

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

AUDITORIA CLÍNICA E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO:
contornando barreiras sociais e geográficas

MARIANA AUGUSTO DE JESUS

Ouro Preto
2023

MARIANA AUGUSTO DE JESUS

AUDITORIA CLÍNICA E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO:
contornando barreiras sociais e geográficas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Pedro Paulo de Oliveira Junior

Ouro Preto
2023

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

J58a Jesus, Mariana Augusto de.
Auditoria clínica e prevenção do câncer de colo de útero [manuscrito]:
contornando barreiras sociais e geográficas. / Mariana Augusto de Jesus. -
2023.
39 f.

Orientador: Esp. Pedro Paulo de Oliveira Junior.
Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro
Preto. Escola de Medicina.

1. Câncer de colo de útero. 2. Auditoria clínica. 3. Rastreamento
médico. I. Oliveira Junior, Pedro Paulo de. II. Universidade Federal de
Ouro Preto. III. Título.

CDU 616-006

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA
COORDENACAO DO PROGR. DE POS-GRADUACAO EM
RESIDENCIA MEDICA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Mariana Augusto de Jesus

Auditoria clínica e prevenção do câncer de colo de útero

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 20 de outubro de 2023.

Membros da banca

Especialista em Medicina de Família e Comunidade - Pedro Paulo de Oliveira Junior- Orientador, Prefeitura Municipal de Ouro Preto

Especialista em Medicina de Família e comunidade- Ana Carolina Moreira Silva- Prefeitura Municipal de São Luiz do Maranhão, MA.

Mestre em Saúde Pública com ênfase em epidemiologia- Daniela Pena Moreira- Universidade Federal de Minas Gerais

O médico Pedro Paulo de Oliveira Junior, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito no Repositório Institucional da UFOP em 15/12/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Nayra da Silva Freitas, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 20/12/2023, às 18:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0643613** e o código CRC **8FD618C3**.

AGRADECIMENTOS

Aos que abriram meus caminhos.

Ao Vitor por todo apoio e amor.

Ao Rafa por ser minha luz.

Aos meus companheiros e companheiras da MFC por todo compartilhamento.

À minha amiga e professora Carol por toda a troca de aprendizado e afeto.

Ao meu orientador Pedro, pela amizade e respeito.

RESUMO

Este trabalho discute o papel da auditoria clínica na prevenção do câncer de colo de útero, o qual é causa de altas taxas de mortalidade entre mulheres negras, especialmente de regiões interioranas. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e exploratória, realizada a partir de um levantamento bibliográfico realizado, principalmente, na base *Scielo* com os seguintes temas: auditoria clínica, câncer do colo uterino e rastreamento do HPV e grupos étnico-raciais e etários com maior suscetibilidade a desenvolver câncer de colo de útero, sendo buscadas outras fontes em artigos internacionais, dissertações de mestrado e livros sobre os temas para complementar essa abordagem. Também foram estudadas as recomendações acerca da prevenção do câncer de colo de útero e diretrizes para a prevenção dessa doença. O câncer de colo de útero tem alto índice de morbi-mortalidade, mas é evitável se for feito o exame preventivo na época certa, no caso, de 3 em 3 anos. No entanto, esse rastreio é desigual, aumentando as chances de óbito. Nessa perspectiva, a auditoria melhora a prevenção ao câncer de colo de útero, especialmente, em áreas com menor estrutura de atendimento à saúde. A auditoria, como um instrumento de fácil aplicabilidade, pode trazer indicadores sobre a incidência de câncer de colo de útero, fornecendo dados sobre uma dada população, estimulando atitudes, como a realização do exame preventivo e ajudando a implementar estratégias de rastreamento.

Palavras-chave: auditoria clínica; rastreamento; câncer de colo de útero.

ABSTRACT

This work discusses the role of clinical audit in preventing uterine cervical cancer, which is the cause of high mortality rates among black women, especially in country regions. This is a bibliographical and exploratory research, carried out from a bibliographical survey carried out, mainly, in the *Scielo* database with the following themes: clinical audit, uterine cervical cancer and HPV screening and ethnic-racial and age groups with greater susceptibility to develop cervical cancer, seeking other sources in international articles, master's dissertations and books about these themes to complement this approach. The legislation about the prevention of uterine cervical cancer and guidelines for the prevention of this disease were also studied. Uterine cervical cancer has a high morbidity and mortality rate, but it is preventable if the preventive examination is carried out at the right time, in this case, every 3 years. However, this screening is uneven, increasing the chances of death. In this perspective, the audit improves the prevention of cervical cancer, especially in areas with less health care structure. The audit, as an easy-to-apply instrument, can bring indicators on the incidence of uterine cervical cancer, providing data about a given population, encouraging attitudes, such as carrying out the preventive examination and helping to implement screening strategies.

Keywords: clinical audit; tracking; uterine cervical cancer.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OMS/WHO - Organização Mundial da Saúde/ World Health Organization

HPV - Papiloma Vírus Humano

UHB - UniversityHospitals Bristol

PNPCC - Política Nacional para Prevenção e Controle de Câncer

APS - Atenção Primária a Saúde

SIS - sistemas de informação em saúde

PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios

IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Estatística

IDH – índice de Desenvolvimento Humano

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivos gerais.....	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4 METODOLOGIA.....	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
5.1 O câncer de colo de útero.....	14
5.2 A auditoria clínica.....	15
5.3 Resultados de auditorias clínicas sobre a prevenção do câncer do colo de útero.....	20
5.4 Recomendações e indicadores sobre o câncer de colo de útero.....	22
5.5 Questões sobre o perfil da população com câncer de colo de útero...27	
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é um dos principais responsáveis pelo óbito de pacientes oncológicas, ficando atrás do câncer de mama, de cólon e reto e do câncer de pulmão. A estimativa é de que 4,60 óbitos foram registrados por grupo de 100 mil mulheres. A mesma estimativa aponta que, entre 2023 e 2025, o câncer do colo do útero poderá chegar a 17 mil novos casos, atingindo 15,38 a cada grupo de 100 mil mulheres (INCA, 2020). A ocorrência desses números varia de região para região, sendo os mais elevados os da Região Norte, com 20,48 por 100 mil mulheres, em seguida os da Região Nordeste, com 17,59 por 100 mil mulheres e da Região Centro-Oeste, como 16,66 por 100 mil mulheres.

A diferença entre esses números e os das regiões Sul, 14,55 por 100 mil, e Sudeste, com 12,93 por 100 mil mulheres, reflete as diferentes condições de acesso a serviços de saúde, que resultam em ações preventivas e tratamento (COSTA; *et al.*, 2011). Os números reforçam que as desigualdades sociais se mostram como fatores de risco para o desenvolvimento da doença, fatores que são agravados por variáveis relacionados à geografia, como localização da população em áreas interioranas (COSTA; *et al.*, 2011, BARBOSA; *et al.*, 2016, LOPES; RIBEIRO, 2019).

Barbosa; *et al.* (2016) e Corina; *et al.* (2022) apontam uma redução das taxas de mortalidade até 2023, no entanto, as regiões Norte e Nordeste continuarão concentrando os maiores números de óbitos, evidenciando que esses números se paralelizam com indicadores sociais e econômicos da população atingida. Reforçando esse dado, estados que apresentam baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) têm mais casos de câncer de colo de útero, podendo ser esta a segunda maior causa de óbitos de mulheres (SADOVSKY; *et al.*, 2015). Por sua vez, cabe acrescentar que o câncer de colo de útero atinge, principalmente mulheres negras (MENDONÇA; *et al.*, 2008, PORFÍRIO DE SOUZA, 2019, RODRIGUES; *et al.*, 2021).

Esses dados reforçam a importância de ações que possibilitem uma resposta eficaz a esse problema. A auditoria clínica, é um processo voltado para

a melhoria do atendimento clínico. Trata-se de uma ferramenta de gestão da assistência à saúde voltada para um diagnóstico com vistas a instauração de um padrão de qualidade em saúde (FONSECA; *et al.*, 2017), de uma verificação de práticas e procedimentos sanitários usados no atendimento de pacientes de unidades de saúde (SANTOS; *et al.*, 2011). A auditoria clínica, assim, permite diagnosticar uma população e as deficiências do próprio sistema de atendimento à saúde, de modo a estabelecer um perfil dessa população sujeita ao risco de câncer de útero.

