intervenção do controle das doenças ocorre através de políticas públicas de longo e médio prazo, dos perfis epidemiológico de cada região, estado, macrorregiões e regionais de saúde, levando em conta a diversidades de culturas, perfis socioeconômicos, educacional e político, e que vão de acordo com a necessidade de cada município e estado⁸.

Diante da alta taxa de cura dessa neoplasia se diagnosticada precocemente, esse estudo investigou a relação entre a necessidade e realização de ações de prevenção e rastreamento do câncer de colo de útero no estado de Pernambuco.

MÉTODO

Foi realizado um estudo quantitativo descritivo de corte transversal, utilizando-se dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referente ao estado de Pernambuco e suas doze regionais de saúde: Regional de Saúde I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI e XII.

As ações de rastreamento do câncer de colo foram avaliadas a partir de 04 procedimentos: Exame Citopatológico Cervicovaginal Microflora – Rastreamento; Exame Citopatológico Cervicovaginal Microflora; Coposcopia e Biopsia do Colo Uterino.

O cálculo da necessidade dos procedimentos foi obtido considerando os parâmetros definidos pelo Instituto Nacional do Câncer⁶: necessidade de exames Citopatológico Cervicovaginal Microflora – Rastreamento = 39,80% da população de mulheres entre 25 e 64 anos; necessidade de exames Citopatológico Cervicovaginal Microflora = 4,3% da população de mulheres entre 25 e 64 anos; necessidade de exames de Coposcopia = 1,9% da população de mulheres entre 25 e 64 anos e necessidade de Biopsia do Colo Uterino = 0,28% da população de mulheres entre 25 e 64 anos. Os indicadores de necessidade foram calculados por regional de saúde, nos triênios 2011 a 2013, 2014 a 2016 e 2017 a 2019, com o intuito de visualizar a evolução temporal de forma agregada

Para análise da realização das ações de rastreamento foram incluídos todos os procedimentos de código 0203010086 (exame Citopatológico Cervicovaginal Microflora – Rastreamento); 0203010019 exames Citopatológico Cervicovaginal Microflora); 0211040029 (Colposcopia); e 0201010666 (Biopsia do Colo Uterino) registrados nos municípios Pernambucanos, no Sistema de Informações Ambulatoriais, no sexo feminino, na faixa etária entre 25 e 64 anos e no período entre 2011 a 2019.

A relação entre a necessidade e a realização dos procedimentos foi obtida pelo quociente entre a quantidade de exames Necessários (N) em determinada regional e triênio, pela quantidade de exames Realizados (R) na regional e triênio multiplicado por 100 [(N/R)*100].

Para analisar os resultados do estado, foram calculadas as metas médias da cobertura, comparando-se o desempenho das regionais e o conjunto dos municípios por regional.

Todos os indicadores referentes ao exame Citopatológico Cervicovaginal Microflora – Rastreamento foi analisado entre 2014 a 2019, pela indisponibilidade de dados no SIA no restante do período.

A pesquisa utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público do Ministério da Saúde, não sendo, portanto, necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos dez anos avaliados foram realizados 4.367.375 de procedimentos para ações de rastreamento do câncer de colo uterino em mulheres com idade entre 25 e 64 anos residentes no estado de Pernambuco, sendo: 1.666.619 exames citopatológico cervicovaginal microflora – rastreamento, 2.198.151 exames citopatológico cervicovaginal microflora, 474.178 colposcopia e 28.427 biopsia de colo uterino.

Analisando-se a necessidade e realização do exame citopatológico cervicovaginal microflora rastreamento observou-se que 152 (82%) e 125 (68%) municípios pernambucanos não registraram realização deste procedimento, entre 2014 e 2016, e 2017 a 2019, respectivamente. Em todas as regionais de saúde, o exame foi realizado por um número reduzido de municípios, exceto na V, onde identificou-se a realização em 100% dos serviços municipais. Apesar do quantitativo de municípios que realizaram citologias ter dobrado entre os dois triênios, não houve grandes mudanças nas regionais, com exceção da III, que passou de 13% para 59% de seus municípios com registro da realização do procedimento. A proporção entre realização e necessidade do exame foi homogeneousmente baixa entre as doze regionais de saúde pernambucanas, sendo maior na VII regional nos dois triênios avaliados (tabela1).

Ainda na tabela, verificou-se em relação ao exame citopatológico cervicovaginal microflora que foram realizados por ano, em cada triênio, 488.491, 202.269 e 115.260 procedimentos. Em todo o estado, 145 (78,37%), 134 (72,43%) e 123 (66,48%) municípios não registraram realização do exame, nos respectivos triênios. Houve uma redução na realização do procedimento, tanto em número de municípios que passou de 21% no primeiro triênio, para 27% no segundo, chegando a 6% de municípios que realizaram o exame no estado entre 2017 a 2019. Como também em relação a proporção entre à realização e a necessidade que reduziu em todas as regionais entre os triênios estudados, sendo acima de 70% apenas nas regionais VII e X.

Achados que revelam fragilidades na organização das ações e serviços para o rastreamento do câncer de colo uterino na rede pública no estado de Pernambuco. O exame

Citopatológico é um procedimento ambulatorial de baixa complexidade que faz do hall de ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família. A ausência de realização do procedimento na maioria dos municípios impõe às mulheres a busca por atendimento fora da sua cidade de residência, representando um obstáculo ao acesso.

Estes resultados coincidem com a realidade verificada por Silva e colaboradores⁹ na análise da continuidade assistencial do câncer de colo cervicouterino, nas regionais de saúde de Recife, Caruaru e Garanhuns, no estado de Pernambuco, onde evidenciaram-se vários problemas, especialmente no que diz respeito à acessibilidade entre níveis, sobretudo no primeiro nível de atenção, desde a fase pré-diagnóstica.

No Brasil apenas metade das unidades de saúde da rede básica no Brasil apresentaram estrutura adequada para o rastreamento do câncer de colo de útero por meio do exame citopatológico e somente 30% das equipes foram classificadas com processo de trabalho adequado para detecção do câncer de colo de útero¹.

