

ACESSO E CONHECIMENTO DE MULHERES QUILOMBOLAS ACERCA DO EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

 <https://doi.org/10.56238/arev6n4-271>

Data de submissão: 17/11/2024

Data de publicação: 17/12/2024

Juliana Chaves da Cunha

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo/Espírito Santo, Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- EMESCAM.
E-mail: juliana.ccunha@edu.emescam.br

Cesar Albenes de Mendonça Cruz

Graduação em Filosofia pela Universidade Federal do Espírito Santo/UFES, Doutor em Serviço Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro
E-mail: cesar.cruz@emescam.br

Luiz Carlos de Abreu

Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil. Professor Doutor, titular livre da Universidade Federal do Espírito Santo- UFES
E-mail: luiz.abreu@ufes.br

Alan Patrício da Silva

Doutor em Ciências da Saúde pelo Centro universitário FMABC, Santo André, São Paulo, Brasil.
Graduado em Terapia Ocupacional pelo Centro universitário FMABC, Santo André, São Paulo, Brasil.
E-mail: alan.silva@emescam.br

RESUMO

Introdução: A principal forma de prevenção do câncer do colo do útero é a realização periódica do exame Papanicolau, no entanto muitas mulheres em situações de vulnerabilidade, especialmente as quilombolas, não o realizam devido a dificuldades de acesso aos serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar o conhecimento e o acesso de mulheres quilombolas atendidos na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher sobre o exame preventivo para câncer do colo do útero, no município de Vargem Alta, interior do Espírito Santo. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com amostragem não probabilística por conveniência. Foi realizada a coleta de dados com a mulheres quilombolas por meio de um questionário semiestruturado. Posteriormente, foi realizada análise descritiva dos resultados. **Resultados:** A média de idade foi de 45 anos. A maioria das mulheres são casadas (n=19, 61,29%), apresentam baixa escolaridade, renda de até um salário mínimo (n=27; 87,09%) e o Sistema Único de Saúde é a forma preferencial de procura pelos serviços de saúde (n=29; n=93,54). Foi identificado baixo conhecimento e oferta de orientações sobre o câncer de colo uterino. A principal dificuldade encontrada para a realização do exame foi a distância da Unidade Básica de Saúde (n=27; 87,09%). **Considerações finais:** Foi possível identificar que a principal barreira que dificulta o acesso destas mulheres na realização do exame preventivo é a distância da unidade de saúde. Assim, torna-se fundamental a proposta de políticas públicas que promovam equidade de acesso e educação acerca deste tema.

Palavras-chave: Assistência à Saúde. Equidade no Acesso. Saúde da Mulher. Teste de Papanicolaou.

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é uma doença de traço crônico com origem em alterações intraepiteliais que conseguem se modificarem em um processo invasor (WHO, 2014). Esta doença é uma das principais causas de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em desenvolvimento. Em todo o mundo, o CCU é o quarto tipo de câncer mais frequente diagnosticado e a quarta principal causa de morte em mulheres, estando atrás do câncer de mama, de pulmão e colo retal (Sung et al., 2021).

O exame de Papanicolau é o principal método para a detecção precoce do CCU, conhecido por ser um instrumento ponderoso, oferecido gratuitamente no Brasil, responsável pela redução do quadro de morbimortalidade das mulheres brasileiras. O Brasil foi um dos primeiros países em oferecer o exame preventivo, em meados dos anos 40, a mulheres a partir dos 25 anos e que não haviam realizado o exame preventivo (Brasil, 2013; INCA, 2016).

O exame Papanicolau é rápido, indolor, simples e possibilita o diagnóstico no estágio inicial da doença, antes aparecimento de sintomas. É oferecido pela rede pública de saúde e desempenhado por profissionais de saúde habilitados, e preparados (Silveira et al., 2018). Além disso, possui baixo custo unitário e é considerado útil para uso em longa escala. Diante de tantos benefícios é apontado como um meio diagnóstico eficaz de prevenção devido à sua elevada particularidade, diminuindo as chances de intervenções e tratamentos desnecessários (Tomasi et al., 2015).