Nessa perspectiva, este trabalho tem o objetivo de discutir o papel da auditoria clínica na melhoria do acesso ao exame citopatológico do colo do útero e na melhoria da prevenção do câncer de colo de útero. A auditoria permite conhecer melhor a situação e o perfil do público atendido. Para tanto, recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica sobre a auditoria clínica, o câncer de colo de útero e o papel da auditoria no monitoramento da qualidade do rastreamento da doença. A partir dessa discussão, espera-se reforçar o conhecimento sobre a importância dessa prática com vistas a melhoria do atendimento e da captação de pacientes, sobretudo de populações de áreas mais interioranas.

2 JUSTIFICATIVA

O câncer de colo de útero é um problema que se agrava em concordância com índices sociais e econômicos baixos, o que se reflete na dificuldade de acesso a atendimento básico à saúde (COSTA; *et al.*, 2011, BARBOSA; *et al.*, 2016, LOPES; RIBEIRO, 2019), e também em questões culturais que podem ser dificultadores quanto a realização de exames preventivos, o que se reflete no desconhecimento e/ou no preconceito quanto a realização do exame Papanicolau (FERREIRA, 2009). Por sua vez, este mesmo afastamento do exame preventivo colabora para que o número de óbitos aumente (SANTOS; GOMES, 2022).

Considerando ainda que a prevenção do câncer de colo de útero sofre influências das condições geográficas, que podem ser responsáveis pela dificuldade de acesso a serviços de saúde (FERNANDES; *et al.* 2021), entende-se que esta pesquisa contribui para se elaborarem estratégias de prevenção.

Cabe enfatizar que a distribuição de casos e óbitos desse tipo de câncer não é uniforme (FONSECA; ALVES DA SILVA; ALVES DA SILVA, 2021), já que podem ocorrer situações de regiões com menor índice de acesso a serviços de saúde dentro de outras regiões em que o acesso ocorreria com maior facilidade. Além dos socioeconômicos, o fator racial contribui bastante para a ocorrência do câncer do colo do útero, trazendo como consequências o número de mortalidade maior entre mulheres negras, em detrimento das brancas, devendo ser aquelas uma prioridade em programas de prevenção e controle dessa doença (MENDONÇA; *et al.*, 2008, SOUZA, 2019, FONSECA; ALVES DA SILVA; ALVES DA SILVA, 2021).

A esse respeito, a auditoria clínica permite um primeiro passo para se conhecer a população exposta ao risco de desenvolver o câncer do colo do útero, ao mesmo tempo em que permite pensar estratégias para lidar com situações de preconceito frente ao exame preventivo. A auditoria também possibilita rastrear esses pacientes de modo a conhecer as motivações de seu possível afastamento dos exames preventivos de modo a trabalhar a erradicação de dificuldades para a realização dos exames.

Além disso, o conjunto de fatores, geográfico, socioeconômico e racial mostra que auditoria pode ser um instrumento efetivo na avaliação do rastreamento de pacientes, permitindo a identificação do perfil das pessoas que fazem o exame citopatológico e comparando se está de acordo com o perfil populacional e dos protocolos de rastreamento, ao mesmo tempo, possibilitando traçar ações de prevenção contra o câncer de colo de útero e acessar a população alvo que não está fazendo o exame citopatológico. Além de identificar o perfil dessa população a auditoria permite realizar um levantamento sobre a situação de pacientes em relação, por exemplo a exames preventivos, razão pela qual se enfatiza a relevância da auditoria como instrumento de enfrentamento da doença, pois, sendo heterogêneos os fatores que levam ao câncer de colo de útero e os que dificultam sua prevenção a auditoria permite dar conta dessa multiplicidade de elementos a serem considerados.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Este trabalho tem como objetivo geral discutir a relevância da auditoria clínica na prevenção do câncer de colo de útero.

3.2 Objetivos específicos:

Os objetivos específicos desta pesquisa são:

.Discutir sobre barreiras e facilitadores da prevenção do câncer do colo do útero;

.Descrever o perfil epidemiológico do câncer de colo de útero e a sua possível relação com a desigualdade racial e de acesso a assistência à saúde;

.Discutir sobre o papel da auditoria clínica enquanto instrumento de monitoramento da qualidade do rastreamento do câncer de colo de útero.

4 METODOLOGIA

Este é um estudo de revisão bibliográfica. Para tanto, foi realizada uma busca nas plataformas *Scielo* e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), de publicações com os descritores: câncer de colo de útero, auditoria clínica e rastreamento de câncer de colo de útero, em português e inglês. Além da busca de referências bibliográficas, foi realizado um levantamento das leis e diretrizes brasileiras sobre a prevenção do câncer de colo de útero.

Após a leitura dos textos, foram discutidas questões sobre o câncer do colo uterino, sobre o rastreamento do HPV e grupos étnico-raciais e etários com maior suscetibilidade a desenvolver câncer de colo de útero.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O câncer de colo de útero e a auditoria clínica

O câncer de colo de útero é causado pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), ao qual esta doença é associada desde o fim da década de 1940 (KURMAN; HERBST; SCHIFFMAN, 1994). Na década de 1970 descobriu-se que transmissão do vírus poderia se dar por via sexual (SCHIFFMAN; *et al.*, 1993), tendo como aspecto superficial o aparecimento de carcinomas invasivos (BOSCH; *et al.*, 1995, WALBOOMERS; *et al.*, 1999). Podem ocorrer casos de carcinomas não relacionados ao vírus HPV, mas são ocorrências raras, mas que, por outro lado, chama a atenção para a possibilidade de o vírus não ter sido devidamente identificado (BOSCH; MUNOZ, 2002).

A principal via de entrada do vírus HPV é o tecido epitelial, o que os leva as serem caracterizados como cutâneos ou mucosos: os primeiros infectam principalmente as mãos e pés, formando verrugas na pele, os do segundo tipo infectam áreas de mucosa, como boca, garganta, trato respiratório e, no caso do tipo de câncer em estudo, na região genital (MÜNGER; HOWLEY, 2002, BURD, 2003).

Embora haja infecções de baixo risco causadas pelo HPV, são prevaletentes as infecções de alto risco (MOSCICKI; *et al.*, 2001, MÜNGER; HOWLEY, 2002). A incidência de casos de infecção por HPV ocorre, principalmente, com mulheres, no início da vida sexual (ROTELI-MARTINS; *et al.*, 2007). Estatísticas apontam que países pobres ou em desenvolvimento, como o Brasil, lideram as ocorrências desse tipo de câncer (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010), sendo importante destacar que a redução das taxas de morbidade e mortalidade depende da implantação de políticas de rastreamento de casos para o devido combate à doença (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O câncer de colo de útero, apesar de sua morbi-mortalidade, é uma doença que demora a se desenvolver podendo ser detectado e tratado a tempo (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010, FERREIRA; *et al.*, 2022), podendo, inclusive, ser prevenido com o desenvolvimento de vacinas, desde a

década de 1980 (GALLOWAY, 2003). No Brasil, entretanto, a prevenção ainda se baseia, quase que exclusivamente, no exame citopatológico sendo importantes outros esforços para a prevenção e tratamento (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010), e dentre esses esforços, está a auditoria clínica.

5. 2 A auditoria clínica

A auditoria permite conhecer as características da população suscetível a esse problema dessa e os fatores de risco que a envolvem, como idade, raça e ausência de exames preventivos. A auditoria clínica se relaciona com o aperfeiçoamento de práticas em serviços de saúde, buscando verificar possíveis falhas ou erros no procedimento ou gestão da unidade de saúde e melhorando os processos de trabalho ali conduzidos. A auditoria clínica, por esse viés, também pode promover mudanças na atuação dos profissionais, o que pode envolver, inclusive, o tratamento de informações, como prontuários, disponíveis na instituição ou unidade de saúde (GOMES; CALEMAN, 2015).

Embora a auditoria seja um tipo de procedimento recente, sua contribuição se mostra relevante para a melhoria da assistência à saúde e para a manutenção de registros médicos de pacientes (OLIVEIRA JÚNIOR; CARDOSO, 2017, SANTOS; *et al.*, 2021). A auditoria clínica permite medir resultados clínicos ou processos, em relação à determinados padrões dados por evidências bem definidos e fundamentados nos princípios da medicina baseada em evidências (ESPOSITO; CANTON, 2014) e, dessa forma, garantir ou atestar a qualidade dos cuidados com a saúde através da possibilidade de apontar mudanças possíveis em procedimentos ou programas de assistência à saúde (WILLIAMS, 1996).