Entre 2008 e 2010, identificou-se uma cobertura de citologias de aproximadamente 20%, em um município no estado de São Paulo, muito inferior aos 80% considerada desejável para obter um impacto significativo na morbimortalidade por esse tipo de câncer, segundo a Organização Mundial de Saúde. Representando problemas no acesso à atenção básica por parte das usuárias e fragilidade na busca ativa de casos¹⁰. O exame citopatológico, ou teste de Papanicolaou foi a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para rastreamento do câncer de colo uterino e suas lesões precursoras. Sendo direcionado às mulheres a partir de 25 anos que já iniciaram atividade sexual, prosseguindo até os 64 anos e interrompidos após essa idade, se houver pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos¹¹⁻¹³. Dentre os métodos de detecção do câncer do colo do útero, o exame Citopatológico é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento¹⁴ Tomasi e colaboradores¹ apontam para a importância da cobertura universal do procedimento para mulheres com idade entre 25 e 64 anos.

Os resultados do presente estudo apontaram a realização de 78.142, 49.978 e 93.600 Colposcopia, por ano em cada triênio avaliado, no estado de Pernambuco, entre 2011 e 2019. Assim como observado em relação ao exame citológico, a Colposcopia não foi realizada pela maioria dos municípios, no período estudado, sendo 114 (61,62%), entre 2011 a 2013, 143 (77,29%) entre 2014 a 2016 e 137 (74,05%) entre 2017 e 2019. Não houve nenhum registro do procedimento no último triênio na VII e IX regional de saúde. Destaca-se a acentuada redução da proporção entre a realização e a necessidade de Colposcopia identificada entre os triênios nas regionais I, III, V e IX (tabela 2).

Verificou-se que a biopsia de colo uterino foi realizada em 50% das regionais de saúde e mais de 92% dos municípios não realizaram o procedimento no período de 2011 a 2019. A proporção de exames realizados em relação à necessidade foi de aproximadamente 2% no estado, e não ultrapassou 11% entre as regionais, nos três triênios estudados (tabela 2).

No que se refere ao desempenho do desenvolvimento das ações de rastreamento do câncer de colo uterino, observou-se que entre 2014 e 2019, apenas 4 dos 185 municípios pernambucanos cumpriram a meta de realização para o exame citopatológico cervicovaginal microflora rastreamento, segundo os parâmetros do INCA. As melhores metas de cobertura médias anuais entre as regionais foram verificadas em Salgueiro e Afogados da Ingazeira, 42% e 35%, respectivamente, e as piores em Petrolina (3%) e Goiana (5%). As metas anuais alcançadas por municípios não ultrapassaram 16% em Salgueiro e 1% em Petrolina. Comportamento diferente foi verificado em relação ao exame o exame citopatológico cervicovaginal microflora, onde os 11% dos municípios do estado que alcançaram a meta, realizaram mais de 99% do quantitativo de procedimentos necessários ao rastreamento da neoplasia, sendo a meta média anual cumprida em cinco regionais: Afogados da Ingazeira (226,0%) Salgueiro (196,0%), Recife (163,6%), Limoeiro (155,0%) e Arcoverde (108,0%). As maiores metas médias municipais foram encontradas em Afogados da Ingazeira (96,0%) e Salgueiro (75,0%) e a menor em Petrolina (3,0%) (tabela 3).

Ainda na tabela 3, identificou-se que apenas 5,4% dos municípios pernambucanos cumpriram a média anual necessária recomendada de colposcopia entre 2011 e 2019 e apenas a I regional de saúde alcançou a meta estabelecida para o procedimento. As menores proporções foram verificadas em Ouricuri (10,0%) Palmares (13,0%), e Goiana (14,0%). Em relação à biopsia do colo uterino apenas 1 (0,05%) município do estado realizou o quantitativo necessário. No estado, a realização deste procedimento representou cerca de 8,4% da necessidade estabelecida para a população de mulheres entre 25 e 64 anos. O maior alcance foi de 36,7% na regional de Afogados da Ingazeira, também foi baixíssimo o desempenho dos municípios com o cumprimento da necessidade da biopsia de colo uterino nas doze regionais pernambucanas.

A análise dos quatro procedimentos que compõem as ações para rastreamento do câncer de colo uterino, nas doze regionais de saúde entre 2011 e 2019, em Pernambuco, apontou fragilidades na linha de cuidado desta patologia, seja pela indisponibilidade na oferta e/ou realização pela maioria dos municípios e pela baixa cobertura dos procedimentos, que se perpetuaram ao longo dos dez anos.

Cenário que caracteriza a existência de grandes vazios assistenciais no estado e representam barreiras no acesso a ações estratégicas para a prevenção e tratamento oportuno de uma neoplasia que apresenta elevada taxa de letalidade, constituindo-se a terceira causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras.

Comportamento semelhante foi identificado em Terezina-PI, onde houve acentuada redução no número de exames, no período de 2006 a 2013, inclusive para a população-alvo do programa de controle do câncer de colo uterino¹⁵.

Os problemas de rastreamento na rede básica foram significativamente menores na região Sul e maiores no Centro-Oeste, norte e Nordeste, apontando maior complexidade das desigualdades regionais na qualidade da colpocitologia⁷.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo revelaram que a rede assistencial no estado de Pernambuco não esteve organizada para garantir o acesso das mulheres com idade entre 25 e 59 anos às ações de rastreamento do câncer de colo uterino, entre 2011 e 2019.

De maneira geral, nas doze regionais de saúde os procedimentos não estiveram disponíveis em boa parte dos municípios e quando realizados, apresentaram baixíssima cobertura, em relação aos parâmetros de necessidade recomendados pelo INCA, durante os três triênios do período estudado.

Cenário que revela a necessidade de reorganização dos serviços, no que tange à linha de cuidado do câncer de colo uterino, nas secretarias de saúde municipais de saúde, buscando-se a melhoria do acesso às ações de diagnóstico e tratamento da patologia, no estado de Pernambuco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PA, *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Rev. Brasileira Saúde Materna Infantil [Internet]. 2015 [cited 2020 Dec 2];15(2):171 - 180. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200003> Acesso em 20/10/2020.

