



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Catarina Dupret Vassallo de Abreu

EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO UTERINO NA CIDADE DO RIO DE
JANEIRO ENTRE 2014 E 2025: UMA ANÁLISE ETÁRIA E RACIAL

RIO DE JANEIRO

2026

Catarina Dupret Vassallo de Abreu

EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO UTERINO NA CIDADE DO RIO DE
JANEIRO ENTRE 2014 E 2025: UMA ANÁLISE ETÁRIA E RACIAL

Trabalho apresentado como requisito
para obtenção do título de Enfermeira
Especialista de Pós-Graduação em
Enfermagem de Família e Comunidade
da Secretaria Municipal de Saúde do Rio
de Janeiro.

Orientadora: Dra. Liana Viana Ribeiro

Rio de Janeiro
2026

RESUMO

Objeto do estudo: Exame citopatológico do colo uterino realizado na cidade do Rio de Janeiro. **Objetivo:** Analisar os exames citopatológicos do colo uterino realizados na cidade do Rio de Janeiro entre os anos 2014 e 2025, na perspectiva etária e racial. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com mulheres atendidas em serviços de Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário estruturado, contemplando variáveis sociodemográficas, histórico ginecológico, conhecimento sobre o exame citopatológico e acesso aos serviços de saúde. Os dados foram analisados por estatística descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas, permitindo a caracterização da amostra e a identificação de fatores associados à adesão ao exame. **Resultados:** Os resultados apresentam um crescimento progressivo na realização dos exames citopatológicos ao longo dos primeiros anos da série histórica, seguido de queda acentuada a partir de 2020, coincidente com o período da pandemia de COVID-19. A partir de 2022, verificou-se recuperação gradual do número de exames, embora sem retorno imediato aos patamares pré-pandêmicos. A maior concentração dos exames ocorreu entre mulheres de 25 a 49 anos, faixa etária prioritária para o rastreamento, enquanto foi identificada redução progressiva da realização do exame em mulheres entre 50 e 64 anos. Persistiram desigualdades raciais, com sub-representação de mulheres pretas e indígenas. A variável escolaridade apresentou elevada incompletude, inviabilizando análises mais aprofundadas sobre seu impacto na adesão ao rastreamento. A maioria dos exames apresentou resultado negativo para malignidade, evidenciando a efetividade do rastreamento citológico na detecção precoce de alterações cervicais. As lesões de alto grau e malignas apresentaram baixa prevalência ao longo do período analisado. Quanto à periodicidade, a maior parte dos exames foi realizada em intervalo de um a dois anos em relação ao exame anterior, porém uma proporção relevante apresentou intervalo superior a quatro anos, indicando lacunas na cobertura e possíveis falhas na educação em saúde. **Conclusão:** A análise dos exames citopatológicos do colo do útero realizados no município do Rio de Janeiro evidenciou que a maior parte do rastreamento se concentra em mulheres entre 25 e 49 anos, em consonância com as diretrizes nacionais. Contudo, observou-se redução progressiva da realização do exame em mulheres de 50 a 64 anos, indicando a necessidade de estratégias específicas para ampliar a cobertura em faixas etárias mais elevadas, nas quais há maior risco de progressão para neoplasias invasivas. Persistem desigualdades raciais no acesso ao rastreamento, com sub-representação de mulheres pretas e indígenas, o que reforça a existência de iniquidades estruturais nos serviços de saúde e a urgência de políticas públicas voltadas à equidade. O estudo também demonstrou que o rastreamento do câncer do colo do útero é sensível a contextos adversos, como durante a pandemia de COVID-19, seguida de recuperação gradual. Apesar disso, os dados apontam para avanços na qualidade dos registros e na estabilidade do programa ao longo do período analisado.

Palavras-chaves: Enfermagem. Saúde da Mulher. Saúde coletiva. Neoplasias do Colo do Útero.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de exames citopatológicos do colo uterino em pessoas com útero realizados no SUS, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025	21
Tabela 2 -	Distribuição dos exames citopatológicos do colo uterino realizados segundo raça/cor de pele e idade, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025	30
Tabela 3 -	Distribuição comparativa dos exames citopatológicos do colo uterino realizados no SUS segundo faixa etária e raça/cor de pele, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025	36
Tabela 4 -	Distribuição comparativa dos exames citopatológicos do colo uterino realizados no SUS segundo pessoas em idade fértil e não fértil e cor de pele, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025	41
Tabela 5 -	Caracterização dos resultados de exames citopatológicos do colo uterino em pessoas com útero realizados no SUS, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, 2014-2025	44
Tabela 6 -	Caracterização dos resultados de exames citopatológicos do colo uterino em pessoas com útero realizados no SUS segundo as alterações celulares do colo uterino, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, 2014-2025	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Número de exames realizados do colo uterino no SUS, Rio de Janeiro/ RJ, 2014 a 2025	18
Figura 2 -	Número de pessoas com útero que fizeram o exame citopatológico do colo do útero na SUS segundo as faixas etárias, cidade do Rio de Janeiro, 2015 a 2025	22
Figura 3 -	Percentual de exames citopatológicos do colo uterino em pessoas com útero no SUS segundo faixa etária, cidade do Rio de Janeiro, 2015 a 2025	25
Figura4 -	Número de pessoas com útero que fizeram o exame citopatológico do colo do útero na SUS segundo as faixas etárias, cidade do Rio de Janeiro, 2015 a 2025	27
Figura 5 -	Distribuição dos exames citopatológicos do colo uterino realizados no SUS segundo raça/cor de pele e ano, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025.	32
Figura 6 -	Comparação dos exames citopatológicos do colo uterino realizados no SUS segundo pessoas em idade fértil e não fértil e cor de pele, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025	42
Figura 7 -	Distribuição temporal dos exames citopatológicos do colo uterino de rastreamento realizados no SUS, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025	47
Figura 8 -	Distribuição temporal dos exames citopatológicos do colo uterino de repetição (Exame Alterado ASCUS/Baixo Grau) realizados no SUS, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025	47
Figura 9 -	Distribuição temporal dos exames citopatológicos do colo uterino de seguimento realizados no SUS, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025	47
Figura 10 -	Distribuição dos exames citopatológicos do colo uterino de rastreamento realizados no SUS segundo ano e faixa etária, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025	54
Figura 12 -	Distribuição dos exames citopatológicos do colo uterino de Repetição (Exame Alterado ASCUS/Baixo Grau) realizados no SUS segundo ano e faixa etária, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025	57
Figura 13 -	Distribuição dos exames citopatológicos do colo uterino de Seguimento realizados no SUS segundo ano e faixa etária, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025	59