O *National Institute for Clinical Excellence* define a auditoria clínica como “um processo que visa melhorar o atendimento ao paciente e os resultados por meio de uma revisão sistemática do atendimento em relação a critérios explícitos e a implementação da mudança¹” (JANMOHAMED, 2006, p. 20). Essas auditorias verificam se práticas clínicas de profissionais da saúde, sejam

¹ Tradução livre de: “A quality improvement process that seeks to improve patient care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria and the implementation of change.”

médicos ou enfermeiros, e/ou de estabelecimentos, hospitais e/ou clínicas, se encontram dentro de normas estabelecidas. Para isso, são definidos padrões relacionados a assistência dada, como atendimento ao paciente, prestação de cuidados à saúde, e procuram, de modo a buscar assegurar a melhor prestação possível desses serviços, havendo expectativa de que as práticas sejam melhoradas (UHB, 2009, BENJAMIN, 2008).

A auditoria não é um processo aleatório, devendo ser escolhido um tópico clinicamente importante, não sendo, por outro lado, uma atividade de coleta de dados relacionados a um determinado evento (UHB, 2009). Além disso, deve ser determinado um cronograma relacionado ao planejamento, execução, análise e, mesmo, uma nova auditoria, realizada posteriormente. Já os objetivos de uma auditoria podem ser baseados em protocolos e/ou diretrizes, ou decorrentes de revisão de literatura, assim como podem ser motivados por experiências próprias vivenciadas em uma unidade de saúde ou por práticas correntes no exercício da função na área (JANMOHAMED, 2006).

Na elaboração dos objetivos da auditoria, devem ser consideradas algumas questões:

.eficácia: a abordagem é correta e garante os efeitos desejados?

.eficiência: a abordagem atinge os objetivos com redução de esforço, despesas e desperdício?

.equidade: os pacientes têm o mesmo acesso à assistência?

.adequação: a abordagem é correta para o objetivo?

.aceitabilidade: a abordagem é aceita pelos pacientes?

.pontualidade: a assistência é prestada no período correto/desejado?

(JANMOHAMED, 2006).

Para a realização da representatividade da população a ser estudada é mais importante que o tamanho da mesma. A seleção dessa amostra deve considerar critérios de inclusão e seleção: quais pacientes, uma vez que eles também façam parte da auditoria (BENJAMIN, 2008) serão incluídos e porquê e dentro de qual período de tempo. A partir dessa amostragem, as descobertas feitas devem servir para identificar alguma tendência, o que se obtém a partir do cálculo do número de resultados e sua relação com os padrões estabelecidos. A

divulgação dos resultados da auditoria pode incluir recomendações e um plano de ação para o eventual problema encontrado. Uma nova auditoria pode ser feita para confirmar os resultados e/ou verificar os efeitos alcançados, assim como para confirmar o cumprimento de normas (JANMOHAMED, 2006).

A auditoria clínica se relaciona com a eficácia clínica e também com a governança clínica. A primeira tem o objetivo de verificar e avaliar as melhores práticas correntes na instituição/unidade de saúde, já a segunda se volta para as opiniões ou queixas dos usuários, relatórios de incidentes clínicos e as prioridades a serem sanadas (UHB, 2009, BENJAMN, 2008). Por outro lado, ela também serve como aprendizado para residentes, além de contribuírem para melhorar um protocolo clínico (BENJAMIN, 2008).

Uma das aplicações da auditoria clínica é a possibilidade do rastreamento do câncer de colo de útero, procedimento que, no Brasil, apesar de ser apontado como a principal medida para a detecção precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021), ainda encontra muitas falhas, e verificação da eficácia de campanhas educativas de prevenção e controle da doença (HARAN; *et al.*, 2021). O rastreamento desse tipo de câncer é uma forma de ação aplicada na Atenção Primária à Saúde (APS), e tem grande potencial de oferecer garantia para a cobertura da população alvo, e, considerando seus objetivos, essa ação se mostra bastante importante na atenção básica (BRASIL, 2016, DERCHAIN; TEIXEIRA; ZEFERINO, 2016).

O rastreamento tem como objetivo a redução da ocorrência e mortalidade, sendo importante, nesse caso, a realização de testes de prevenção, independentemente de serem apresentados sintomas ou não, para se identificar e/ou confirmar casos e para tratar das lesões iniciais decorrentes da doença, ainda em estágio inicial (CLARO; LIMA; ALMEIDA, 2021). O rastreamento também é tomado como uma importante estratégia para detecção precoce da doença e redução da mortalidade (PEIRSON; *et al.*, 2013, RIBEIRO; *et al.*, 2020).

Basicamente, o rastreamento é feito com a aplicação de testes específicos em uma população-alvo definida, geralmente, em pessoas que não apresentem sintomas. O objetivo desse procedimento é possibilitar a redução da mortalidade causada por uma doença (WHO, 2020; ZONTA; *et al.*, 2017). No Brasil, são empregados dois tipos de rastreamento: oportunístico e organizado,

ou populacional. No primeiro, o exame ocorre por iniciativa da própria população, com a procura espontânea das unidades de saúde, seja ou não com o fim relacionada a alguma doença. Já o segundo tipo é aquele em que há um monitoramento da população alvo, sendo estimulada a realizar exames periodicamente com o devido monitoramento de informações (INCA, 2021, WHO, 2020).

O rastreamento organizado apresenta maior eficácia, em relação ao oportunístico. Isso porque aquele apresenta menor custo-benefício. Além disso, o rastreio organizado permite alcançar uma população maior com o devido monitoramento de seus dados, evitando a repetição desnecessária de procedimentos e a inserção de indivíduos fora da população alvo nesses programas (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021). Esse dado aponta que a auditoria clínica pode ser uma boa saída para a otimização do rastreio do câncer de colo de útero, especialmente se forem levados em conta os problemas do rastreio oportunista no Brasil.

A Indicação no Ministério da Saúde é iniciar o rastreio com 25 anos, sendo importante, após o primeiro rastreio, fazer outro depois de 1 ano, e, se os dois últimos resultados forem normais, manter o rastreio de 3 em 3 anos (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Diversos estudos apontam que uma quantidade significativa de mulheres. Não fazem o preventivo no tempo certo (RIBEIRO; *et al.*, 2020, WHO, 2020, CLARO; LIMA; ALMEIDA, 2021, TEIXEIRA; *et al.*, 2022, BOITANO; *et al.*, 2022), enquanto muitas fazem antes de 3 anos, o que não diminui mortalidade e morbidade e aumenta o risco de intervenções desnecessárias (NORMAN; TESSER, 2015, 2019, INCA, 2016, MAIA; SILVA; SANTOS, 2018). Por outro lado, constatou-se que mulheres nos extremos de idade, não estão fazendo o exame adequadamente, tornando o rastreio ineficaz (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021), enquanto as mais rastreadas são da faixa de 35 a 45 anos, período em que o câncer apresenta maior malignidade.

No Brasil ainda ocorrem falhas nos programas de rastreamento sendo identificados a “não realização da busca ativa da população em risco, ausência de sistema de controle de qualidade dos exames e seguimento inadequado de mulheres com resultados alterados” (CLARO; LIMA; ALMEIDA, 2021, p. 4497). Por sua vez, as próprias ações de prevenção e rastreamento são afetadas por desigualdades sociais. Bruni; *et al.* (2022), por exemplo, apontam que o

rastreamento do câncer de colo de útero é baixo em países de renda baixa ou média, os quais tendem a apresentar um número maior de casos (BRUNI; *et al.*, 2022). Tal fato requer uma melhor organização do sistema de saúde, ou de suas unidades para que esta ação se torne mais efetiva (MAIA; SILVA; SANTOS, 2018, CLARO; LIMA; ALMEIDA, 2021).