2. Barbosa IR, Souza DL, Bernal MM, Costa IC. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. Ciência saúde coletiva [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 2];21(1) Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.03662015>
3. Souza AF, Costa LH. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2015 [cited 2020 Dec 2];61(4) Available from: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n4.220> Acesso em 20/10/20.
4. Santos UM, Souza SL. PAPANICOLAOU: DIAGNÓSTICO PRECOCE OU PREVENÇÂODO CÂNCER CERVICAL UTERINO? Revista Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2020 Dec 02 [cited 2020 Dec 2];37(4) Available from: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2013.v37.n4.a420>. Acesso em 23/10/19
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into ation. Geneve: WHO, 2007. (WHO Guide for Efective Programmes).
6. Instituto Nacional de câncer José de Alencar Gomes da Silva. Parâmetros técnicos para o rastreamento do Câncer do colo do útero. Rio de Janeiro. 2019
7. Barcelos MR, Lima RC, Tomasi E, Nunes BP, Duro SM, Facchini LA. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2020 Dec 2];51 Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006802>
8. Pinho AA, Junior IF. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. Rev. bras. saúde matern. infant., [Internet]. 2003 [cited 2020 Dec 2];3(1):95-112. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292003000100012>. Acesso em 13/10/20.
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
10. Silva MR, Braga JP, Moura JF, Lima JT. Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. Saúde Debate [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 2];40(110) Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611008>.
11. Silva KB, Bezerra AF, Chaves LD, TanakaI OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2020 Dec 2];48(2) Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004852>.
12. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

13. Gasperin SI, Boing AF, Kupek E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2020 Dec 2];27(7) Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700007>.
14. Manica ST, Drachler ML, Teixeira LB, Ferla AA, Gouveia HG, Anschau F, Oliveira DL. Desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 2];37(1) Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.52287>
15. Damacena AM, Luz LL, Mattos IE. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2020 Dec 2];26(1) Available from:
<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100008>

Tabela 1 – Quantitativo da necessidade, do número de procedimentos realizados e do percentual de realização de exames citopatológico microflora rastreamento e citopatológico microflora, segundo as doze regionais de saúde de Pernambuco, entre 2011 a 2019.

Local	Municípios (n)	2011 a 2013				2014 a 2016				2017 a 2019			
		Municípios realizaram exames (n)	Necess de exames (n)	Exames realizados (n)	Exames realizados/ necess (%)	Municípios realizaram exames (n)	Necess de exames (n)	Exames realizados (n)	Exames realizados/ necess (%)	Municípios realizaram exames (n)	Necess de exames (n)	Exames realizados (n)	Exames realizados/ necess (%)
EXAME CITOPATOLÓGICO MICROFLORA - RASTREAMENTO													
I - Recife	20	-	-	-	-	10	870.175	112.069	12,88	12	896.261	138.888	15,5
II - Limoeiro	20	-	-	-	-	3	118.052	26.356	22,33	4	123.294	26.503	21,5
III - Palmares	22	-	-	-	-	3	114.727	18.187	15,85	13	121.612	25.104	20,64
IV - Caruaru	32	-	-	-	-	4	256.807	28.955	11,28	6	271.577	34.338	12,64
V - Garanhuns	21	-	-	-	-	21	94.831	13.083	13,27	18	99.356	25.127	25,29
VI - Arcoverde	13	-	-	-	-	1	76.078	14.915	20,08	1	80.635	16.822	20,86
VII - Salgueiro	7	-	-	-	-	2	26.957	10.880	40,36	2	28.166	12.177	43,23
VIII - Petrolina	7	-	-	-	-	2	90.036	1.687	1,87	1	95.835	3.334	3,48
IX - Ouricuri	11	-	-	-	-	3	73.063	1.298	1,78	3	77.392	4.035	5,21
X - Afogados Ingazeira	12	-	-	-	-	3	38.874	11.679	30,04	1	40.814	12.952	31,73
XI - Serra Talhada	10	-	-	-	-	1	48.303	4.113	8,51	2	50.827	6.332	12,46
XII - Goiana	10	-	-	-	-	1	61.170	2.514	4,11	2	63.615	4.191	6,59
PE	185	-	-	-	-	33	1.869.073	245.737	13,15	65	1.949.385	309.802	15,89
EXAME CITOPATOLÓGICO MICROFLORA													
I - Recife	20	13	90.528	332.699	367,5	10	94.014	90.364	96,8	10	96.832	46.240	47,8
II - Limoeiro	20	5	12.155	25.994	165,7	3	12.754	25.828	140,7	4	13.321	21.638	50,3
III - Palmares	22	2	11.649	6.328	54,3	3	12.395	8.854	71,4	14	13.139	7.268	55,3
IV - Caruaru	32	5	26.112	30.747	117,8	4	27.746	23.413	84,4	6	29.341	9.343	34,3
V - Garanhuns	21	8	7.402	17.805	182,6	21	10.246	6.885	67,2	17	10.734	6.738	62,8
VI - Arcoverde	13	1	9.752	9.697	125,8	1	8.219	11.722	142,6	1	8.712	4.723	54,2
VII - Salgueiro	7	2	7.706	7.610	275,7	2	2.912	6.464	221,9	2	3.043	2.996	98,5
VIII - Petrolina	7	1	2.760	633	142	1	9.728	5.178	17,7	1	10.354	3.258	10,5
IX - Ouricuri	11	1	9.071	2.030	27,4	3	7.894	897	11,4	3	8.361	627	7,5
X - Afogados Ingazeira	12	1	3.979	50.887	426,3	1	4.200	19.906	158	1	4.410	9.470	71,6
XI - Serra Talhada	10	0	4.942	238	0	1	5.219	1.262	44,7	2	5.491	1.875	35
XII - Goiana	10	1	6.342	3.823	60,3	1	6.609	1.495	22,6	1	6.873	1.084	15,8
PE	185	40	192.399	488.491	239,5	51	201.935	202.269	88,8	12	210.612	115.260	44

Nota: Necess. – quantitativo da necessidade de exames.

Tabela 2 – Quantitativo da necessidade, do número de procedimentos realizados e do percentual de realização de exames colposcopia, e biopsias do colo uterino, segundo as doze regionais de saúde de Pernambuco, entre 2011 a 2019.