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	08
	OBJETIVO DO ESTUDO	13
1	METODOLOGIA	16
2	RESULTADO E DISCUSSÃO	17
	CONCLUSÃO	65
	REFERÊNCIAS	68

INTRODUÇÃO

O objeto do estudo é o exame citopatológico do colo uterino realizado na cidade do Rio de Janeiro.

A saúde das mulheres e pessoas com útero é considerada um dos temas de grande atenção na saúde pública. Conforme o avanço da expectativa de vida, os dados indicam uma mudança do perfil epidemiológico de saúde em mulheres tanto para câncer como para doenças crônicas não transmissíveis.

Para o presente estudo, optou-se pelo uso também do termo “pessoas com útero”, por considerar a diversidade de identidades de gênero e, simultaneamente, manter o foco nas demandas específicas de saúde sexual e reprodutiva. A escolha terminológica buscou evitar a exclusão de indivíduos cujas identidades de gênero não se enquadram rigidamente na categoria feminina, mas que, em razão da presença do útero, podem demandar atenção especializada à saúde, promovendo uma abordagem linguística inclusiva e sensível à diversidade de identidades de gênero. Reconhece-se que, além das mulheres cisgênero, pessoas transgênero e não-binárias também podem possuir o órgão reprodutivo em questão e necessitar de cuidados de saúde direcionados.

O Câncer de Colo de Útero hoje representa o quarto tipo de neoplasia maligna mundial mais incidente entre as mulheres e pessoas com útero mundialmente, permanecendo como um problema de saúde pública global. Os dados mundiais indicam um total de novos casos de 604 mil de pessoas com este tipo de câncer, e cerca de um total de 342 mil, evoluem para óbito por esta problemática. No Brasil, consiste na terceira etiologia mais frequente entre esta população (INCA, 2022a).

Considerando a projeção da doença para o triênio 2023-2025, há uma estimativa de 17.010 mil novos casos (Brasil, 2023a). Estes valores despertam preocupação e a necessidade de medidas e estratégias de cuidado para o combate à doença. A prevenção, o rastreamento, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para garantir a saúde e a qualidade de vida das pessoas com útero. E por isso, é fundamental abordar a saúde oncológica feminina.

O Ministério da Saúde no ano de 2014, baseado em diretrizes tecnológicas, apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

(PNAISM) (Brasil, 2004), expandindo o já existente Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Tal feito é uma resposta se deu como resposta às pressões sociais existentes relacionadas à necessidade de aprofundamento e maior atenção à saúde da população feminina.

A política pública citada no parágrafo anterior, tem como foco principal a busca baseada em uma visão mais abrangente e completa sobre a mulher. Estabelecendo um escopo maior sobre diversos contextos de sua vida, visando um acesso universal e mais igualitário à saúde e promovendo uma maior autonomia do autocuidado.

Os cuidados propostos na através da PNAISM se expandem para além do contexto reprodutivo, isto é, do processo gestacional, puerperal e maternal. Essa política reconhece, reconhecendo que a saúde desta população não se restringe a esses momentos e lugares. Promoção, prevenção e assistência, nos seus maiores níveis de completude são tratados como finalidades pela política.

Nesse sentido, o Câncer de Colo de útero integra uma das temáticas abordadas na sua maior singularidade através destas políticas públicas, integradas com o Programa Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Objetiva-se a eliminação desta.

Atualmente, o Brasil possui três principais pilares de sustentação desta temática, sendo estes a vacinação contra o vírus HPV, rastreamento organizado realizado através da coleta do citopatológico e o tratamento de lesões pré-cancerosas. Estas ações Tais feitos avançam em conjunto e de maneira alinhada às Estratégias Globais da OMS.

É importante destacar que a neoplasia de colo uterino ocorre de maneira silenciosa uma vez que sua evolução apresenta um padrão gradual e lento ocorre de forma gradual e lenta. Primeiramente, a doença surge com algumas lesões benignas com potenciais chances de evolução para lesões precursoras do câncer de colo de útero. Quando comparado a outros tipos, essa neoplasia possui uma potencialidade em taxa de resolatividade e cura. (INCA, 2022b).

O desenvolvimento desta neoplasia está principalmente associado à infecção pelo vírus HPV (Papilomavírus Humano). Este apresenta-se em diversos subtipos, sendo HPV-16 e HPV-18 os que mais estão associados à esta problemática, cerca de 70% dos casos. Ainda que este quadro seja um desfecho

raro, quando se compara a quantidade de pessoas com útero vivendo com esse tipo de vírus e as que desenvolvem este tipo de câncer (BRASIL, 2025).