Exemplos dessas falhas, apresentados em estudos, são o

elevado percentual de exames colhidos fora da faixa etária alvo (mais de 20%) e a coexistência de dois grupos que recebem cuidado inadequado: um de mulheres excessivamente rastreadas com exames anuais, e outro de mulheres que nunca foram submetidas ao exame ou o fizeram há muitos anos. (MAIA; SILVA; SANTOS, 2018, p. 2)

A principal forma de rastreamento é a realização do exame citopatológico (RIBEIRO; *et al.*, 2020), colhido a partir dos 25 anos, sendo considerado ineficaz o exame em mulheres com idade igual ou inferior a 24 anos, sendo recomendável seguir a periodicidade do exame (RIBEIRO; *et al.*, 2020). O rastreamento, por sua vez, tem a possibilidade de se colocar como medida satisfatória em regiões com índices sociais inferiores, favorecendo o combate à doença, auxiliando no cumprimento de uma agenda ainda a ser satisfeita (DERCHAIN; TEIXEIRA; ZEFERINO, 2016), já que o Brasil ainda apresenta baixa eficácia no rastreamento do câncer de colo de útero, devido ao método utilizado, o oportunista, com a procura espontânea a unidade de saúde da região levando-se em conta as condições de acesso e capacidade de essas unidades oferecem esse serviço (TEIXEIRA; *et al.*, 2022).

Nesse âmbito, cabe mencionar também uma outra forma de prevenção ao câncer de colo de útero, que é a vacinação. No entanto, essa estratégia também se mostra fraca em seus resultados, dada baixa adesão a vacina.

5.3 Resultados de auditorias clínicas sobre a prevenção do câncer do colo de útero

O levantamento bibliográfico realizado a partir das considerações desta pesquisa revelou que há poucos estudos, nacionais e/ou internacionais,

apontando resultados de auditorias clínicas voltadas para ações de prevenção ao câncer de colo de útero. É possível que essa escassez de trabalhos sobre esse tema se dê em decorrência de a auditoria clínica ser um procedimento técnico que, muitas vezes, transcorra dentro de esferas burocráticas (secretarias de saúde, setores administrativos) de uma jurisdição (estado ou município), ou de uma instituição, pública ou privada. Por outro lado, relatórios desses procedimentos não constituem, geralmente, documentos públicos, ou publicações acadêmicas, tornando difícil o acesso a eles e, conseqüentemente, seu uso em pesquisas.

Dadas essas considerações, são apresentados, a seguir, alguns estudos que consistem em resultados de auditorias clínicas divulgadas na forma de artigos acadêmicos. O foco dessas auditorias recai, principalmente, sobre o rastreio e permite corroborar algumas colocações feitas no decorrer desta investigação, como o peso de fatores geográficos e socioeconômicos no rastreio do câncer de colo de útero. Também é importante considerar que a maioria desses trabalhos é internacional e tem data de publicação recente, sugerindo que pode se tratar de um novo conteúdo a ser explorado em futuras publicações.

O estudo divulgado por Tamrakar e Chawla (2014) mostra os resultados de uma auditoria clínica para triagem de câncer de colo de útero por meio do exame Papanicolau. O procedimento foi realizado contemplando-se o período de 2008 a 2011 e apontou que o exame Papanicolau se mostra extremamente viável para a detecção do HPV. No entanto, sua eficácia aumenta quando combinado com outros testes, como o teste de HPV e/ou inspeção visual com ácido acético (VIA), ou Iodo de Lugol (VILI) (TAMRAKAR; CHAWLA, 2014).

A auditoria realizada pelos autores citados acima também reforçou que a prevenção ao HPV ainda é bastante negligenciada, especialmente, por instituições profissionais e serviços de saúde, carecendo de maior atenção na elaboração de estratégias para sanar esse problema. Outro ponto levantado é o de que a ocorrência e a morbi-mortalidade do HPV aumentam em áreas com baixo desenvolvimento socioeconômico, carecendo estas áreas de maior atenção de políticas públicas e de autoridades sanitárias.

A auditoria realizada e divulgada por Wang; *et al.* (2019) investigou a eficácia do rastreamento do câncer de colo de útero, buscando apontar, também, suas possíveis falhas. Dentre estas, foram encontradas: a participação irregular

das pacientes nesse rastreio, o desenvolvimento do HPV depois de anormalidades citológicas não detectadas no rastreio e a ocorrência do câncer de colo uterino mesmo após os resultados normais de rastreamento. Assim, os autores reforçam a necessidade de participação mais regular das pacientes nos procedimentos de rastreio e também a maior atenção de profissionais em relação às anormalidades, como as apontadas anteriormente. Por outro lado, a auditoria confirmou a redução da morbi-letalidade em pacientes que frequentaram as ações de rastreio. Os autores também informam que auditoria realizada pode servir para avaliar melhor a rotina do rastreio e para elaborar parâmetros para futuras mudanças nas práticas de triagem e de rastreio.

Chin; *et al.* (2021) trazem resultados de uma auditoria feita com mulheres atendidas em um centro médico na Austrália, entre 2018 e 2020, que tiveram resultado positivo para o teste de HPV durante o rastreamento. Segundo os autores, os resultados, obtidos a partir desse rastreio, permitiram indicar o tratamento adequado para cada tipo de HPV e conforme o estágio em que este se encontra, aumentando a eficácia do tratamento. A auditoria ainda permitiu apontar o grupo de pacientes que necessitaria de um monitoramento mais constante para avaliar a progressão da doença. O que evidencia que a auditoria pode ter impactos positivos não apenas no rastreio, mas no tratamento pós-diagnóstico.

Azevedo e Silva; *et al.* (2022) apontam que uma auditoria focando o período de 2013 a 2020, com dados coletados pelo sistema de informações do SUS, mostrou que existem desigualdades, especialmente socioeconômicas, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou geográficas, dadas pela distância dos centros de saúde, que levam ao atraso no início do tratamento da lesão causada pelo HPV. Os mesmos também apontam que houve uma redução progressiva entre 2019 e 2020 na busca de exames preventivos e queda, em 2020, de exames de rastreamento. Esses dados se mostraram mais significativos nas regiões Norte e Nordeste, corroborando a hipótese de que as desigualdades regionais de ordem geográfica e socioeconômica podem afetar a cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero. Os resultados da auditoria divulgada pelos autores também reforçam a importância de se aperfeiçoar as estratégias de detecção precoce do HPV e de se monitorar, constantemente, as ações de prevenção.

O trabalho de Harty; et al. (2023) traz os resultados de uma auditoria clínica feita com registros de mulheres habitantes de uma área rural isolada, nas Filipinas. A auditoria, segundo os autores, permitiu identificar os tipos de HPV mais recorrentes entre as mulheres, apontar métodos de triagem que se mostraram ineficazes e apontar práticas sanitárias e políticas públicas para o rastreamento, prevenção e tratamento da doença. O estudo também se mostra relevante por considerar o fator socioeconômico como motivador para a realização de auditorias clínicas e para a elaboração de políticas de saúde pública a esse respeito, já que áreas rurais podem apresentar problemas para as ações de rastreio e tratamento, como aqueles decorrentes de logística deficiente.

A partir do exame desses estudos e da constatação de que eles são pouco numerosos, pode-se sugerir a elaboração de artigos de meta análise (SOUSA; RIBEIRO, 2009) sobre efeitos das auditorias clínicas na prevenção ao câncer de colo de útero. Sousa e Ribeiro (2009), nesse âmbito, salientam que os estudos de meta análise reduzem os vieses sobre um tema de pesquisa dando maior objetividade à percepção do problema estudado e, ao mesmo tempo, reforçam o poder estatístico da pesquisa ao trazer dados mais concretos. Assim, estudos de meta análise sobre o tema citado poderiam trazer resultados mais precisos e concretos sobre a eficácia da auditoria clínica voltada para a prevenção ao câncer de colo de útero.

5.4 Recomendações e indicadores sobre o câncer de colo de útero

A Organização Mundial da Saúde (WHO) apresenta duas estratégias principais para a detecção precoce dos principais tipos de câncer: primeira, cita-se o rastreio, ou rastreamento, através de exames rotineiros, pelos quais se possam detectar sinais de câncer pré-clínico ou lesões pré-cancerígenas. Para tanto importa definir uma população alvo. Nessa etapa, não é relevante a ocorrência de sinais ou sintomas de câncer, já que os exames não têm o objetivo de detectar o câncer, mas, sim, apontar evidências de que ele possa ocorrer ou anormalidades que apontem sua possível ocorrência.

A segunda estratégia é o diagnóstico precoce, com o qual se possibilita a identificação do câncer enquanto este se apresenta em estágio inicial. Nessa

etapa, é importante a atenção aos sinais e/ou sintomas passíveis de suspeição (WHO, 2020). Segundo a OMS, nos últimos quinze anos, novos testes para detecção do câncer de colo de útero foram criados, como, por exemplo, a inspeção visual com ácido acético (VIA) e o teste de detecção de DNA do HPV, este último apresentando alta eficácia no rastreamento de casos (WHO, 2021).