No que tange ao acesso aos serviços de saúde, especialmente ao exame preventivo para CCU, alguns grupos de mulheres podem apresentar maiores vulnerabilidades, como as mulheres quilombolas. As mulheres quilombolas são consideradas um grupo em vulnerabilidade social, que dentre as muitas barreiras vivenciadas está a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente por motivos de localização geográfica, por ser basicamente rural, distante dos serviços básicos (Prates et al., 2018; Oliveira et al., 2015).

Os debates entorno da saúde das mulheres quilombolas estão constantemente no centro de conferências, por não ser considerada em condições almejado, visto o elevado número analfabetismo, que influencia nos determinantes sociais e de saúde, e uma menor acessibilidade dessa população à atenção ginecológica e assistência obstétrica (Fraga; Sanino, 2015).

A pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender os desafios específicos enfrentados pelas mulheres quilombolas no acesso ao exame preventivo de câncer do colo do útero, contribuindo teoricamente para o aprofundamento do conhecimento sobre desigualdades no acesso à saúde e, na prática, para a formulação de políticas públicas inclusivas e equitativas.

Dessa forma, este artigo visa analisar o conhecimento e o acesso de mulheres quilombolas

atendidos na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher sobre o exame preventivo para CCU, no município de Vargem Alta, interior do Espírito Santo.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo realizado nas dependências da Unidade Básica de Saúde de Prosperidade, entidade de caráter municipal, localizado no estado do ES, Vargem Alta. A unidade atende um território misto composto de áreas rurais e urbanas com aproximadamente 208 mulheres cadastradas.

A população alvo foi composta por mulheres quilombolas cadastrados na Unidade Básica de Saúde, no território de Prosperidade, na localidade de Pedra Branca, no Município de Vargem Alta, Estado do Espírito Santo. Trata-se de uma amostra não probabilística de conveniência.

Foram incluídas mulheres quilombolas na faixa etária de 25 a 64 anos e que aceitaram participar da pesquisa. O critério para escolha da faixa etária participante do estudo, está de acordo as recomendações brasileiras, em que o rastreamento pelo exame Papanicolaou é preconizado na população-alvo de mulheres entre 25 a 64 anos, que já tiveram relação sexual (Oliveira et al., 2018). Como critério de exclusão, foi considerado aquelas mulheres quilombolas que não responderem completamente o questionário.

Para a coleta de dados, todas as mulheres quilombolas que compareceram na Unidade Básica de Saúde durante o período da coleta de dados e atenderem aos critérios de inclusão foram abordadas, e convidadas a participarem da pesquisa. Aquelas que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram convidadas a responder o questionário, realizado por meio de entrevista, com a pesquisadora principal, em uma sala privativa localizada na própria unidade, para garantia da privacidade e minimizar o constrangimento.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado com questões que respondam o problema da pesquisa e atendam o objetivo proposto, são elas: questões relacionadas a características socioeconômicas, perfil sexual e ginecológico e o conhecimento das mulheres sobre o exame citopatológico.

Em relação às variáveis socioeconômicas: idade, escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo), renda familiar (até 1 salário mínimo, 1 a 2 salários mínimos, 2 a 3 salários mínimos), estado civil (solteira, casada/união estável), ocupação (trabalho remunerado, ausência de trabalho remunerado), principal fonte de sustento da família (sim, não) e local de residência (urbana, rural).

Quanto ao perfil e ginecológico: Exame ginecológico preventivo (Conhece, não conhece e ou/ nunca despertou interesse), qual a sua frequência de realização (uma vez ao ano, dois em dois anos, em três anos), qual a frequência de realização que você considera ideal (anualmente, dois anos consecutivos, em três em três anos), Gestações: (Não; 1 ou 2; 3 ou 4; 5 ou mais) e número de Filhos (Nenhum; 1 ou 2; 3 ou 4; 5 ou mais). Utiliza métodos contraceptivos (sim, não, não conhece).