Acrescido da presença deste vírus do vírus em questão apresentado anteriormente, fatores relacionados ao estilo de vida também influenciam diretamente no desenvolvimento da neoplasia do colo uterino desse tipo de neoplasia. Como por exemplo o tabagismo, exposição à diversos parceiros sexuais, início precoce da vida sexual e exposição prolongada à anticoncepcionais orais. Além da idade, onde observa-se uma presença maior em mulheres e pessoas com útero acima de 30 anos (BRASIL, 2025).

É importante destacar que a neoplasia do colo uterino na maioria dos casos, como citado anteriormente, tem como característica um bom prognóstico. Este fato se relaciona diretamente com o seu rastreamento, que obtém como resultado um tratamento iniciado de maneira precoce e uma taxa de morbidade menor (BRASIL, 2025).

No Brasil, a política assistencial voltada para o combate ao câncer de colo uterino consiste no rastreamento e identificação precoce da doença em mulheres. O rastreamento deste tipo de neoplasia equivale à identificação de indivíduos que têm maiores chances de desenvolvê-lo, tal como seu precursor. Abrangendo uma quantidade grande de mulheres, no intuito de entender como esta se porta socialmente. Portanto, a identificação precoce da doença, é sendo sua descoberta precoce o maior privilégio da ação (WHO, 2021).

A problemática que mais se associa ao regime de rastreamento é o tratamento desnecessário e em excesso daquelas em que seus resultados apresentam algum tipo de alteração com baixo risco de desenvolvimento de neoplasia. Entretanto, entende-se que os protocolos relacionados a periodicidade e cortes de idade associados ao processo diminuem tal questão (WHO, 2020).

Visto o apresentado, atualmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o rastreio entre mulheres de 25 à 64 anos de idade que já iniciaram atividade sexual, incluindo homens trans. Essa determinação se baseia no entendimento da maior probabilidade de desenvolvimento do câncer (BRASIL, 2025).

Antes dos 25 anos as lesões por infecção do vírus HPV e lesões de baixo grau são as de prevalência, obtendo, em sua maioria, regressão de maneira espontânea. Sendo apenas necessário um acompanhamento clínico, garantindo um cenário dentro do esperado. Após os 64 anos, com um acompanhamento garantindo normalidade, entende-se a baixa chance de desenvolvimento desta neoplasia. Podendo haver a realização fora desse corte, entretanto, quando necessário de acordo com avaliação clínica do profissional habilitado (BRASIL, 2025).

O procedimento propriamente dito configura-se por, inicialmente, uma inspeção da vulva e, posteriormente, canal vaginal e colo uterino. Os dois últimos são passíveis de serem analisados visualmente por conta da introdução do espécule. Ocorre a coleta de ectocervice e endocervice com materiais de referência para os mesmos e, posteriormente, inseridos em uma lâmina para análise (INCA, 2016).

Observa-se que apesar da política assistencial contemplar uma faixa etária mais robusta, observa-se ainda um quantitativo reduzido de exames realizados no Brasil e suas causas podem ser multifacetadas. O estudo de Pereira e Albuquerque (2025) observou que um dos fatores para a baixa adesão à realização do citopatológico associa-se, principalmente, à vergonha da exposição, medo e constrangimento durante o processo. Fatos esses também estão relacionados diretamente à falta de informação e propagação de fatos distorcidos sobre o assunto em questão.

Um outro fator está relacionado ao cenário atual da mulher multitarefa no dia a dia. A população feminina em geral vivencia diversas atividades concomitantes. É ela que ocupa seu tempo com trabalho, ações dentro de casa, estudo e cuidar da família, por exemplo. Essa rotina contribui em uma maior dificuldade de conciliar o autocuidado e maior preocupação com sua própria saúde o que faz com que sua busca pelo autocuidado se torne precária e não ocupe um lugar de importância ao seu ver (Brasil, 2023b).

O fator apresentado no parágrafo anterior interfere de maneira direta em mulheres que se encontram no corte de faixa etária considerado de idade fértil. Logo, aquelas que se apresentam entre 25 anos completos e 45 anos incompletos.

Em contrapartida, mulheres após os 45 anos vivenciam o corte de idade considerado fisiológico para climatério e menopausa estão em uma fase diferente, onde a aposentadoria e não responsabilidade com filhos, por exemplo, perpetuassem em sua maioria. Sendo este corte estabelecido a partir dos 45 anos completos, e estendendo-se até os 64 anos também completos. As diferentes responsabilidades diárias ainda relacionadas com o fator idade influenciam na realização e perpetuação do cuidado. Entendendo-se que mulheres maduras tendem a realizar de forma mais assídua e periódica o exame citopatológico, em comparação com aquelas que não se encontram neste período.

Reforça-se que o autocuidado, ainda que não relacionado à realização do exame citopatológico, tende-se a se fazer mais presente e inserir-se em todas as áreas da vida da mulher.

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 381/2011 (COFEN,2011) no âmbito da equipe de enfermagem determina que a coleta do citopatológico seja privativa da profissional enfermeira. Sendo este profissional devendo estar dotado de conhecimento sobre o assunto, assim como competências e habilidades para a realização do mesmo. Fazendo com que seja garantido rigor-técnico. Reforçando, também, a necessidade de capacitação continua para que este seja garantido.