A Organização Mundial da Saúde recomenda o uso do teste de detecção de DNA do HPV, como teste primário na triagem a partir dos 30 anos de idade, já que esse teste apresenta relações com o menor número de mortes de câncer por HPV em comparação com outros tipos de teste (WHO, 2021). O motivo seria a constatação de que testes como o citopatológico não apresentam a mesma eficácia, como estratégia de prevenção em massa, em países de baixa e média renda (WHO, 2021). O teste de DNA também se mostra como a opção mais adequada quando são empregadas estratégias de rastreamento organizadas (ZEFERINO; *et al.*, 2018).

Mas embora o rastreamento seja importante, deve ter em conta que importante que tais procedimentos não causem malefício maior que os benefícios, dados pelo excesso de intervenções de rastreamento (NORMAN; TESSER, 2015, 2019). A prevenção, assim, deve e pautar pela racionalidade, garantindo a qualidade devida e bem estar da população alvo.

O Ministério da Saúde, em parceria com o INCA apontam recomendações da Organização Mundial da Saúde para que o rastreamento seja implementado. Essas recomendações, por sua vez, levam em conta três fatores: a doença, o exame e o sistema de saúde. O que é apresentado abaixo:

Tabela 1 – condições para a implementação do rastreamento do câncer

COMPONENTE	REQUISITOS
Doença	.Ser um problema de saúde pública importante com história natural bem conhecida longa o suficiente. .Ter uma fase de detecção pré-clínica (antes do início dos sintomas). .Haver tratamento disponível, eficaz e seguro para a doença precoce, reduzindo as mortes quando bem implementado
Exame	.Testes fáceis de administrar, seguros, acessíveis e aceitáveis; resposta rápida dos Resultados

	<p>.Altamente preciso (alta sensibilidade, alta especificidade para evitar resultados falsos-positivos).</p> <p>.Alto valor preditivo positivo, porque a prevalência da doença é suficientemente alta.</p> <p>.Resultados reproduzíveis; interpretação do teste mais objetiva do que subjetiva</p>
Sistema de saúde	<p>.Infraestrutura adequada para a oferta de serviços de rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento dos indivíduos com resultados positivos pelo rastreamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acessível, inclusive geograficamente; • Garantia do financiamento das ações de investigação diagnóstica e tratamento; • Apoio de sistemas de informação e de mecanismos de monitoramento de qualidade.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA (2021, p. 11)

A partir dessas condições, depreende-se a importância da auditoria clínica tendo-se em vista que a eficácia de programas de rastreamento também depende da definição da população-alvo e de sua cobertura satisfatória, da continuidade dessa cobertura e atendimento da população, do acompanhamento e do fornecimento de exames de qualidade e tratamento adequado e também de uma equipe gestora capaz de operar a implementação desse processo. O rastreamento tem como benefícios principais a possibilidade de identificação do câncer em um estágio inicial, permitindo tratamentos menos agressivos e também mais eficientes, e aumento da expectativa de sobrevida (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021, p. 11).

A detecção do câncer ainda em estágio inicial da doença, segundo as determinações da Política Nacional para Prevenção e Controle de Câncer (PNPCC) (BRASIL, 2013) deve ocorrer na atenção básica a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021). O que se deve pelo fato de a atenção básica ter maior penetração entre a população a ser assistida e mesmo entre a população alvo e atuando com ações preventivas e curativas saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021). Esse cuidado também envolve a governança e, por consequência, a auditoria clínica, que possibilita “uma coordenação capaz de articular as ações e os serviços da rede por meio dos objetivos e das estratégias

compartilhadas por todos que a compõe” (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021, p. 19).

Embora ainda receba críticas (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010), por ser o método quase exclusivo, é o principal usado para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico. A aplicação do exame é recomendada para mulheres de 25 a 64 anos, por ser a faixa etária na qual costuma haver lesões relacionadas ao câncer e a mais suscetível de desenvolvê-lo (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021).

As lesões cancerígenas correm principalmente por volta dos 30 anos, aumentando depois dos 35 anos de idade, atingindo o ápice aos 50 ou 60 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021). O rastreamento tem a periodicidade recomendada de três anos, sendo que a recomendação de 3 em 3 anos é após dois exames normais consecutivos realizados no intervalo de 1 ano, já que o exame anual não demonstra eficácia, sendo recomendado o exame citopatológico trianual na faixa etária citada, sendo realizados dois exames anuais seguidos (INCA, 2016). A esse respeito, mulheres que não possuem acesso a assistência básica à saúde, estando fora das práticas de rastreamento apresentam maior suscetibilidade a sofrerem a forma grave da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021), o que permite ressaltar, novamente, a importância do rastreamento organizado.

A Nota Técnica Nº 4/2022-SAPS/MS do Ministério da Saúde (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022), estabelece como papel prioritário Atenção Primária a Saúde (APS) “o desenvolvimento de ações para prevenir o câncer do colo do útero por meio de ações de educação e promoção da saúde, vacinação e rastreamento” e confirma a realização do exame no período de três em três anos, com possibilidade de reduzir a quantidade de casos, caso a taxa de rastreamento da população chegue a 80%, em cerca de 60 a 90% (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Entretanto, a meta estabelecida fica em 40%, considerando as dificuldades apresentadas pelos municípios para esse objetivo.

A mesma nota técnica define as seguintes recomendações para oferecer melhor atendimento à população e geração de melhores resultados em ações de rastreamento:

- .Manutenção do cadastro individual atualizado do usuário/paciente do serviço de saúde;
- . Acompanhamento das mulheres na faixa etária determinada e verificação da frequência do acompanhamento;
- .Orientação das mulheres sobre a importância do exame citopatológico de 3 em 3 anos, independente do resultado anterior
- .Verificação e controle de acompanhamento de mulheres com exame alterado, seja através de registro impresso ou eletrônico/digitalizado;
- .Oferecer uma agenda compatível com a possibilidade de o público alvo comparecer a unidade de saúde;
- .Elaboração de protocolos voltados para a atenção à mulher;
- .Oferecer o exame citopatológico para mulheres, na faixa etária citada, que frequentem a unidade de saúde local;
- .Elaborar e aplicar ações de remuneração valorizando o desempenho de profissionais da APS;
- .Favorecer ações educativas para melhorar a qualidade do registro das informações de saúde. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

O INCA (2016) aponta problemas relacionados ao tipo de rastreamento utilizado no Brasil, o rastreio oportunista, havendo uma considerável porcentagem de exames feitos fora da faixa etária ideal, 20% a 25%, e metade desse público com um intervalo de apenas um ano entre um exame e outro. Por outro lado, há uma população que se encontra sem esse atendimento, havendo um desequilíbrio entre a população superrastreada e uma população sub rastreada. A cobertura igual ou superior a 50% se mostra suficiente para reduzir a taxa de mortalidade dessa população (INCA, 2016).

Os fatores de risco, apontados pelo Ministério da Saúde e INCA (2021) são:

- . a própria infecção pelo HPV;
- .idade (acima de 30 anos o risco de desenvolver o câncer é maior)
- .tabagismo;
- .uso de anticoncepcionais orais.

Já os sinais de atenção incluem:

- .Sangramento vaginal, causado por esforço ou ocorrido espontaneamente;
- .Corrimento vaginal, com mau cheiro;
- .Dor na região pélvica com problemas para urinar e incômodo intestinal;
- .Perda de peso (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021).

Uma estimativa levantada para 2020 era a de que 16.590 desenvolveriam o câncer de colo de útero no Brasil, sendo 1270 casos em Minas Gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2019). Esse conjunto de dados ajuda a entender que não se pode dissociar indicadores de saúde dos sistemas de informação em saúde (SIS), um dos quais é o e-SUS. Os sistemas de informação em saúde são importantes para que profissionais dessa área desenvolvam a capacidade de atuar em serviços prestados pela APS no âmbito da saúde da família, conseguindo identificar riscos nos problemas apresentados pelos pacientes e realizando o encaminhamento desses pacientes para a atenção necessária (VILLELA, 2020).