Local	Municípios (n)	2011 a 2013			2014 a 2016			2017 a 2019					
		Municípios realizaram exames (n)	Necess de exame (n)	Exames realizados (n)	Exames realizados/ necess (%)	Municípios realizaram exames (n)	Necess de exame (n)	Exames realizado s (n)	Exames realizados/ necess (%)	Municípios realizaram exames (n)	Necess de exames (n)	Exames realizados (n)	Exames realizados/ necess (%)
COLPOSCOPIA													
I - Recife	20	16	40.001	66.439	166,1	12	41.541	40.734	69,6	13	42.786	81.943	8,9
II - Limoeiro	20	6	5.371	736	13,7	2	5.636	839	14,9	2	5.886	1.497	18,9
III - Palmares	22	5	5.147	1.383	17,4	2	5.477	270	1,4	5	5.806	576	1,7
IV - Caruaru	32	7	11.538	2.260	19,6	4	12.260	1.365	10,9	6	12.965	1.850	14,2
V - Garanhuns	21	2	4.309	3.291	76,6	1	4.527	518	11,5	1	4.743	957	20,2
VI - Arcoverde	13	5	3.405	1.223	35,9	6	3.632	1.687	39,3	5	3.849	2.375	26,0
VII - Salgueiro	7	5	1.220	337	27,6	3	1.287	366	27,1	3	1.345	1.084	-
VIII - Petrolina	7	1	4.008	1.177	29,4	1	4.298	1.213	28,2	3	4.575	836	0,5
IX - Ouricuri	11	5	3.271	685	21,0	1	3.488	100	2,9	2	3.695	94	-
X - Afogados Ingazeira	12	7	1.758	66	109,9	4	1.856	191	84,3	4	1.948	198	61,9
XI - Serra Talhada	10	7	2.183	0	10,9	2	2.306	2.332	49,7	2	2.426	1.907	2,2
XII - Goiana	10	5	2.802	546	19,5	4	2.920	363	11,0	2	3.037	283	8,8
PE	185	71	85.013	78.142	19,5	42	89.227	49.978	10,9	48	93.061	93.600	8,80
BIOPSIA DO COLO UTERINO													
I - Recife	20	7	58.949	2.818	4,8	4	61.218	2468	4,0	6	63.054	2136	3,4
II - Limoeiro	20	0	7.915	0	-	0	8.305	0	-	0	8.674	0	-
III - Palmares	22	0	7.585	0	-	0	8.071	0	-	0	8.556	0	-
IV - Caruaru	32	1	17.003	121	0,7	1	18.067	270	1,5	2	19.106	265	1,8
V - Garanhuns	21	0	6.350	0	-	1	6.672	9	0,1	0	6.990	0	-
VI - Arcoverde	13	2	5.018	39	0,8	3	5.352	97	1,8	3	5.673	94	1,7
VII - Salgueiro	7	0	1.797	0	-	1	1.897	0	0,4	1	1.982	227	11,5
VIII - Petrolina	7	1	5.907	106	1,8	1	6.334	121	1,9	1	6.742	74	1,1
IX - Ouricuri	11	1	4.820	36	0,8	1	5.140	0	-	0	5.445	0	-
X - Afogados Ingazeira	12	1	2.591	66	2,5	1	2.735	191	7,0	1	2.871	266	6,9
XI - Serra Talhada	10	0	3.218	0	-	0	3.398	0	-	0	3.576	0	-
XII - Goiana	10	0	4.130	0	-	1	4.303	0	0,1	0	4.475	0	-
PE	185	13	125.283	3.186	2,6	12	131.493	3.156	2,4	12	137.143	3.062	2,2

Nota: Necess. – quantitativo da necessidade de exames.

Tabela 3 – Desempenho das ações de rastreamento do Câncer de colo uterino, segundo Regionais de Saúde de Pernambuco, 2011 a 2019.

LOCAL	2011 a 2019		
	Municípios que cumpriram a meta	Média anual da meta cumprida por geres	Média anual da meta cumprida por município
	n	%	%
Exame Citopatológico Microflora de Rastreamento*			
I - Recife	0	14,0	7,2
II - Limoeiro	1	21,9	10,0
III - Palmares	1	18,0	8,0
IV - Caruaru	0	12,0	3,0
V - Garanhuns	0	13,0	10,0
VI - Arcoverde	1	21,0	9,0
VII - Salgueiro	0	42,0	16,0
VIII - Petrolina	0	3,0	1,0
IX - Ouricuri	0	9,0	3,0
X - Afogados da Ingazeira	1	35,0	14,0
XI - Serra Talhada	0	12,0	3,0
XII - Goiana	0	5,0	3,0
PE	4	17,2	7,3
Exame Citopatológico Microflora			
I - Recife	5	163,6	63,8
II - Limoeiro	3	155,0	72,8
III - Palmares	1	60,4	25,4
IV - Caruaru	2	76,0	18,0
V - Garanhuns	4	98,0	65,0
VI - Arcoverde	1	108,0	44,8
VII - Salgueiro	1	196,0	75,0
VIII - Petrolina	0	10,0	3,0
IX - Ouricuri	0	18,0	14,0
X - Afogados da Ingazeira	1	226,0	96,0
XI - Serra Talhada	1	54,0	21,0
XII - Goiana	1	32,0	19,0
PE	20	99,7	43,2
Coloscopia			
I - Recife	1	149,0	34,0
II - Limoeiro	1	17,0	11,0
III - Palmares	0	13,0	6,0
IV - Caruaru	0	15,0	7,0
V - Garanhuns	1	34,0	6,0
VI - Arcoverde	3	50,0	47,0
VII - Salgueiro	1	46,0	35,0
VIII - Petrolina	0	25,0	6,0
IX - Ouricuri	0	10,0	11,0
X - Afogados da Ingazeira	3	31,0	13,0
XI - Serra Talhada	0	30,0	8,0
XII - Goiana	1	14,0	15,0
PE	10	36,2	16,6
Biópsia do Colo Uterino			
I - Recife	0	20,0	4,0
II - Limoeiro	0	-	-
III - Palmares	0	-	-
IV - Caruaru	0	6,0	0,7
V - Garanhuns	0	0,2	3,8
VI - Arcoverde	0	7,6	7,0
VII - Salgueiro	0	20,5	7,0
VIII - Petrolina	0	8,2	2,0

IX - Ouricuri	0	1,4	1,0
X - Afogados da Ingazeira	1	36,7	13,0
XI - Serra Talhada	0	-	-
XII - Goiana	0	-	-
PE	1	8,4	3,2

Nota: * os dados do exame Citopatológico Microflora de Rastreamento referem-se ao período de 2014 a 2019.

REFERENCIAS

FARIAS, A. C.B. de; BARBIERI, A. R. Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, e20160096, 2016 . Epub Oct 20, 2016. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160096>. Acesso em 03 de dez. 2020.

SILVEIRA, N. S. P. *et al* . Conhecimento, atitude e prática sobre o exame colpocitológico e sua relação com a idade feminina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2699, 2016 . DOI: 10.1590/1518-8345.0700.2699, <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0700.2699>. Acesso em 03 dez. 2020.

BRITO-SILVA, K. *et al* . Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 240-248, Apr. 2014 .. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004852>. Acesso em 16 dez. 2020.

TOMASI, Elaine *et al* . Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 15, n. 2, p. 171-180, jun. 2015 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200003>. Acesso em: 2 dez. 2020.

BARBOSA, Isabelle Ribeiro et al . Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 253-262, jan. 2016 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.03662015>. Acesso em: 2 dez. 2020.

SOUZA, AF; COSTA, LH. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 343-350, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n4.220>. Acesso em: 2 dez. 2020.