A profissional enfermeira presente como gestora das Unidades de Atenção Primária atua destituindo a barreira do acesso existente entre pacientes e realização do exame. Onde ela passou a entender as dificuldades sociais e culturais que construíam este distanciamento, fazendo com que vivências únicas fossem vistas. Fazendo com que a USF se transformasse em lugar de acolhimento e resolução.

A busca ativa destas mulheres e o debruçar das equipes perante esta ação tornaram-se fatores essenciais neste processo, desencadeando um aumento da adesão à prevenção. O segundo fator também se baseou em ações no território, logo, exteriores ao ambiente da clínica, estabelecidas por meio de distribuição de panfletos e rodas de conversa, por exemplo.

Reforça-se a necessidade de uma responsabilidade envolvida no processo, durante a construção de vínculo e momentos baseados em educação permanente em saúde voltada à população geral.

Nesta direção, a participação da enfermeira como profissional que exerce esse ato com um olhar socialmente diferenciado mostra-se essencial para a ampliação e consolidação de uma nova organização do Sistema de Saúde Brasileiro. Onde as consultas de rotina passaram a fazer parte da vida das mulheres com leveza e periodicidade.

De acordo com o pontuado por Milhomem et. Al (2024) atualmente, a enfermagem é a categoria profissional que mais está envolvida no processo de manejar a prevenção do câncer de colo de útero na Estratégia de Saúde da Família, baseando-se em suas implementações fortalecedoras voltadas à essa situação. Tornando-se, portando, a peça-chave.

Entretanto, entende-se que a oferta da realização do citopatológico se difere de acordo com cortes de idade dentro do padrão estabelecido. Este panorama pode ser avaliado através da plataforma UNASUS, no qual apresenta de maneira quantitativa os números envolvendo a quantidade de coleta, relacionando-os às idades das pacientes.

Após essas reflexões, surge a seguinte pergunta de pesquisa: Será que as mulheres em idade fértil realizam mais exames citopatológico do colo uterino comparadas as mulheres na perimenopausa e menopausa?

Dito isto, o estudo apresenta as seguintes hipóteses:

- I. Hipótese: Mulheres em idade fértil realizam mais exames citopatológico do colo uterino em comparação as mulheres na perimenopausa e menopausa
- II. Hipótese nula: Mulheres em idade fértil não realizam mais exames citopatológico do colo uterino em comparação as mulheres na fase de perimenopausa e menopausa.

Com o intuito de responder à pergunta de pesquisa, o estudo objetivou analisar os exames citopatológicos do colo uterino realizados na cidade do Rio de Janeiro entre os anos 2014 e 2025, na perspectiva etária e racial.

Os objetivos específicos foram:

- I. Caracterizar os exames citopatológico do colo uterino na perspectiva da idade e raça/cor entre os anos 2014 e 2025;
- II. Calcular e analisar a frequência de exames citopatológicos do colo uterino realizados segundo a idade e raça/cor de pele entre os anos 2014 e 2025;
- III. Comparar o grupo de mulheres em idade fértil com mulheres na fase de perimenopausa e menopausa quanto ao quantitativo dos exames citopatológico do colo uterino realizados.

Este estudo se justifica ao se considerar que o tema câncer do colo uterino representa um dos programas de assistência à saúde da mulher em territórios mundial e nacional. Também se encontra como pauta fundamental e necessária nas políticas públicas e como objetivo Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030. Além disso, corresponde a um dos nichos de atuação da enfermagem na área da saúde da mulher na atenção primária a saúde.

O presente estudo contribui para a população, profissionais de enfermagem e os demais presentes na área da saúde, tanto no meio acadêmico como na assistência propriamente dita. Para além, há a possibilidade de contribuição de profissionais ainda em processo de formação. Onde existe a necessidade de sensibilização deles, proporcionando, assim, uma capacitação e olhar diferenciado no manejo de práticas de saúde da mulher, onde encontram-se diversos possíveis assuntos e situações que podem vir a serem abordadas e vivenciadas.

Considerando as contribuições do estudo, esse projeto possibilitará a valorização das mulheres a respeito de suas reais necessidades diante do rastreamento do colo uterino. A compreensão da realidade populacional carioca para ações de saúde mais assertiva de promoção e prevenção de agravos a saúde em geral. Na pesquisa possibilitará a discussão da temática em espaços acadêmicos, como em disciplinas de enfermagem e cenários de estágio. Ampliará olhares para a prática assistencial e novas discussões acerca das

vulnerabilidades e desigualdades sociais na saúde da mulher no contexto acesso e manutenção de sua saúde.

Possibilitará o surgimento de novas pesquisas e desdobramentos acerca da temática, assim como trará desdobramentos sobre a formação de discentes na área de saúde da mulher. Além disso, entende-se que essa pesquisa contribuirá não apenas na saúde da mulher, mas em outras áreas, possibilitando comparações da prática assistencial em outros nichos.

Fortalecerá ainda o grupo de pesquisa “Gênero, Violências e Práticas em saúde e Enfermagem” da Faculdade de Enfermagem/ UERJ, com produções e aprofundamento de discussões acerca das temáticas.

O estudo possibilitará reflexões sobre a prática assistencial de enfermagem, principalmente, no contexto das consultas de enfermagem e combate ao câncer de colo uterino.

Contribuirá na capacitação de profissionais acerca de indicadores na saúde da mulher e ainda na reflexão de perspectivas mais ampliadas da prática assistencial de enfermagem, principalmente às ações específicas voltadas para curso de vida e promoção e prevenção de agravos à saúde.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritiva e retrospectiva, baseada em dados secundários de acesso público disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), apresentando foco nas informações do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), para obtenção de dados sobre exames citopatológico do Estado do Rio de Janeiro. Além de estimativa populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2022, para cálculo de taxas e razões.