Em relação ao exame citopatológico, o Sistema único de Saúde manteve uma oferta estável de exames entre 2016 e 2021. Em 2020, a pandemia de Covid 19 ocasionou uma queda na realização de exames, devido às recomendações de isolamento social. Embora o número de exames realizados tenha aumentado em 2021, este ainda é inferior ao período anterior a 2020 (INCA, 2022), evidenciando que a pandemia pode ter incluído um cenário que pode impactar as projeções de casos de câncer de colo de útero. Em Minas Gerais, no ano de 2019, foram 828.025 exames. Número que caiu para 479.627 em 2020 e que voltou a subir para 683.505 em 2021 (INCA, 2022).

5.5 Questões sobre o perfil da população com câncer de colo de útero

Considerando que mulheres negras tendem a apresentar maiores taxas de atraso em exames periódicos (BOITANO; *et al.*, 2022), o câncer de colo de útero tem maior incidência entre esse grupo (SOUZA, 2019, FONSECA; ALVES DA SILVA; ALVES DA SILVA, 2021), importando verificar o perfil racial da população brasileira, assim como o perfil racial do atendimento no SUS.

Segundo IBGE (2010), o censo de 2010 apontou que negros e pardos correspondem a cerca de 50,7% da população brasileira, com cerca de 15 milhões de pretos e 82 milhões de pardos, e brancos a 47,7%, com 91 milhões de indivíduos. O perfil étnico da população também permite a elaboração de um perfil epidemiológico que aponta a maior incidência de mortes entre a população preta e parda, apontando a relação entre desigualdade racial e assistência à saúde (CHOR; LIMA, 2008).

A desigualdade racial é um fator importante na determinação do acesso a serviços de saúde básica, sendo as pessoas pretas e pardas as que apresentam maior vulnerabilidade e dificuldade de acessar serviços de saúde (COBO; CRUZ; DICK, 2021). O SUS, nesse caso, enquanto parte de uma política nacional de saúde, colabora pra um acesso mais universal e igualitário ao sistema de saúde. Dados da PNS informam que cerca 80% das pessoas pretas ou pardas dependem do SUS, enquanto que, entre pessoas brancas, essa porcentagem cai para 61,2% (COBO; CRUZ; DICK, 2021).

A população negra, além de apresentar menor taxa de acesso a saúde, também enfrenta serviços de menor qualidade e de menor eficácia, o que representa numa grande vulnerabilidade epidemiológica (NUNES DA SILVA; *et al.*, 2020). Essa dificuldade de acesso a saúde compromete os serviços de prevenção, o que afeta, especialmente, as mulheres negras, que têm acesso mais precário a assistência à saúde (NUNES DA SILVA; *et al.*, 2020). Cita-se a esse respeito o racismo institucional como um dos fatores que dificulta o acesso de mulheres negras a serviços de saúde, sobretudo quando se trata de saúde preventiva (MÁRIO; *et al.*, 2008, GOES; NASCIMENTO, 2013).

Nesse cenário, o nível de acesso satisfatório à saúde passa de 15,4%, entre mulheres brancas, para 7,9% entre mulheres negras (GOES; NASCIMENTO, 2013). O que significa que, segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios, realizada pelo IBGE (PNAD/IBGE), em 2008, estes são os percentuais de mulheres brancas (15,4%) e negras (7,9%) que realizam exames preventivos importantes como mamografia e colo de útero e têm plano de saúde ou acesso ao SUS.

O fator etário também atua como um dificultador de acesso a saúde, já que as mulheres negras com idade igual ou superior a 50 anos têm menos acesso aos serviços de saúde, devido à discriminação geracional, quando

comparado com mulheres brancas (GOES; NASCIMENTO, 2013), o que torna aquelas uma população mais vulnerável, por exemplo, ao câncer de colo de útero, devido ao atraso na realização do exame citopatológico ou a não realização do mesmo (BAIROS; MENEGHEL; OLINTO, 2008).

Outros estudos ainda apontam um fator adicional como dificultador do acesso à saúde pela população negra feminina: a pandemia de Covid-19, que evidenciou ainda mais a desigualdade do atendimento médico a população negra, que, embora seja a maioria da população brasileira, apresenta os indicadores mais baixos de acesso à saúde (ALVES DOS SANTOS, 2020, SANTOS, 2022, INCA, 2022).

Um dos efeitos desses números se mostra na comparação entre a porcentagem de óbitos de mulheres brancas e negras por câncer de colo de útero. Cerca de 99% dos óbitos no Brasil, entre 2002 e 2017, foi de mulheres brancas e negras, sendo 50,4%, dos 50.919 óbitos registrados, de mulheres negras, contra 48,8% de mulheres brancas (SOUZA, 2019). Já no período de 2010 a 2019, o número foi de 30.786 óbitos de mulheres negras, cerca de 53,66% do total de óbitos (FONSECA; ALVES DA SILVA; ALVES DA SILVA, 2021). Desse total (53,66%), 42,00% foi de mulheres entre 40 e 59 anos, 42,47% de mulheres com idade igual ou superior a 60 anos (FONSECA; ALVES DA SILVA; ALVES DA SILVA, 2021).

O número de óbitos de mulheres negras de 2010 a 2019, passou, então, de 2.440 para 3.717, numa porcentagem de 48,94% para 56,35% do tal de óbitos, sendo que número foi de 2.239, 44,91%, para 2.639, 40,01%, entre mulheres brancas (FONSECA; ALVES DA SILVA; ALVES DA SILVA, 2021). O que mostra que, embora o étnico-racial seja relevante na ocorrência desse tipo de câncer, as implicações sociais do componente racial também podem ser relevantes na ocorrência desses óbitos (BAIROS; MENEGHEL; OLINTO, 2008, NUNES DA SILVA; *et al.*, 2020, COBO; CRUZ; DICK, 2021, INCA, 2022, BOITANO; *et al.*, 2022).

Esses dados mostram que a política de rastreamento ainda deixa a desejar, podendo influenciar a taxa de morbi-mortalidade (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, CLARO; LIMA; ALMEIDA, 2021), já que essa defasagem na coleta impede que seja detectado e tratado a tempo (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010, RIBEIRO; *et al.*, 2020, FERREIRA; *et al.*, 2022). Esses dados

também sugerem que o rastreamento empregado é o oportunista e não o organizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021), havendo chance de a população-alvo não realizar o preventivo, sendo necessário o aprimoramento de programas de rastreio (MAIA; SILVA; SANTOS, 2018, CLARO; LIMA; ALMEIDA, 2021). Além dos dados sugerirem a opção pelo rastreio oportunista, que apresenta baixa eficácia (TEIXEIRA; *et al.*, 2022), eles refletem a constatação de que a realização do preventivo decai em regiões com menor IDH e/ou em que a população tem menor nível de renda (DERCHAIN; TEIXEIRA; ZEFERINO, 2016, WHO, 2021, BRUNI; *et al.*, 2022).

Mulheres negras são as que têm maior atraso na realização do exame preventivo (BOITANO; *et al.*, 2022), portanto acabam tendo maior propensão para desenvolverem o câncer de colo de útero (SOUZA, 2019, FONSECA; ALVES DA SILVA; ALVES DA SILVA, 2021). Os dados podem corroborar que o fator racial constitui um importante motivo para o atraso na realização do exame, ou mesmo para sua não realização (COBO; CRUZ; DICK, 2021). O que é reforçado pelo contraste com a porcentagem de mulheres brancas que realizaram o exame. A população negra, assim, apresenta, segundo os dados levantados, maior vulnerabilidade epidemiológica (BAIROS; MENEGHEL; OLINTO, 2008, NUNES DA SILVA; *et al.*, 2020).

É importante atentar para a relação entre os protocolos de prevenção ao câncer de colo de útero e a faixa etária na qual se recomenda a realização do exame preventivo (INCA, 2016, WHO, 2020, MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021, BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Para tanto, deve-se lembrar que a chance de aparecerem lesões cancerígenas é maior após os 35 anos e aumenta após os 50 anos, embora seja comum sua ocorrência a partir dos 30 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 2021).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações trazidas pela pesquisa mostram que a prevenção ao câncer de colo de útero é desigual assim como o são os indicadores sociais do país. Fatores como a cor da pele, ou a distância geográfica de comunidades em relação aos serviços de saúde, ainda são determinantes para a morbimortalidade do câncer de colo de útero. Desses dois fatores, o pertencimento étnico-racial parece ser o mais relevante, tendo-se em vista o racismo estrutural que vigora no país e que, de certo modo, influencia a condição socioeconômica das mulheres negras, já que estas têm menos acesso a empregos melhores, menos acesso à educação e à assistência médica (BRASIL/Ministério da Saúde, 2017).