RIBEIRO, C. M. *et al* . Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 6, e00183118, 2019 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00183118>. Acesso em 15 dez. 2020.

SANTOS, UM; SOUZA, SE. Papanicolaou: diagnóstico precoce ou prevenção do câncer cervical uterino? **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 4, p. 941-951, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2013.v37.n4.a420>. Acesso em: 2 dez. 2020.

NAVARRO, C. *et al* . Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 49, 17, 2015 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005554>. Acesso em: 2 dez. 2020.

PINHO, A. de A.; FRANCA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 3, n. 1, p. 95-112, Mar. 2003 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292003000100012>. Acesso em: 2 dez. 2020.

BARCELOS, M. R. B. *et al.* Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, 67, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006802>. Acesso em: 2 dez. 2020.

CASTANEDA, L. *et al.* Prevalência de incapacidades e aspectos associados em mulheres com câncer de colo do útero, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 307-315, Sept. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900030440>. Acesso em: 2 dez. 2020.

PAULA, SH; VOLOCHKO, A; FIGUEIREDO, R. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. **Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 146-165, dez. 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021674/bis-v17n2-saude-e-direitos-sexuais-146-165.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2020

SILVA, D. S. M. da *et al.* Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1163-1170, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.00372013>. Acesso em: 2 dez. 2020.

SANTOS, ERR; SILVA, CKL; BEZERRA AFB. Desafios para organização do rastreamento do câncer no colo uterino em um município da região metropolitana do Recife. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 21, n. 1-6, p. 45-54, jan./dez., 2012. Disponível em: <http://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1871/1712>. Acesso em 15 dez. 2020.

SILVA, M. A. *et al.* Fatores que, na Visão da Mulher, Interferem no Diagnóstico Precoce do Câncer do Colo do Útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 99-106, 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/124/63>. Acesso em 15 dez. 2020.

MANICA, S. T. *et al.* Desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 1, e52287, 2016 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.52287>. Acesso em: 2 dez. 2020.

FERNANDES, N. F. S. *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 10, e00234618, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00234618>. Acesso em: 2 dez. 2020.

LUCENA, L. T. de *et al.* Factores que influyen en la realización del examen preventivo de cáncer cervicouterino en Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua** , v. 2, n. 2, p. 45-50, jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232011000200007>. Acesso em: 2 dez. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. [Rio de Janeiro]: IBGE, [2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe.html>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA DE ENFERMAGEM DA UERJ



Diretrizes para Autores

Normas para Publicação

Política Editorial

A *Revista Enfermagem UERJ*, criada em 1993, é um veículo de difusão científica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Seu principal objetivo é publicar trabalhos originais e inéditos de autores brasileiros e de outros países, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem, da Saúde e ciências afins. É uma revista em fluxo contínuo, que publica resultados de pesquisa, revisões críticas da literatura e discussão de temas atuais e relevantes para os campos aos quais se destina.

Caracteriza-se como periódico internacional, abrangendo predominantemente os países da América Latina e Caribe, embora também tenha circulação nos Estados Unidos, Canadá, França, Suécia, Portugal e Espanha.

A proposta editorial da Revista vem ao encontro das tendências contemporâneas de integração e complementaridade de áreas de conhecimento, que levam em conta a vocação da Enfermagem para a diversidade e para a articulação das diferentes áreas. Adota a normalização dos "Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver), conforme matéria publicada pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e disponível em <http://www.icmje.org/>.

Em consonância às recomendações relacionadas à Ciência Aberta (*Open Science*), a Revista enfermagem UERJ recebe para avaliação manuscritos previamente disponibilizados em repositórios *preprint* confiáveis e apoia a política de ciência aberta com o depósito de dados em bancos de repositórios nacionais (*Open Data*).

O processo editorial da *Revista Enfermagem UERJ* visa a apresentar à comunidade científica textos que representem uma contribuição significativa para a área.

A abreviatura de seu título é Rev enferm UERJ, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

Submissão do Manuscrito

1. A submissão dos manuscritos é feita on-line no site: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/>

2. O nome completo de cada autor, sua instituição de origem, país, e-mail, síntese da biografia e o link de acesso ao ORCID, devem ser informados nos metadados.

OBS.: OS METADADOS DE TODOS OS AUTORES DEVEM SER PREENCHIDOS COMPLETAMENTE, MESMO QUANDO NÃO SÃO CAMPOS OBRIGATÓRIOS DE PREENCHIMENTO.

3. Os autores deverão enviar documento digitalizado no formato PDF e anexado no processo de submissão, como documento suplementar, uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (disponível na página web da Revista).

4. Os conceitos emitidos no manuscrito são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

5. Caso a pesquisa envolva seres humanos, os autores deverão apresentar cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou o estudo e, também, declarar no corpo do texto que foi obtido consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado).

6. O período de coleta de dados do artigo submetido não pode ser superior a cinco (05) anos no momento em que o manuscrito é submetido.

7. O processo de revisão editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às condições anteriores; caso contrário, todo o material será devolvido para adequação.

8. Caso o manuscrito ou dados referentes ao mesmo tenham sido previamente disponibilizado em por meio de repositório *preprint*, o autor deverá informar o nome do repositório, o DOI atribuído e a data de sua disponibilização no arquivo referente à Página Título.

9. Será cobrada a Taxa de Avaliação do Manuscrito, no valor de **R\$200,00** (duzentos reais), que deverá ser paga quando solicitada.

10. Caso o artigo seja aprovado, deverá ser paga a Taxa de Publicação (edição de 2020) no valor de **R\$900,00** (novecentos reais), quando solicitado.

[Comunicamos que os artigos aceitos para serem publicados na edição de 2021 terão a taxa de publicação no valor de **R\$1.100,00** (mil e cem reais)].

OBS.: NÃO SERÁ REALIZADA DEVOLUTIVA DE PAGAMENTO REALIZADO SEM SOLICITAÇÃO.

11. Os artigos enviados devem obedecer às Normas para Publicação, que estão descritas de forma simplificada em nosso Checklist Padrão, para a checagem e adequação do manuscrito.

Procedimentos da Comissão Editorial

1. Os Editores recebem o material encaminhado para publicação e fazem uma primeira apreciação, denominada pré-análise, referente à adequação dos textos às normas de publicação e escopo da revista. Se considerados potencialmente publicáveis, serão encaminhados para dois Consultores *Ad-Hoc*.