A pesquisa quantitativa, segundo Gil (2006), gera informações numéricas para classificação e análise, enquanto Vergara (2000) afirma que a pesquisa descritiva estabelece correlações entre variáveis.

A coleta de dados ocorreu em outubro a dezembro de 2025 e os dados obtidos através do sistema foram tabulados no Excel e posteriormente apresentados em formato de tabelas e gráficos. Os critérios de inclusão utilizados foram exames citopatológicos de colo de útero realizados em pessoas com útero, na cidade do Rio de Janeiro, de todas as idades, no período entre os anos de 2014 e 2025, e com disponíveis ao público no sistema DATASUS – SISCAN. As variáveis selecionadas foram exames citopatológicos realizados, idade em faixa etária, raça/ cor de pele e resultados de exames.

A análise estatística incluiu o cálculo de frequências absolutas e proporções. Para a análise de tendência temporal, foi utilizada a regressão linear simples. Os dados foram processados utilizando o programa Microsoft Excel®. Estimou-se a cobertura possível de rastreamento somando todos os exames realizados no período, sem restrição de idade entre as mulheres.

A pesquisa dispensou a necessidade de Avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa, por se tratar de um estudo que utiliza como base dados secundários de acesso público, sem identificação dos sujeitos.

Os dados foram apresentados em duas categorias: 1) Quantitativo de exames citopatológicos do colo uterino realizados na cidade do Rio de Janeiro entre 2014 e 2025.; 2) Caracterização dos resultados dos exames citopatológicos do colo uterino realizados na cidade do Rio de Janeiro entre 2014 e 2025.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados deste estudo considerou os exames citopatológicos do colo uterino realizados no município do Rio de Janeiro, entre 2014 e 2025, através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Os dados revelam tendências importantes do ponto de vista da saúde pública e do rastreamento do câncer do colo do útero.

Para uma melhor compreensão da temática, uma das principais formas de prevenção e controle do câncer do colo uterino é a detecção precoce, possível por meio da realização do exame citopatológico, também conhecido como exame preventivo. Ele é oferecido de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e permite a identificação de lesões precursoras que, se tratadas precocemente, possuem grandes chances de não evoluírem para o câncer.

As informações sobre o número de exames citopatológicos realizados são acompanhadas a nível nacional através do SISCAN. Este sistema é uma ferramenta de apoio à gestão para monitorar as ações de detecção precoce do câncer de colo uterino. Lançado em 2013, vem sendo implantado em todo território nacional, substituindo e integrando o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) e o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). O SISCAN é utilizado nas unidades de saúde, laboratórios de citopatologia e histopatologia que realizam exames pelo Sistema Único de Saúde e nas coordenações estaduais, regionais, municipais e intramunicipais responsáveis pelo acompanhamento das ações de detecção precoce do câncer (Ribeiro et al, 2025).

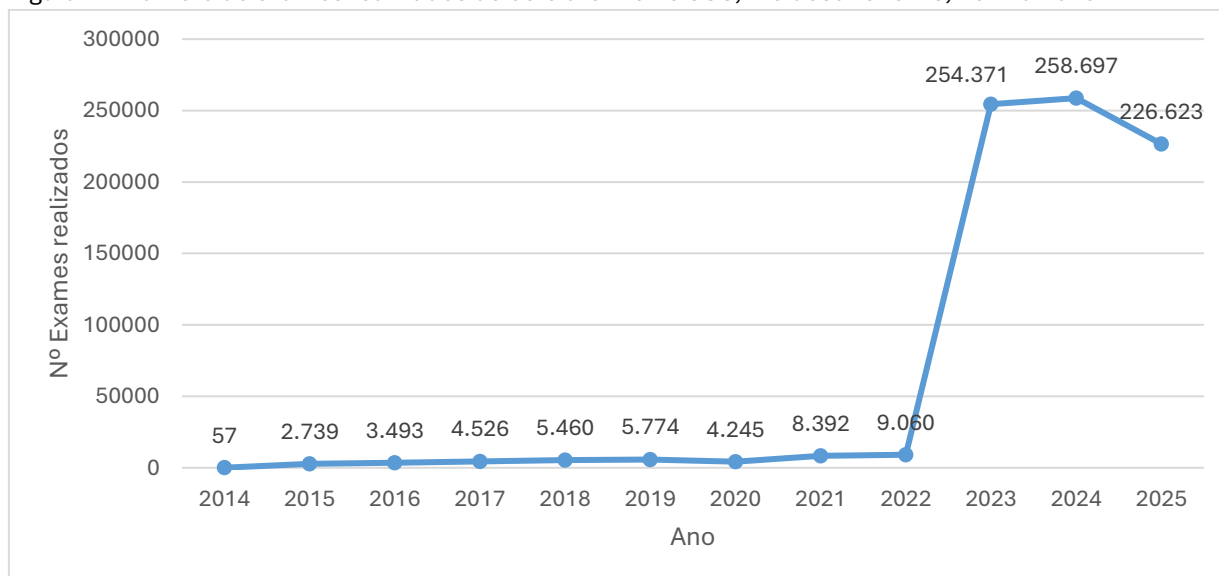
Essa nova versão do sistema de mapeamento permite identificar as mulheres que realizaram o exame citopatológico no SUS, e não apenas o número de exames ofertados, mas também calcular a cobertura do rastreamento para o câncer de colo do útero na população-alvo, mulheres de 25 a 64 anos, além de acompanhar a ampliação da oferta do exame. Os dados gerados pelo sistema permitem avaliar a qualidade dos exames, a distribuição dos diagnósticos, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de controle da doença (Ribeiro et al, 2025).