A esse respeito, a *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* (BRASIL/Ministério da Saúde, 2017) confirma que a assistência à saúde no Brasil é desigual, ocasionando uma relação maior entre determinados tipos de doença, como o câncer de colo de útero, e certos grupos populacionais, como as mulheres negras. Estudos que mostrem os detalhes dessa desigualdade, por sua vez, são importantes para se conhecer os detalhes dessa situação e apontar ações que ajudem a superar esse problema.

Embora o câncer de colo de útero tenha alto índice de morbi-mortalidade, o exame preventivo feito na época certa evita mortalidade, já que é considerado um câncer evitável, se o rastreamento for adequado (CLARO; LIMA; ALMEIDA, 2021, FERREIRA; *et al.*, 2022). Por sua vez. É importante que o tipo de rastreamento empregado não seja apenas o oportunista, já que o rastreamento organizado se mostra mais eficaz.

A observação desses estudos permite depreender a importância de procedimentos, como as auditorias, na melhoria da prevenção ao câncer de colo de útero evidenciando as áreas, que, por não contar com a mesma estrutura de atendimento à saúde de grandes centros, podendo levar a uma situação desigual no rastreamento desse tipo de câncer. Por isso, é importante a elaboração de estratégias que possibilitem tornar o rastreamento menos oportunista e mais organizado.

A auditoria poderia trazer indicadores precisos sobre a incidência de câncer de colo de útero em uma população. Além disso, a auditoria também é

um instrumento de fácil aplicabilidade para se conhecer a qualidade do rastreio em um determinado local, fornecendo dados sobre a situação dessa população frente a atitudes, como a realização do exame preventivo, possibilitando, a implementação de estratégias de rastreamento. Poderia-se focar a auditoria também nas possíveis queixas das próprias mulheres a respeito de suas dificuldades ou de sua resistência em realizar o exame preventivo.

Essas considerações permitem mostrar como a auditoria tem um papel de relevância na prevenção do câncer de colo de útero e como realidades diferentes podem ser motivadoras para a realização de auditorias que apontem essas especificidades.

O presente estudo demonstrou como a auditoria pode ter um papel relevante na melhoria da prevenção do câncer de colo uterino e como diferentes realidades podem ser motivadoras para a realização de auditorias para que seja evidenciado especificidades locais. Por se tratar de um uma pesquisa bibliográfica e exploratória, o presente estudo tem como limitações a falta de dados quantitativos que permitam inferir com mais propriedade os efeitos da auditoria em uma população. Além disso, os achados do trabalho não se aplicam a populações específicas, posto que estas não foram consideradas na realização do estudo.

REFERÊNCIAS

- ALVES DOS SANTOS, M. P. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, v. 34, n. 99, p. 225-243, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- AZEVEDO E SILVA, Gulnar; *et al.* Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 7, p. 1-15, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fj5Q7hxCTBZyDLb68j4nqHR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 out. 2023.
- BAIRROS, F. S.; MENEGHEL, S. N.; OLINTO, M. T. A. Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 17, n. 2, p. 123-153, 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a11.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- BARBOSA, I. R.; *et al.* Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 253-262, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4fPmhjY8gB6pY8TsfKyBkxj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2023.
- BENJAMIN, Andrea. Audit: how to do it in practice. *BMJ: Biomedical Research Journal*, v. 336, p. 1241-1245, 2008. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/336/7655/1241>. Acesso em: 11 fev. 2023.
- BOITANO, T. K. L.; *et al.* Increased disparities associated with black women and abnormal cervical cancers screening follow-up. *Gynecology Oncology Reports*, v. 42, n. 1, p. 1-4, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352578922001217?via%3Dihub>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- BOSCH, F. X.; *et al.* Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 87, n. 11, p. 796-802, 1995. Disponível em: <https://academic.oup.com/jnci/article-abstract/87/11/796/1141620?redirectedFrom=fulltext&login=false>. Acesso em: 08 mar. 2023.
- BOSCH F. X.; MUNOZ, N. The viral etiology of cervical cancer. *Virus Research*, v. 89, n. 2, p. 183-190, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168170202001879?via%3Dihub>. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL/Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Disponível em:

[//efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf). Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013*. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-874-16-maio-2013>. Acesso em: 14 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. *Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2. Ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigeido.Pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *NOTA TÉCNICA Nº 4/2022-SAPS/MS*. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_4_2022.pdf. Acesso em: 14 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (Conprev). Instituto Nacional do Câncer. *Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

BRUNI, M. D. L.; *et al.* Cervical cancerscreeningprogrammesand age-specificcoverageestimates for 202 countries andterritoriesworldwide: a review andsyntheticanalysis. *The Lancet: global health*, v. 10, n. 8, p. 1115-1127, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00241-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00241-8/fulltext). Acesso em 11 mar. 2023.

BURD, E. M. Human Papillomavirusand Cervical Cancer. *Clinical Microbiological Review*, v. 16, n. 1, p. 1-17, 2003.

CHIN, Felicia H. X.; *et al.* Primary HPV cervical screening: Clinical audit of outcomes of women seen at a tertiary referral centre for colposcopy in Australia. *Australian and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 61, n. 5, p. 750-758, 2021. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ajo.13367>. Acesso em: 03 out 2023.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set-out, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yfwM8hy9dSFt9y7SNV9mVWj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CLARO, I. B.; LIMA, L. D.; ALMEIDA, P. F. Diretrizes, estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: as experiências do Brasil e do Chile. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4497-4509, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/ryPf33LvS6k5yJMqYMSSPPd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2023.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWgfGzS58qxCKG7QHdVj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CORINA, G. L.; *et al.* Epidemiologia do câncer cervical no Brasil: uma revisão integrativa. *Journal of Nursing and Health*, v. 12, n. 2, s. p., 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21749/14263>. Acesso em: 06 mar. 2023.

COSTA, J; H. G. Prevenção do câncer de colo do útero em comunidades ribeirinhas atendidas pelo Programa Luz na Amazônia, Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica: Saúde*, v. 2, n. 4, p. 17-22, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v2n4/v2n4a03.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2023.

DERCHAIN, S.; TEIXEIRA, J. C.; ZEFERINO, L. C. Organized, Population-based Cervical Cancer Screening Program: It Would Be a Good Time for Brazil Now. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 38, n. 4, p. 161-163, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/XqpcbGhsPhZg4PPH7G3QZSL/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 mar. 2023.

ESPOSITO, P.; CANTON, A. Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology. *World Journal of Nephrology*, v. 3, n. 4, p. 249–255, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4220358/>. Acesso em: 09 mar. 2023.

FERNANDES, N. F. S.; *et al.* Desafios para prevenção e tratamento do câncer cervicouterino no interior do Nordeste. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v. 38, n. 1, p. 1-27, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/VQbssGG5M9tfMj7vpnLmDCL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2023.

FERREIRA, M. L. S. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Revista de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 378-384, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/NHnFXbYTbsz7qnPJzNLkKSd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 06 mar. 2023.

FERREIRA, M C. M.; *et al.* Detecção precoce e prevenção do câncer do colo do útero:

conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 2291-2302, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Z3tXcyhpMP6MLcJzTCmq9bn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 mar. 2023.

FONSECA, C. A. D. Auditoria clínica como ferramenta da qualidade: relato de experiência. *Revista norte mineira de enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 85-96, 2020. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/1231/1280>. Acesso em: 06 mar. 2023.

FONSECA, T. A. A.; ALVES DA SILVA, D. T.; ALVES DA SILVA, M. T. A. Distribuição dos óbitos por câncer de colo do útero no Brasil. *Journal Health:Biological Science*, v. 9, n. 1, p. 1-6, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1362275/4009.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2023.

GALLOWAY, D. Papillomavirusvaccines in clinicaltrials. *Lancet InfectiousDisease*, v. 3, n. 8 p. 469-475, 2003. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(03\)00720-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(03)00720-5/fulltext). Acesso em: 08 mar. 2023.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde Debate*, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2023.

GOMES, R.; CALEMAN, G. A polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde coletiva*, v. 20, n. 8, p. 24-31, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nsDszqYbvS7z8CY4wnb8cCf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 mar. 2023.