As variáveis de investigação do conhecimento das mulheres compreendem: Qual local que você realiza ou já realizou o exame (Unidade Básica de Saúde, particular, hospital), quando realizou pela primeira vez (antes dos 25 anos, nunca realizou, após 25 anos), A partir de qual idade se deve realizar o exame (quando inicia coito, quando sente algo, após 25 anos), Qual local que você realiza ou já realizou o exame?; Você já ouviu falar sobre o exame de prevenção do CCU?; Quantos anos de idade realizou pela primeira vez?; Se nunca realizou, qual o motivo?; Você já ouviu falar sobre a importância do exame para qual finalidade?; A partir de qual idade você acha que deve realizar o exame?; O que leva você a realizar o exame?; Realizou exame das mamas antes do exame especular?; O que você acha do Exame Papanicolau e porquê?; Você poderia dizer dois cuidados necessários que a mulher deve tomar para realizar este exame?.

As informações coletadas foram organizadas em planilha do Microsoft Excel[©] e analisadas por meio de estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas, no IBM SPSS Statistics for Windows, versão 22.0.

O projeto foi apresentado à Secretaria de Saúde do município para aprovação. Após isso, foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Escola Superior em Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e a Resolução nº 510/2016 determina diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais (CHS), ambas do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado no CEP da Escola Superior em Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória sob parecer nº 5.969.848 (CAAE 67200823.0.0000.5065).

Todas as participantes foram explicadas sobre o estudo e assinaram o TCLE. As mesmas foram informadas que poderão retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa.

3 RESULTADOS

O presente estudo investigou 31 mulheres quilombolas do município de Vargem Alta, Espírito Santo, Brasil, que residiam na zona rural, com médias de idade de 45 anos (máx: 64; mín: 25) (Tabela1).

A maioria das mulheres eram casadas (n=19; 61,29%) e apresentavam baixa escolaridade, com

predomínio do ensino médio incompleto (n=14; 45,16%), ensino fundamental completo e incompleto (n=6; 19,35% e n=7; 22,58%, respectivamente) (Tabela1).

A predominância da renda família ficou em um salário mínimo (n=27; 87,09%) e a mulher era a principal fonte de renda em 48,38% da amostra (n=15). Quanto a principal forma de assistência à saúde, o SUS foi citado por 29 (93,54%) mulheres e particular por duas (6,45%) (Tabela1).

Quanto ao perfil sexual e ginecológico, a tabela 2 aponta que a maioria das mulheres quilombolas investigadas neste estudo teve a menarca antes dos 15 anos de idade (n=22; 70,96%).

Entre as 31 entrevistadas, apenas uma relatou nunca ter realizado o exame preventivo. Quanto a última realização deste exame, 13 (41,93%) relataram não saber ou não lembrar, 8 (25,80%) há menos de três anos e 9 (29,03%) há mais de três anos.

Tabela 1. Perfil socioeconômico de mulheres quilombolas. Vargem Alta, Espírito Santo, 2023. (N=31)

	n	%
Idade		Média 45 (máx 64 – min 25)
Estado civil		
Solteira	8	25,82
Casada	19	61,29
Viúva	1	3,22
Separada	2	6,45
Outro	1	3,22
Escolaridade		
Analfabeto	1	0,32
Ensino fundamental incompleto	7	22,58
Ensino fundamental completo	6	19,35
Ensino médio incompleto	14	45,16
Ensino médio completo	1	0,32
Ensino técnico completo	0	0,00
Ensino superior incompleto	1	0,32
Ensino superior completo	1	0,32
Pós-graduação	0	0,00
Renda		
Dois salários	4	12,90
Um salário	27	87,09
Mulher como a principal fonte de renda		
Sim	15	48,38
Não	16	51,61
Local de residência		
Rural	31	100,0
Forma preferencial de assistência à saúde		
SUS	29	93,54
Plano de saúde	0	0,0

Particular	2	6,45
------------	---	------

Fonte: elaborado pelos autores, a partir dos dados disponíveis no SUS: Sistema Único de Saúde, 2024.