1. Quantitativo de exames citopatológicos do colo uterino realizados na cidade do Rio de Janeiro entre 2014 e 2025.

Essa sessão apresenta a prevalência da quantidade de exames preventivos realizado ao longo dos anos 2014 a 2025. Os dados foram analisados inicialmente por uma perspectiva geral, seguido por um olhar na perspectiva das diferenças raciais e etárias.

Ao se analisar o total de exames realizados no período de 2014 a 2025 (Figura 1), observa-se um crescimento expressivo do número de exames ao longo do período, com destaque para os anos entre 2023 e 2025, quando foram registrados mais de 250 mil exames por ano

Figura 1 – Número de exames realizados do colo uterino no SUS, Rio de Janeiro/ RJ, 2014 a 2025



Fonte: A autora, 2026.

A curva crescente no gráfico indica análises profundas e reflexivas sobre os exames citopatológicos do colo uterino no cenário brasileiro. A curva ascendente pode ser atribuída ao objetivo de melhorias na área da saúde ao longo dos anos com estratégias de ampliação da informatização, criação de um sistema adequado para o preenchimento constante dos dados e da capacitação e qualificação profissional dos profissionais de saúde e demais serviços/ setores envolvidos.

Em contrapartida, apesar desse aumento, esses dados podem indicar valores superestimados mascarando a verdadeira realidade de um território. O

sistema contabiliza o número total de exames realizados incluindo rastreamento, repetição e seguimento. Significa dizer que ocorre a contabilidade de mais de um exame no sistema para uma mesma mulher em um único ano, podendo essa mulher realizar por exemplo, três vezes o exame preventivo por diferentes motivos (rastreamento, repetição e seguimento) e assim, ser registrado três vezes no SISCAN.

Um outro destaque refere-se ao número de exames realizados e a sua real cobertura de rastreio de câncer de colo uterino datados no SISCAN, ou seja, subnotificados. O estudo de Silva et al (2023) informa que cerca de 18% de mulheres com e sem plano de saúde privado preferiram pagar por esse exame e realizá-lo fora do SUS. Acredita-se que o percentual de pessoas com útero que realizam seus exames preventivos em rede particular/ planos de saúde são registrados em base sem vínculos do SUS, e, portanto, não sendo contabilizados no SISCAN e nem mapeados no sistema de dados nacional.

É importante dizer que os dados do SISCAN apresentam a cobertura de rastreamento do câncer do colo do útero no SUS com base no número de mulheres examinadas, e não no número de exames registrados. Ao analisar a partir da proporcionalidade dos exames preventivos realizados e o total de população feminina carioca na faixa etária (25 a 64 anos) indicada para rastreio do câncer de colo uterino segundo o Censo de 2022 (IBGE, 2022), verifica-se que esta meta ainda está distante de ser alcançada.

Para eliminar o câncer do colo do útero, OMS determinou em 2020 a Estratégia global para acelerar a eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública. O documento apresenta a estratégia global para eliminar o câncer do colo do útero através de três pilares fundamentais e respectivas metas: Vacinação: 90% das meninas estão totalmente vacinadas contra o HPV aos 15 anos de idade; Rastreio: 70% das mulheres foram rastreadas utilizando um teste de alto desempenho até os 35 anos de idade e novamente até os 45 anos; e Tratamento: 90% das mulheres com lesões pré-cancerígenas foram tratadas e 90% das mulheres com câncer invasivo foram controladas (WHO, 2020).

Segundo Censo Demográfico de 2022 do Rio de Janeiro (IBGE, 2024a), a população feminina entre 25 e 64 anos representa um total de 1.863.806 de pessoas. Já o número de mulheres que realizou o exame preventivo no ano de

2022 segundo o SISCAN foi de 742.928. Proporcionalmente, observa-se que esses números representa uma relação de apenas 39,8% de mulheres com exame preventivo realizado em âmbito do SUS.

O estudo de Ribeiro et al (2025) reafirma a ideia e explica que há um indicador de razão superestimado de exames realizados e que os valores reais atingem cerca de 35%, como referência os anos de 2021 a 2023, uma vez que a razão entre exames e a população-alvo foi 47,4/100 mulheres, quando utilizado o SISCAN como fonte, e 47,8/100 mulheres quando utilizado o SIA/SUS.

Ainda no mesmo estudo, nos diferentes métodos de cálculo realizados observou-se que todos os estados ainda estão distantes da cobertura adequada para atingir a redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero, porém somente o direcionamento adequado da oferta em quatro localidades (Amazonas, Espírito Santo, Paraná e Santa Catarina) já seria suficiente para alcançá-la. No Rio de Janeiro, essa cobertura atingiu cerca de 24,5% de exames realizados.

A tabela 1 evidencia um fenômeno impactante no período entre 2020 e 2022, uma redução significativa do número absoluto de exames preventivo realizado no Sistema Único de Saúde (SUS). Este valor corresponde ao efeito direto e represado da pandemia de COVID-19, que restringiu muitas unidades de saúde e consequentemente, a redução de exames e serviços preventivos. Após, observou-se um aumento deste quantitativo de exames a partir de 2023 representar um efeito de recuperação após a redução em 2020–2021 e retomada intensa nos anos subsequentes.