2. Os autores são comunicados sobre o recebimento do manuscrito pelo Editor, através de *e-mail*. Os autores deverão ficar atento à confirmação de recebimento, que será enviada pela Secretaria da Revista para os endereços de *e-mail* cadastrados no sistema no momento da submissão.
3. Os Consultores *Ad-Hoc* emitem seus pareceres em três modalidades: aceito sem alterações; recomendando modificações ou recusando a publicação do manuscrito. No caso de recomendação com modificações, os autores serão notificados das sugestões, devendo cumpri-las no prazo estipulado, que pode chegar a, no máximo, 21 dias, a partir do seu recebimento. Em caso de recusa, os autores serão notificados. Os manuscritos recusados poderão ser reapresentados à Revista, desde que sejam amplamente reformulados, sendo considerados como nova submissão. Cópias dos pareceres serão enviadas aos autores, exceto quando houver restrição expressa por parte do Consultor.
4. A versão final do manuscrito, contendo as alterações solicitadas pelos consultores, será avaliada pelo Conselho Editorial, que tomará a decisão final acerca da publicação ou da solicitação de novas alterações.
5. Após aprovação do Conselho Editorial, será comunicado aos autores o volume da Revista no qual o artigo será publicado.
6. No caso de aceitação para publicação, os Editores reservam-se o direito de introduzir pequenas alterações no texto, figuras e tabelas para efeito de padronização, conforme parâmetros editoriais da Revista e dos Requisitos Uniformes.
7. O processo de avaliação por pares utiliza o sistema de *blind review*, preservando a identidade dos autores e consultores. As identidades dos autores serão informadas ao Conselho Editorial apenas na fase final de avaliação.

Direitos autorais

A Revista *Enfermagem UERJ* detém os direitos autorais de todas as matérias publicadas. A reprodução total dos artigos em outras publicações requer autorização por escrito dos Editores. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita dos Editores e dos autores.

A reprodução de outras publicações pela Revista deverá obedecer aos seguintes critérios. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução na Revista *Enfermagem UERJ*. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido.

Composição do Manuscrito

A Revista *Enfermagem UERJ* adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em Português, Espanhol, Inglês ou Francês.

Os textos deverão ser apresentados dentro de uma das seguintes modalidades:

Artigo de Pesquisa - Investigação baseada em dados empíricos, que utilize metodologia científica e inclua introdução, referencial teórico, metodologia, resultados e discussão, conclusão e referências - limitado a 3.500 palavras;

Estudo Teórico - Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas - limitado a 3.000 palavras;

Artigo de Revisão - Corresponde à análise de um corpo abrangente e extenso de investigações, relativas a assuntos de interesse para o desenvolvimento da enfermagem e da saúde - limitado a 3.000 palavras;

Atualidade - Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde; intercâmbio de opiniões entre editores e leitores sobre trabalhos publicados - limitado a 2.500 palavras.

Obs: a contagem de palavras dar-se-á da Introdução ao fim da Conclusão, excluindo-se as referências e quaisquer figuras/tabelas.

Os textos deverão ser digitados em editor de texto *MS-Word*, em configuração de papel tamanho A4, espaçamento entrelinhas 1,5, sem recuo de parágrafos, fonte Times New Roman tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 2 cm.

Não deverá ser utilizada *nenhuma forma de destaque* no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso ou palavras em idioma estrangeiro.

A submissão dos manuscritos deve ser encaminhada em 2 arquivos separados, quais sejam:

1) Página título - que deve conter:

Título pleno nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, não devendo exceder 15 palavras. Não deve incluir siglas, nomes de cidades, países ou outras informações geográficas, nem chamadas para notas.

Título abreviado (com no máximo 6 palavras);

Autores (no máximo 6), seguidos de suas abreviaturas para referência e de suas credenciais.

OBS.: Caso o manuscrito ou dados referentes ao mesmo tenham sido previamente disponibilizado em por meio de repositório *preprint*, o autor deverá informar o nome do repositório, o Doi atribuído e a data de sua disponibilização.

Observar o exemplo a seguir:

Educação à distância sobre a gravidez de alto risco

Distance education on the high-risk pregnancy

La educación a distancia sobre el embarazo de alto riesgo

Título abreviado: Educação e gravidez de alto risco

Ana Maria Sessa^I; Antonia Joana Massa^{II}; Maria Augusta Liberta^{III}

Sessa AM, Massa AJ, Liberta MA

^IEnfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Brasil.
E-mail: aaaaaaaaaaaaa@cccc.com.br

^{II}Enfermeira. Especialista. Aluna do curso de mestrado. Universidade Estadual do Pará.
Belém, Brasil. E-mail: bbbbbbb@hhhhh.com.br

^{III}Enfermeira. Mestre. Aluna do curso de doutorado. Universidade Federal da Paraíba.
João Pessoa, Brasil. E-mail: dddddd@yyyyyy.com.br

2) Documento principal (texto do artigo) - que deve conter a seguintes informações em ordem: título nos três idiomas; resumo nos três idiomas seguidos dos respectivos descritores; corpo do texto; referências. NÃO INCLUIR NOMES OU CREDENCIAIS DE AUTORES.

Título

- Título pleno nos três idiomas (português, inglês e espanhol)

Resumo em Português com suas respectivas versões para o Inglês e o Espanhol

O resumo deve ser elaborado na forma de *resumo estruturado*, com no máximo 150 palavras.

No caso de relatos de pesquisa ou revisões sistemáticas o resumo deve conter objetivo, método ou metodologia, resultados e conclusão, conforme exemplificado a seguir:

RESUMO - ARTIGO ORIGINAL E DE REVISÃO

Objetivo: iniciar com o verbo no infinitivo. **Método:** apresentar o método de pesquisa contendo características da amostra, grupo de estudo ou material selecionado para análise, procedimentos utilizados para a coleta e análise de dados, local e período do estudo; informar sobre aspectos éticos. **Resultados:** indicar os resultados mais relevantes. **Conclusão:** responder apenas ao objetivo.

Os resumos de estudos teóricos ou de artigos de atualidades devem incluir: objetivo, conteúdo e conclusão, conforme exemplificado a seguir:

RESUMO - ARTIGOS DE REFLEXÃO TEÓRICA E ATUALIDADES

Objetivo: iniciar com o verbo no infinitivo. **Conteúdo:** apresentar o tema abordado e seu contexto; indicar tese, construto sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas. **Conclusão:** responder apenas ao objetivo.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em Português, apresentar o *Abstract* (em Inglês) e o *Resumen* (em Espanhol) obedecendo às mesmas especificações para a versão em Português, seguidos de *descriptors* e *descriptores*, compatíveis e na mesma ordem de inserção dos descritores em português.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em Inglês, Espanhol ou Francês, apresentar dois resumos em idiomas diferentes, observando a seguinte ordem: Português, Inglês, Espanhol ou Francês.