No que tange a frequência de realização do Papanicolau, a maioria relatou que faz anualmente (n=12; 38,70%), seguido de 6,3% (n=8) que realiza em mais de 3 anos e 19,35 (n=6) de dois em dois anos. Já o local preferencial para o exame é a Unidade Básica de Saúde (n=29; 93,54%) (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil sexual e ginecológico de mulheres quilombolas. Vargem Alta, Espírito Santo, 2023.
(N=31)

	N	%
Idade da menarca		
< 15 anos	22	70,96
15 a 18 anos	9	29,03
Realizou exame preventivo		
Sim	30	96,77
Nunca despertou interesse	1	3,22
Qual a última vez que realizou exame preventivo		
Não sabe ou não lembra	13	41,93
< 3 anos	8	25,80
> 3 anos	9	29,03
Nunca realizei	1	3,22
Qual frequência de realização		
Nunca realizei	1	3,22
< 1 anos	2	6,45
Anualmente	12	38,70
2 em 2 anos	6	19,35
3 em 3 anos	2	6,45
> 3 anos	8	6,3
Local de realização do exame		
Unidade Básica de Saúde	29	93,54
Clínica particular	1	3,22
Outros	1	3,22
Gestações		
Não	4	12,30
1 ou 2	11	35,48
3 ou 4	13	41,93
5 ou mais	3	9,67
Filhos		
Não	4	12,30
1 ou 2	11	35,48
3 ou 4	13	41,93
5 ou mais	3	9,67
Método contraceptivo		
Não	16	53,33
Sim	13	43,33
Não conhece	1	3,33

Fonte: elaborado pelos autores, a partir dos dados disponíveis no SUS: Sistema Único de Saúde, 2024.

Quanto a gestações e filhos, quatro (12,30%) mulheres apontaram que não gestaram. Das que tiveram gestação anteriormente, 13 (41,93%) tiveram três ou quatro; 11 (35,48%) uma ou duas e três (9,67%) relataram cinco ou mais gestações. O mesmo padrão de gestação encontrado seguiu para o número de filhos (Tabela 2).

Ainda no perfil sexual e reprodutivo, em relação a utilização de métodos contraceptivos, 16 mulheres (53,33%) não fazem o uso de nenhum método e uma (3,33%) não conhece o que são (Tabela 2).

Quanto a percepção e o conhecimento das mulheres sobre o exame preventivo conforme a tabela 3, 83,87% (n=26) relataram nunca ter ouvido falar sobre o câncer de colo uterino e 61,29% (n=19) não recebeu orientação prévia sobre a realização do exame Papanicolau. Daquelas que afirmaram receber alguma orientação, houve predominância de prevenção do câncer de colo uterino (n=7; 58,33%).

A principal motivação para a realização relatada foi a prevenção (n=21; 67,74%) e problemas de saúde (n=9; 29,03%), e o que a maioria acha do exame é que significa cuidados para a saúde (n=30; 96,77%). A idade inferior a 25 anos, foi a considerada ideal para a realização do Papanicolau pela primeira vez por 22 mulheres (70,96%) (Tabela 3).

Em relação ao exame das mamas, comumente realizado na consulta do exame preventivo, foi relatado por três (9,67%) mulheres a não oferta e 14 (45,16) relataram apenas que não realizaram (Tabela 3).

O fato de não estar menstruada (n=18; 58,06%) para a realização do exame foi o principal cuidado identificado por parte das entrevistadas, seguido de não ter relação sexual nas últimas 24h (n=12; 38,70) precedentes a realização do Papanicolau. Nenhuma das entrevistadas relatou o cuidado de não utilizar duchas ou cremes vaginais durante as 48h que antecedem a realização do exame e apenas uma relatou não saber nenhum cuidado específico (Tabela 3).