O período de 2020 a 2022, compreende um período ainda afetado pela pandemia de COVID-19, que provocou redução acentuada do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Estima-se que houve uma redução de cerca de 50% nos exames de rastreamento, sendo superado apenas a partir de 2023. No ano de 2021, a realização de exames citopatológicos ainda foi 17% inferior a de 2019, porém em 2023 o número de exames realizados superou em 10% os valores de 2019 (INCA, 2025; Ribeiro, Atty, 2025).

Tabela 1 - Número de exames citopatológicos do colo uterino em pessoas com útero realizados no SUS, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025

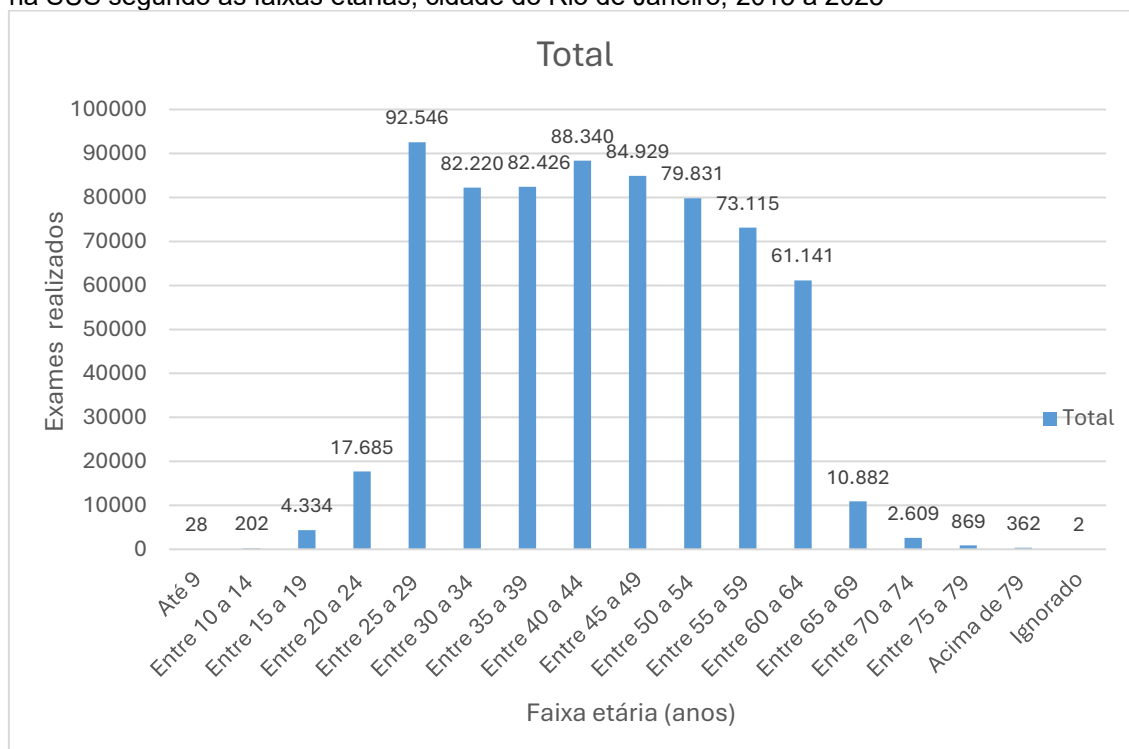
	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total Exames	57		2.739		3.493		4.526		5.460		5.774		4.245		8.392		9.060		254.371		258.697		226.623		783.437	100
FAIXA ETÁRIA																										
Até 9	0	0,00	2	0,07	2	0,06	3	0,07	1	0,02	1	0,02	0	0,00	1	0,01	1	0,01	9	0,00	6	0,00	4	0,00	30	0,00
10 a 14	0	0,00	6	0,22	4	0,11	9	0,20	11	0,20	15	0,26	8	0,19	17	0,20	11	0,12	55	0,02	46	0,02	26	0,01	208	0,03
15 a 19	0	0,00	106	3,87	90	2,58	140	3,09	188	3,44	193	3,34	103	2,43	249	2,97	252	2,78	1.405	0,55	1.100	0,43	866	0,38	4.692	0,60
20 a 24	4	7,02	196	7,16	239	6,84	345	7,62	412	7,55	438	7,59	328	7,73	661	7,88	646	7,13	6.644	2,61	5.407	2,09	3.892	1,72	19.212	2,45
25 a 29	3	5,26	283	10,33	381	10,91	466	10,30	559	10,24	578	10,01	426	10,04	908	10,82	1.075	11,87	34.338	13,50	35.484	13,72	31.709	13,99	106.210	13,56
30 a 34	7	12,28	300	10,95	389	11,14	563	12,44	562	10,29	649	11,24	527	12,41	939	11,19	1.048	11,57	30.086	11,83	31.194	12,06	28.038	12,37	94.302	12,04
35 a 39	9	15,79	356	13,00	443	12,68	558	12,33	720	13,19	751	13,01	552	13,00	977	11,64	1.087	12,00	30.342	11,93	31.209	12,06	27.325	12,06	94.329	12,04
40 a 44	8	14,04	326	11,90	405	11,59	499	11,03	646	11,83	674	11,67	532	12,53	993	11,83	1.093	12,06	33.123	13,02	33.817	13,07	29.323	12,94	101.439	12,95
45 a 49	7	12,28	300	10,95	384	10,99	435	9,61	536	9,82	547	9,47	433	10,20	922	10,99	972	10,73	31.634	12,44	32.887	12,71	29.484	13,01	98.541	12,58
50 a 54	9	15,79	284	10,37	316	9,05	410	9,06	510	9,34	515	8,92	387	9,12	803	9,57	834	9,21	30.311	11,92	30.745	11,88	27.490	12,13	92.614	11,82
55 a 59	3	5,26	200	7,30	292	8,36	404	8,93	483	8,85	516	8,94	364	8,57	754	8,98	769	8,49	28.090	11,04	28.366	10,96	24.386	10,76	84.627	10,80
60 a 64	5	8,77	175	6,39	257	7,36	338	7,47	415	7,60	456	7,90	324	7,63	609	7,26	679	7,49	23.330	9,17	23.854	9,22	20.424	9,01	70.866	9,05
65 a 69	1	1,75	126	4,60	171	4,90	206	4,55	251	4,60	266	4,61	174	4,10	364	4,34	395	4,36	3.855	1,52	3.529	1,36	2.866	1,26	12.204	1,56
70 a 74	0	0,00	47	1,72	74	2,12	88	1,94	112	2,05	116	2,01	55	1,30	137	1,63	129	1,42	803	0,32	721	0,28	568	0,25	2.850	0,36
75 a 79	0	0,00	24	0,88	32	0,92	43	0,95	36	0,66	35	0,61	18	0,42	41	0,49	53	0,58	260	0,10	227	0,09	155	0,07	924	0,12
Acima de 79	1	1,75	8	0,29	14	0,40	19	0,42	18	0,33	24	0,42	14	0,33	17	0,20	16	0,18	84	0,03	105	0,04	67	0,03	387	0,05
Ignorado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,00
RAÇA/COR																										
Branca	15	26,32	882	32,2	1.117	31,98	1.473	32,55	1.734	31,76	1.810	31,35	1.386	32,65	2.570	30,62	2.809	31,00	73.590	28,93	76.111	29,42	66.080	29,16	229.577	29,30
Preta	4	7,018	241	8,799	307	8,79	370	8,17	412	7,55	477	8,26	333	7,84	733	8,73	799	8,82	35.239	13,85	35.505	13,72	32.031	14,13	106.451	13,59
Amarela	9	15,79	584	21,32	910	26,05	1.252	27,66	1.613	29,54	1.868	32,35	1.656	39,01	3.420	40,75	3.680	40,62	120.480	47,36	122.763	47,45	106.665	47,07	364.900	46,58
Parda	14	24,56	422	15,41	433	12,40	557	12,31	663	12,14	708	12,26	450	10,60	930	11,08	1.100	12,14	24.032	9,45	24.256	9,38	21.795	9,62	75.360	9,62
Indígena	0	0	1	0,037	1	0,03	4	0,09	2	0,04	8	0,14	0	0,00	3	0,04	4	0,04	46	0,02	60	0,02	47	0,02	176	0,02
Sem informação	15	26,32	609	22,23	725	20,76	870	19,22	1.036	18,97	903	15,64	420	9,89	736	8,77	668	7,37	984	0,39	2	0,00	5	0,00	6.973	0,89
ESCOLARIDADE																										
Ensino fundamental incompleto	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Ensino médio completo	0	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Ignorado	57		2.731		3.492		4.525		5.460		5.774		4.245		8.392		9.060		254.371		258.697		226.623		783.427	