Descritores

Devem ser apresentadas entre três e cinco descritores, digitados em letra minúscula (apenas a letra inicial da primeira palavra deverá ser maiúscula) e separadas por ponto-e-vírgula. Devem ser escolhidos descritores que classifiquem o texto com precisão adequada, que permitam que ele seja recuperado junto com trabalhos semelhantes, e que possivelmente seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico.

Deverão ser indicados descritores nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, extraídos do vocabulário *Descritores em Ciências da Saúde* (CeCS), ou do *Medical Subject Headings* (MESH).

Corpo do Texto

Não inicie uma nova página a cada subtítulo; separe-os utilizando uma linha em branco. Em todas as categorias de trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que refletem esta organização.

Tabelas e Quadros - devem vir, em **formato editável**, formatadas e incorporadas ao documento principal do manuscrito.

Figuras - devem vir em arquivo separado de boa resolução, em **formato editável**. Devem ter indicado, no texto do documento principal, o seu local de inserção. Devem ser enviadas sob a forma de documentos suplementares inseridos no sistema.

As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser feitas sempre acompanhadas do número respectivo ao qual se referem (não devem ser utilizadas as expressões *a tabela acima* ou *a figura abaixo*). Os locais sugeridos para inserção de figuras enviadas em arquivos separados deverão ser indicados no texto.

As citações de autores deverão ser feitas conforme os exemplos apresentados na seção final deste texto, observando os Requisitos Uniformes (Estilo Vancouver).

A transcrição na íntegra de um texto de até três linhas deve ser delimitada por aspas e numerada de acordo com a ordem de citação no texto. Uma citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. O tamanho da fonte para citações deve ser 12, como no restante do texto, sem destaque. Não empregar os termos *op.* *cit,* *id. Ibidem.* A expressão *apud* é a única a ser utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

A citação de trechos de depoimentos dos entrevistados deverá ser apresentada com recuo de 2,5cm da margem esquerda, em itálico, sem aspas e com a identificação fictícia do depoente (Ex: *E1, E2, ...*)

Referências

Observar o Estilo Vancouver.

Os artigos deverão apresentar o limite mínimo de 15 e máximo de 40 obras analisadas. A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, alinhadas à esquerda, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra; os nomes secundários serão representados por suas iniciais em maiúsculas sem separação entre elas; não fazer destaque para títulos.

Os títulos dos periódicos devem estar abreviados e de acordo com informação na página oficial eletrônica do periódico ou no Catálogo Coletivo Nacional: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>.

Numerar as referências de forma consecutiva, sem utilizar numeração automática ou com marcação automática, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

No mínimo 75% das obras citadas devem ser artigos publicados em periódicos científicos e internacionais, publicados há até cinco anos. Caso seja necessário apresentar publicações que ultrapassem que não atenda a percentual, deve ser enviada justificativa ao editor, elaborada pelo autor.

Anexos

Apenas quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

Tabelas

O total de tabelas/quadros/figuras não deverá exceder a 3 (três) ilustrações.

Apresentar cada tabela incorporada ao documento principal, com título numerado sequencialmente, compostas no *MS-Word*. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título, e largura limitada a 8cm, 12cm ou 16cm.

A tabela deverá ser digitada utilizando-se fonte *Times New Roman* tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

Figuras

São consideradas como figura todas as ilustrações que não se enquadrem na definição de tabela; portanto, quadros, gráficos, desenhos, fotos, etc. Não são aceitas figuras coloridas ou com fundo reticulado (cinza).

Apresentar uma figura por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente e legenda, compostas nos softwares *MS-Word*, *Excel* ou *PowerPoint* e arquivos com extensão TIF ou JPG. Não gravar em formato BMP ou compactados.

A figura deverá ser formatada utilizando-se fonte *Times New Roman* tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

Ao usar *scanner* para reproduzir imagens, utilizar resolução de 300 DPI no modo tons de cinza.

Não serão aceitos arquivos de figuras (gráficos, quadros e ilustrações) ou de tabelas construídos em outros processadores e colados como figura no Word.

Notas

As notas não-bibliográficas deverão ser reduzidas a um mínimo e colocadas em página separada do texto, identificadas e ordenadas por algarismos romanos, (não utilizar o recurso de inserir nota de rodapé, mas apenas digitá-las como parte normal do texto).

Inserir agradecimentos às agências financeiras, informação e outros, seguidas pelas demais observações relativas ao texto do trabalho.

Exemplos de Citações no Corpo do Texto

Não mencionar os nomes dos autores das citações. Indicar os números das obras conforme lista de referências do texto.

Citação de um artigo/obra

Após a citação, indicar o número sobrescrito da referência _ conforme a ordem de menção pela primeira vez no texto.

Por exemplo, o primeiro trabalho mencionado no texto é de autoria de Mauro, Clos e Vargens e deve ser assim citado:

Os estudos relatam avaliações sobre qualidade das revistas científicas¹.

Citação de dois artigos/obras consecutivos

Após a citação, indicar os dois números sobrescritos das referências conforme a ordem de menção pela primeira vez, separados por vírgulas.

Exemplo: ... como os índices crescentes de violência urbana^{11,12}.

Citação de artigos/obras diversos não-consecutivos

Devem ser relacionados os números dos autores, em ordem crescente, separados por vírgulas.

Achados semelhantes foram confirmados^{4,6,8,10} em 2000.

Para mais de dois artigos/obras consecutivos

Vários especialistas^{1-6, 8-12} têm recomendado...

O traço entre os números significa os autores de 1 a 6 e de 8 a 12.

Citações de trabalho transcritas de fonte primária

A citação de 8. Rodrigues BMRD, localizada na página 33, deve ser transcrita assim:

[...] a fala é a maneira utilizada pelo ator-agente da ação para expressar suas vivências originárias numa relação face a face [...]^{8:33}

Evitar citações de trabalho discutido em uma fonte secundária

Citação de comunicação pessoal

Este tipo de citação deve ser evitado, por não oferecer informação recuperável por meios convencionais. Cartas, conversas (telefônicas ou pessoais) e mensagens não devem ser incluídas na seção de Referências, mas apenas no texto, na forma de iniciais e sobrenome do emissor e data, entre parênteses.

Ex: (S. L. Mello, comunicação pessoal, 15 de setembro de 1995).