Tabela 3. Percepção e conhecimento de mulheres quilombolas sobre exame preventivo. Vargem Alta, Espírito Santo, 2023. (N=31)

	N	%
Ouviu falar sobre câncer de colo uterino		
Não	26	83,87
Sim	5	16,12
Recebeu orientação sobre exame preventivo		
Não	19	61,29
Sim	12	38,70
Quais orientações (n=12)		
Prevenir o câncer de colo uterino	7	58,33
Outras finalidades	3	25,00

Não sabe/Não lembra	2	16,67
Idade que deve realizar pela primeira vez		
Acima de 25 anos	9	29,03
Abaixo de 25 anos	22	70,96
Motivação para realizar exame		
Problemas de saúde	9	29,03
Prevenção	21	67,74
Outro	1	3,22
Realizou exame das mamas antes do especular		
Sim	14	45,16
Não	14	45,16
Não foi ofertado	3	9,67
O que acha do Papanicolau		
Cuidados para saúde	30	96,77
Desnecessário para a saúde	1	3,22
Cuidados necessários para realização do exame		
Não ter relação sexual nas 24hrs antes	12	38,70
Não estar menstruada	18	58,06
Não usar duchas ou cremes vaginais nas 48 horas antes do exame	0	0
Não sabe	1	3,22

Fonte: elaborado pelos autores, a partir dos dados disponíveis no SUS: Sistema Único de Saúde, 2024.

Na tabela 4, em relação ao acesso, a maioria das mulheres relataram dificuldade devido à distância e/ou ausência de transporte (n=27; 87,09%). A média de distância relatada, entre a unidade de saúde e a residência, foi de 12km (máx.: 16km; min.: 9km). Quanto a demora para o agendamento quatro mulheres (12,90%) relataram o problema.

Tabela 4. Acesso aos serviços de saúde para realização de exame preventivo por mulheres quilombolas. Vargem Alta, Espírito Santo, 2023. (N=16)		
	n	%
Maiores dificuldades para atendimento nos serviços de saúde		
Difícil acesso ao local (distância e/ou ausência de transporte)	27	87,09
Tempo de espera para agendamento	4	12,90
A senhora possui plano de saúde		
Sim	1	3,22
Não	30	97,77
Local preferencial de atendimento		
Unidade Básica de Saúde	25	80,64
Outro	6	19,35

Fonte: elaborado pelos autores, a partir dos dados disponíveis no SUS: Sistema Único de Saúde, 2024.

A Unidade Básica de Saúde é a principal forma de acesso ao exame preventivo para 25 (80,64%) mulheres participantes do estudo. Quanto ao plano de saúde, 97,77% (n=30) das

entrevistadas relataram não possuir (Tabela 4).

4 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontaram baixa oferta de informações pelos profissionais de saúde sobre o CCU e baixo conhecimento sobre o assunto por parte das mulheres quilombolas. Constatou-se que a forma preferencial de acesso aos serviços de saúde é o SUS e o local para a realização do exame a Unidade Básica de Saúde.

O estudo, desenvolvido no interior do Espírito Santo, local predominantemente rural, encontrou mulheres com faixa etária entre 25 e 64 anos, casadas, com baixa escolaridade e renda, corroborando com outro estudo realizado em uma comunidade quilombola, localizada na Bahia (Fernandes et al., 2018).

Mulheres negras, quilombolas, comumente encontram-se em contextos de extrema vulnerabilidade social com baixa escolaridade e salários (Berquó; Lago, 2016; Domingues; Santos; Leal, 2013). A iniquidade social junto a discriminação da raça/cor, pode contribuir para os piores desfechos de saúde nesta população (Berquó; Lago, 2016; Domingues; Santos; Leal, 2013). Fato que torna fundamental a promoção de políticas públicas de equidade aos serviços de saúde para estas mulheres (Cruz, 2004).