HARAN, M.; *et al.* Anauditofthe cervical screeningprogramme in theNationalDrugTreatment Centre (NDTC). *Journalof Medical Science*, v. 190, n. 4, p. 1379–1386, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7809234/pdf/11845_2020_Article_2459.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

HARTY, Elena; *et al.* Cervical screening using HPV-DNA cytology in a low-income setting: an audit within a socio-economically deprived rural community in the Philippines. *Journal of Global Health Reports*, v. 7, n. 1, n. p., 2023. Disponível em: <https://www.joghr.org/article/83912-cervical-screening-using-hpv-dna-cytology-in-a-low-income-setting-an-audit-within-a-socio-economically-deprived-rural-community-in-the-philippines>. Acesso em: 04 out. 2023.

IBGE. *Censo Demográfico*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/rendimento-despesa-e-consumo/9662-censo-demografico-2010.html>. Acesso em: 15 mar. 2023.

INCA (Instituto Nacional do Câncer). [Câncer de colo de útero] *Mortalidade*. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/dados-e-numeros/mortalidade>. Acesso em: 06 mar. 2023.

INCA. *Exames citopatológicos do colo do útero realizados no SUS*. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/dados-e-numeros/exames-citopatologicos-do-colo-do-utero-realizados-no-sus>. Acesso em: 14 mar. 2023.

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

JANMOHAMED, F. Clinical audit made easy. *STUDENTBMJ*, v. 14, p. 20-22, 2006. Disponível em: https://www.bmj.com/content/332/Suppl_S1/060120. Acesso em 10 fev. 2023.

KURMAN R. H.; HERBST, N.; SCHIFFMAN, M. H. Interim guidelines for management of abnormal cervical cytology. In: *The 1992 National Cancer Institute Workshop*, v. 271, n. 23, p. 1866-1869, 1994. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/375003>. Acesso em: 08 mar. 2023.

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 9, p. 3431-3442, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wKH88LkHg3qq87tCLQtqvTp/?lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2023.

MAIA, M. N., SILVA, R. P. O., SANTOS, L. P. R. A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1633/911>. Acesso em: 10 mar. 2023.

MÁRIO, T.; *et al.* *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: Ipea; 2008.

MENDONÇA, V. G.; *et al.* Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 30, n. 5, p. 248-255, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/k3NT8BsfNtP48J5Fdty6bfy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA. *Detecção precoce do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

MOSCICKI, A. B.; *et al.* Risks for incident human papillomavirus infection and low grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *Journal of American Medical Association*, v. 285, n. 23, p. 2995-3002, 2001. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193936>. Acesso em: 08 mar. 2023.

MÜNGER, K.; HOWLEY, P. M. Human papillomavirus immortalization and transformation functions. *Virus Research*, v. 89, n. 2, p. 213-228, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168170202001909?via%3Dihub>. Acesso em: 08 mar. 2023.

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, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/b7Xh54fHGTFGWtwqkXxcBmy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 mar. 2023.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-10, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1011/690>. Acesso em: 13 mar. 2023.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, London, v. 69, n. 678, p. 28-29, Jan 2019. Disponível em: <https://bjgp.org/content/69/678/28>. Acesso em 13 mar. 2023.

NUNES DA SILVA, N.; *et al.* Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 4, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nMTkjYhjBNwbqmQCDZNPkzM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2023.

OLIVEIRA JÚNIOR, N. J.; CARDOSO, K. E. O papel do enfermeiro frente à auditoria hospitalar. *Revista de Administração em Saúde*, v. 17, n. 68, p. 1-15, 2017. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/52>. Acesso em: 08 mar. 2023.

PEIRSON, L.; *et al.* Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, v. 2, n. 35, p. 1-14, 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/2046-4053-2-35>. Acesso em: 10 mar. 2023.

PORFÍRIO DE SOUZA, Alex Sander. **Diferenças raciais nas mortes por câncer de colo de útero no Brasil**. 2019. 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-06072020-153519/publico/AllexSanderPorfiriodeSouzaVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

RIBEIRO, B. C.; *et al.* Rastreamento do câncer de colo do útero em um município do sudoeste do Paraná. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 3. n. 1, p. 41-50, 2020. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/370/114>. Acesso em: 10 mar. 2023.

RODRIGUES, Felipe Coutinho; *et al.* Direitos humanos e saúde da mulher negra: revisão literária dos fatores associados ao câncer de colo uterino no Brasil. In: BARBOSA, Pedro; *et al.* (Orgs.). **Saúde da Mulher e do Recém-Nascido**: políticas, programas e assistência multidisciplinar, Volume 2. São Paulo: Editora Científica, 2021. p. 78-90. Disponível em: [//efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/210805880.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/210805880.pdf). Acesso em: 25 out. 2023.

ROLIM, E. M. M.; *et al.* A escuta qualificada como ferramenta para a humanização a saúde de mulheres com tumores malignos ginecológicos. In: CABRAL, S. A. A. (Orgs.). *Cuidado e Atenção Humanizada no Câncer Ginecológico: perspectivas atuais*. Cajazeiras: IDEIA/ 2020. p. 6-16.

ROTELI-MARTINS, C. M.; *et al.* Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 29, n. 11, p. 580-587, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/xvnxzF4PKmSR4XNHfKQhxVx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 mar. 2023.

SADOVSKY, A. D. I.; *et al.* Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 7, p. 1539-1550, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QNRmgP7ZxvMHRqTNDqGdLZf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2023.

SANTOS, L. S. P. *Desafios e estratégias para garantia do acesso da população negra aos serviços de saúde no contexto da pandemia da covid-19: uma análise bioética*. 2022. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

SANTOS, J. M.; GOMES, R. S. Sentidos e percepções das mulheres acerca das práticas preventivas do câncer do colo do útero: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 68, n. 2, p. 1-9, 2022.

Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1632/1609>. Acesso em: 06 mar. 2023.

SCHIFFMAN, M. H.; *et al.*

Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *Journal of National Cancer Institute*, v. 85, n. 12, p. 958-64, 1993.

SANTOS, V. R. D.; *et al.* Instrumento norteador para auditoria clínica de protocolos. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 21, n. 82, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://cqh.org.br/ras/article/download>. Acesso em: 06 mar. 2023.

SOUSA, Marcos R. de; RIBEIRO, Antonio Luiz P. Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 92, n. 3, p. 241-251, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/fM7by9YHVXjb3GbdnnMcdJv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2023.

SOUZA, A. S. P. *Diferenças raciais na mortalidade por câncer por colo de útero no Brasil*. 2019. 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde-Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

TAMRAKAR, S. R.; CHAWLA, Charul. A Clinical Audit of Pap Smear Test for Screening of Cervical Cancer. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 7, n. 2, p. 21-24, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/287450031_A_Clinical_Audit_of_Pap_Smear_Test_for_Screening_of_Cervical_Cancer. Acesso em: 03 out. 2023.

TEIXEIRA, J. C.; *et al.* Organization of cervical cancer screening with DNA-HPV testing impact on early-stage cancer detection: a population-based demonstration study in a Brazilian city. *The Lancet: global health*, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2667-193X%2821%2900080-6>. Acesso em: 10 mar. 2023.

UNIVERSITY HOSPITALS BRISTOL (UHB). *What is Clinical Audit?*, p. 1-6, 2009. Disponível em: <https://www.uhbristol.nhs.uk/files/nhs-ubht/1%20What%20is%20Clinical%20Audit%20v3.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

WALBOOMERS, J. M. M.; *et al.* Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *The Journal of Pathology*, v. 189, n. 1, p. 12-19, 1999. Disponível em: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1096-9896\(199909\)189:1%3C12::AID-PATH431%3E3.0.CO;2-F](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1096-9896(199909)189:1%3C12::AID-PATH431%3E3.0.CO;2-F). Acesso em: 08 mar. 2023.

WANG, Jiangrong; *et al.* Cervical cancer case-control audit: Results from routine evaluation of a nationwide cervical screening program. *International*

Journal of Cancer, v. 146, n. 5, p. 1230–1240, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7003887/>. Acesso em: 03 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>. Acesso em: 8 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention*. 2 ed. Geneva: World Health Organization; 2021.

WILLIAMS, O. What is clinical audit? *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, n. 78, p. 406-411, 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2502921/pdf/annrcse01603-0008.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2023.

ZEFERINO, L. C.; *et al.* Guidelines for HPV-DNA Testing for cervical cancer screening in Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 40 n. 2, p. 360-368, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/Pz53XpmyCnZ9z67BqSbwCtP/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 14 mar. 2023.

ZONTA, R.; *et al.* *Rastreamento, check-up e prevenção quaternária*. Florianópolis: UFSC, 2017.