Exemplos de Lista de Referências

A lista é enumerada, observando-se a ordem de menção pela primeira vez no texto, sem qualquer destaque.

Ao organizarem listas de referências, os autores devem atentar sempre para que o emprego da pontuação esteja uniforme e correto.

Artigo de revista científica

Deve-se apresentar, preferencialmente, as referências em seu formato eletrônico, e com os títulos em Inglês quando houver, conforme os exemplos a seguir:

Oliveira LB, Rueda Díaz LJ, Carbogim FC, Rodrigues ARB, Püschel VAA. Effectiveness of teaching strategies on the development of critical thinking in undergraduate nursing students: a meta-analysis. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*, 2016 [cited 2016 sep 20]; 50 (2): 350-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200023>

Rowles J, Morgan C, Burns S, Merchant C. Faculty perceptions of critical thinking at a health sciences university. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning [Internet]*, 2013 [cited 2016 sep 20]; 13 (4): 21 – 35. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1017052.pdf>

ATENÇÃO: não serão aceitas referências eletrônicas com links que não funcionam ou não correspondem à referência citada.

Texto publicado em revista de divulgação comercial

Madov N. A cidade flutuante. *Veja (São Paulo)* 2002; 35:63.

Neste último exemplo, quando o título da revista for homônimo, deve ser registrado o nome da cidade de sua procedência entre parênteses.

Livro e outras monografias

Indivíduo como autor

Lopes GT, Baptista SS. Residência de enfermagem: erro histórico ou desafio para a qualidade. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery; 1999.

No exemplo anterior, após a cidade, omitiu-se a sigla do estado entre parênteses por tratar-se de homônimo.

Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14^a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1990

Livro publicado por um organizador ou editor

Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998.

Capítulo de livro ou monografia

Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998. p. 27-38.

Livro traduzido para o português

Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo : Edições 70/Livraria Martins Fontes; 1979.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais (Evitar o uso de resumo como referência).

Francisco MTR, Clos AC, Larrubia EO, Souza RM. Prevenção das DST/AIDS na UERJ: indicativos de risco entre estudantes. In: Resumos do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 out 15-19; Salvador; Brasil. Salvador (BA): ARTE DBC; 1998. p.181.

Trabalho completo publicado em anais de eventos

Santos I, Clos AC. Nascentes do conhecimento em enfermagem. In: Anais do 9º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1997 set 6-10; Vitória, Brasil. Vitória (ES): Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p.68-88.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em revista

Evitar o uso de resumo como referência. Tratar como publicação em periódico, acrescentando logo após o título a indicação de que se trata de resumo, entre colchetes.

Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato [resumo]. Rev enferm UERJ. 1996; 4: 412-3.

Dissertação e Tese não-publicada

Silva MTN. Sobre enfermagem - enfermeira: o imaginário dos familiares das ingressantes no curso de graduação [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

Obras antigas com reedição em data muito posterior

Franco FM. Tratado de educação física dos meninos. Rio de Janeiro: Agir; 1946. (Original publicado em 1790).

Autoria institucional

Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica: lineamientos para su desarrollo - los contenidos educacionales. Washington (DC): OPS; 1995.

Ministério da Saúde (Br). Coordenação Nacional de DST/AIDS. A epidemia da AIDS no Brasil: situações e tendências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

Web Site ou Homepage

Civitas R. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais [site de Internet]. Urbanismo e desenvolvimento de cidades. [citado em 27 nov 1988] Disponível em: <http://www.gcsnet.com.br/oamis/civitas>.

Preprint

Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. Rev Bras Enferm. 2018. Preprint [cited 2019 Oct 12]. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0429

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão são encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento 1,5, com as páginas numeradas a partir da folha de introdução (p.1) até o final das referências, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,0 cm.
3. O texto segue os padrões de estilo e requisitos de formatação da Revista descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
"Sobre">>"Submissões">>"Diretrizes para autores".
4. O título em português, e seus correspondentes em inglês e espanhol, tem no máximo 15 palavras, tendo a primeira letra da primeira palavra em maiúscula. O título em português deve ser grafado em negrito e os demais em itálico.
Ex: **Educação à distância sobre a gravidez de alto risco**; *Distance education on the high-risk pregnancy*; *La educación a distancia sobre el embarazo de alto riesgo*.
5. Apresenta Título Abreviado com no máximo 6 palavras e com apenas a primeira letra maiúscula. Ex: Educação e gravidez de alto risco.
6. O resumo e seus correspondentes nos demais idiomas (abstract e resumen) são redigidos na forma de *resumo estruturado* contendo Objetivo, Método, Resultados e Conclusão e não ultrapassam 155 palavras.
7. Apresenta 4 descritores com seus respectivos correspondentes em inglês e espanhol, preferencialmente em conformidade com o DeCS.
8. Os títulos das seções textuais, bem como as palavras resumo, abstract e resumen, estão grafados em maiúsculas e negrito, **sem numeração**. Seção primária em maiúsculas e negrito; e seção secundária em minúsculas e negrito.
Ex.: **RESUMO; RESUMEN; ABSTRACT; INTRODUÇÃO (seção primária); Histórico (seção secundária)**.
9. O texto se apresenta dentro do limite de palavras e de referências preconizado para cada seção da Revista (3500, 3000 e 2500 palavras, respectivamente, para Artigos de Pesquisa, Revisão e Atualidade).
10. Os nomes dos autores citados foram substituídos por sua codificação numérica, sobrescrito e SEM perênteses conforme foram citados no texto, eliminando expressões do tipo "Segundo...", "De acordo com..."

11. As referências seguem o estilo *Vancouver*, são atualizadas (com no máximo 5 anos de publicação) e são majoritariamente de artigos em periódicos.
12. A declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais, conforme modelo contido nas Diretrizes para Autores, assinada por todos os autores, deve ser encaminhada à Revista sob a forma de documento digitalizado, anexado como arquivo suplementar (passo 4).
13. Para Artigos de Pesquisa, o documento de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa deve ser encaminhado à Revista sob a forma de documento digitalizado, anexado como arquivo suplementar (passo 4).
14. Nos METADADOS e na Página Título estão informados os identificadores ORCID de todos os autores utilizando o formato padrão, como o exemplo a seguir: <http://orcid.org/0000-0002-1825-0097>.

OBS.: Metadados de todos os autores completamente preenchidos, inclusive os campos que não são de preenchimento obrigatório.

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais para artigos publicados nesta Revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a Revista. Em virtude da aparecerem nesta Revista de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, em aplicações educacionais e não-comerciais.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.