Dado o contexto socioeconômico e a ausência de plano de saúde, as mulheres relataram que o SUS é a principal forma de acesso à saúde, bem como a Unidade Básica de Saúde o local preferencial para a realização do Papanicolau. As diferenças sociais e iniquidades vivenciadas pela população negra e quilombola, proporciona muitas limitações que interferem diretamente na utilização dos serviços de saúde que pode ocasionar o adoecimento desta população (Pereira; Mussi, 2020). A limitação de recursos econômicos influencia a não adesão a planos de saúde e serviços particulares de assistência à saúde, fazendo com que esta população busque atendimento preferencial no SUS (Arruda; Maia; Alves, 2018).

Dado as questões de dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o principal ponto informado pelas entrevistadas foi a elevada distância e ausência de transporte para descolamento até a Unidade Básica de Saúde. Uma vez que a população quilombola é predominantemente rural, o difícil acesso aos serviços de saúde por esta população corrobora com a literatura encontrada (Arruda; Maia; Alves, 2018; Silva; Lima; Hamann, 2010; Barroso; Melo; Guimarães, 2015). Assim, as taxas de baixa utilização dos serviços de saúde por esta população é inferior quando comparados com a população geral (Barroso; Melo; Guimarães, 2015), mesmo quando em situações econômicas iguais (Arruda; Maia; Alves, 2018).

O princípio de equidade no acesso aos serviços de saúde é garantido por meio da legislação do SUS (Brasil, 1990), e a utilização deste serviço representa sua forma de funcionamento (Travassos; Martins, 2004). No que tange a discussão do acesso, muitos autores (Travassos; Martins, 2004; Andersen; Newman, 1973; Dodabedian, 1973; Penchansky; Thomas, 1981) buscaram explicar seu conceito na saúde como forma de incorporar os fatores relacionados ao indivíduo, comunidade e ao serviço de saúde. Entretanto é importante destacar que o conceito de acesso não se restringe apenas a utilização ou não do serviço, mas a adequação dos recursos para atender as necessidades do indivíduo (Travassos; Martins, 2004).

Como forma de controle ao CCU e cuidado integral da saúde da mulher, o rastreio por meio da realização do teste de Papanicolaou é recomendado para qualquer pessoa com colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos e que já mantiveram atividade sexual (INCA, 2016). Conforme dados do “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (Vigitel) de 2013 cerca de 17,1% das mulheres não realizaram o exame nos últimos 3 anos (Tiensoli; Felisbino-Mendes; Velasquez-Melendez, 2018). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019 apontam redução na proporção de mulheres que nunca fizeram o exame de 9,7% para 6,1%, respectivamente (Silva et al., 2023).

Em nossos resultados apenas uma mulher entrevistada relatou nunca ter realizado o exame anteriormente. No entanto, identificamos baixa oferta de informação sobre o exame e não oferta de exame de mama oportunamente na consulta de realização do Papanicolau. Nos serviços de saúde, os profissionais precisam estar preparados para a prática clínica e transmissão adequada de informações de saúde. Um estudo com profissionais da atenção básica, realizado em Minas Gerais, identificou conhecimento adequado sobre exame preventivo e prevenção de CCU, mas baixa atitude/práticas no controle do agravo (Ferreira et al., 2022).

O exame preventivo além de diagnosticar CCU, também identifica a infecção por papilomavírus humano (HPV) uma das principais causas deste tipo de câncer (Nakagawa; Schirmer; Barbieri, 2010). Assim, limitações de acesso a saúde, precário conhecimento sobre a prevenção do CCU, baixa renda e escolaridade, são fatores preocupantes tendo em vista que estudos brasileiros encontraram elevada prevalência de papilomavírus humano (HPV) em mulheres quilombolas (Lima soares et al., 2003; Dias et al., 2021; Thuler; Aguiar; Bergmann, 2014). Em outros países, estudos realizados com mulheres negras identificaram elevado risco para HPV e elevadas taxas de câncer de colo de (Thuler; Aguiar; Bergmann, 2014; Yoo et al., 2017).

Neste âmbito, a associação entre infecção por HPV com o CCU, torna-se preocupante tendo em vista que uma das principais estratégias de prevenção, além da realização periódica do

Papanicolau, é a utilização do preservativo (método contraceptivo) (Nakagawa; Schirmer; Barbieri, 2010). Os resultados de nosso estudo apontam que a maioria das mulheres não utilizavam métodos contraceptivos (53,33%) corroborando com a literatura (Dias et al., 2021).

Por fim, em relação ao conhecimento sobre prevenção de CCU e realização do exame Papanicolau, cabe destacar que permitir o acesso de mulheres quilombolas a informações sobre o assunto permite o enfrentamento do medo e da ansiedade, e estimula o cuidado com o próprio corpo. Ademais, questões sociais, culturais e de acesso podem influenciar no conhecimento práticas preventivas para o CCU, especialmente por mulheres quilombolas.

Dentre as limitações do nosso estudo cabe destacar o tamanho amostral e a dificuldade de acesso as mulheres da comunidade. Além disso, a escassez de estudos desenvolvidos com mulheres quilombolas, especificamente em relação ao tema trabalhado foi uma limitação para discussão dos resultados encontrados em nosso estudo. No entanto, apesar das limitações foi possível conhecer a realidade local de mulheres quilombolas do interior do ES.

5 CONCLUSÃO

Neste estudo, a maioria das mulheres quilombolas relataram baixa renda e dependência de auxílios do governo para as despesas familiares. A grande distância foi a principal dificuldade para a realização do exame preventivo da maioria das mulheres. Ademais, quase a totalidade das investigadas dependiam exclusivamente dos serviços públicos de saúde.

Apesar da maioria das mulheres relatarem ter realizado o exame preventivo algumas vez na vida, as mesmas apresentam limitações no conhecimento sobre o tema. A baixa oferta de orientações relatadas pelas mulheres sobre o exame preventivo, bem como o baixo conhecimento acerca do mesmo, são situações alarmantes que trazem à tona uma necessidade urgente de reformulação de estratégias para a efetivação das ações públicas de saúde.

O profissional de saúde, especialmente os profissionais da Unidade Básica de Saúde, são peças chave nas ações preventivas deste tipo de câncer. Assim, cabe aos gestores juntos as equipes de Unidade Básica de Saúde, a formulação de estratégias e políticas públicas, especialmente na Atenção Primária à Saúde, para facilitar o acesso e, proporcionar informação e conhecimento de qualidade a estas mulheres.

Este estudo possui limitações, como o tamanho da amostra e as dificuldades de acesso às participantes, que podem restringir a generalização dos resultados. Para trabalhos futuros, recomenda-se ampliar a amostra e explorar diferentes regiões para comparações mais abrangentes.

Apartir das limitações, o presente estudo evidencia a necessidade de uma abordagem equitativa

na oferta de serviços de saúde, com o foco nas barreiras enfrentadas pelas mulheres quilombolas no acesso ao exame preventivo para câncer do colo do útero.

Os resultados obtidos neste estudo podem auxiliar tanto a sociedade quanto a academia a entenderem as condições desiguais de saúde enfrentadas por comunidades quilombolas e a reforçarem a importância de políticas públicas voltadas para a inclusão e a equidade no atendimento à saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo- FAPES pelo apoio financeiro através do edital PROGRAMA DE APOIO AOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO CAPIXABAS EMERGENTES – PROAPEM por meio do financiamento do projeto 372/2022 P 2022-X6NFR

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.
- ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 6, p. e00213816, 2018.
- AZIZ, S.; SWEAT, D. Subsequent HIV diagnosis risk after syphilis in a Southern Black population. *Sex Transm Dis*, v. 45, p. 45:643-7, 2018.
- BARROSO, S. M.; MELO, A. P.; GUIMARÃES, M. D. C. Factors associated with depression: sex differences between residents of Quilombo communities. *Rev. bras. epidemiol*, v. 18, n. 2, p. 503–514, abr. 2015.
- BERQUÓ, E.; LAGO, T. D. G. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. *Saude soc.*, v. 25, n. 3, p. 550-560, 2016.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- CRUZ, I. C. F. DA. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 38, n. 4, p. 448–457, dez. 2004.
- DIAS, J. A. et al. Infecções sexualmente transmissíveis em mulheres afrodescendentes de comunidades quilombolas no Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 2, e00174919, 2021.
- DOMINGUES, P. M. L. et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto contexto - enferm.*, v. 22, n. 2, p. 285–292, abr. 2013.
- DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
- FERNANDES, E. T. B. S. et al. Prevenção do câncer do colo uterino de quilombolas à luz da teoria de Leininger. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 39, p. e2016–0004, 2018.
- FERREIRA, M. C. M. et al. Detecção precoce e prevenção do câncer do colo do útero: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da ESF. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 27, n. 06, p. 2291-2302, 2022.
- FRAGA, F. A.; SANINO, G. E. de C. Saúde da Mulher Negra Passos e Descompassos: Ações Afirmativas na Saúde, Provável Luz no Fim Do Túnel. *Revista da ABPN*, v. 7, n. 15, p. 192-211, 2015

INCA. Instituto Nacional do Câncer. 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.

LIMA SOARES, V. et al. Sexually transmitted infections in a female population in rural north-east Brazil: prevalence, morbidity and risk factors. *Trop Med Int Health*, v.8, p.595-603, 2003.

NAKAGAWA, J. T. T.; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. Vírus HPV e câncer de colo de útero. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 2, p. 307–311, mar. 2010.

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. *Rev. bras. Epidemiol.*, v. 21, p. e180014, 2018.

OLIVEIRA, S. K. M. et al. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*, v.20, n.9 p.2879-2890, 2015.

PENCHANSKY, R. D. B. A.; THOMAS, J. W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, v. 19, n. 2, 127-140, 1981.

PEREIRA, R. N.; MUSSI, R. F. F. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. *ODEERE*, v. 5, n. 10, p. 280-303, 2020.

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

SILVA, G. A. E. et al. Papanicolaou test in Brazil: analysis of the National Health Survey of 2013 and 2019. *Rev. Saúde Pública*, v. 57, p. 55, 2023.

SILVA, M. J. G. DA.; LIMA, F. S. DA S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saude soc*, v. 19, p. 109–120, dez. 2010.

SILVEIRA, B. L. et al. Câncer do Colo do Útero: Papel do Enfermeiro na estratégia Saude da Familia. *Revista Cientifica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 9, n. 1, 348-372, 2018.

SUNG, H. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, v 71, p. 209- 249, 2021.

THULER, L. C. S.; AGUIAR, S. S.; BERGMANN, A. Determinantes do diagnóstico em estadio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 36, p. 237-43, 2014.

TIENSOLI, S. D.; FELISBINO-MENDES, M. S.; VELASQUEZ-MELENDEZ, G. Avaliação da não realização do exame Papanicolaou por meio do Sistema de Vigilância por inquérito telefônico. *Rev. esc. enferm.*, v. 52, 2018.

TOMASI, E. 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. Saúde Matern. Infant.* Recife, v. 15, n. 2, p. 171-180, abr./jun. 2015.

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

WHO. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: guide to essential practice [Internet]. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf;jsessionid=A5A122AE30EA7B3540A68E4CAD09EBC3?sequence=1. Acesso em: 06 set. 2022.

YOO, W. et al. Recent trends in racial and regional disparities in cervical cancer incidence and mortality in United States. *PLoS One*, v. 12, p. e0172548, 2017.