Fonte: A autora, 2026.

Pode-se dizer que houve a movimentação e priorização do rastreamento do câncer do colo do útero em território carioca, através da retomada de práticas assistenciais pautadas em política pública na saúde da mulher no âmbito de promoção e prevenção de doenças e agravos, maiores infraestruturas e capacidade instalada da rede municipal para acolhimento das demandas no período pós pandemia.

Em relação à distribuição etária, a Figura 2 apresenta a faixa de 25 a 64 anos com maior parte dos exames realizados, o que está em conformidade com as diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero

Figura 2 – Número de pessoas com útero que fizeram o exame citopatológico do colo do útero na SUS segundo as faixas etárias, cidade do Rio de Janeiro, 2015 a 2025



Fonte: A autora, 2026.

Os dados coletados nos últimos 10 anos apresentam uma tendência de aumento do número de exames realizados a partir de 25 anos, mantendo-se uma constância entre as idades até 54 anos. A partir dos 55 anos verifica-se uma discreta e gradual redução, com queda brusca a partir dos 65 anos. Esse padrão indica que a oferta de exames está direcionada à população-alvo de risco, favorecendo a detecção precoce de lesões precursoras e o planejamento de estratégias de acompanhamento.

No protocolo assistencial brasileiro, o exame citopatológico do colo uterino é recomendado para mulheres de 25 a 64 anos que já iniciaram atividade sexual. Inicialmente, deve ser realizado uma vez por ano e, após dois exames normais consecutivos, passa a ser feito a cada 3 anos. Para mulheres com mais de 64 anos que nunca se submeteram ao exame, recomenda-se realizar duas vezes, com intervalo de um a três anos. No caso de resultado negativo, elas não precisam fazer novos exames, visto que não há evidências de efetividade do rastreamento após os 65 anos (INCA, 2016; Brasil 2025).

Apesar dessa adequação geral, observou-se a realização de exames em faixas etárias fora do padrão recomendado, como adolescentes entre 15 e 19 anos e mulheres jovens de 20 a 24 anos, representando 0,60% e 2,45% do total de exames, respectivamente. Embora percentualmente pequenos, esses valores indicam a necessidade de maior atenção à racionalidade do rastreamento, uma vez que exames precoces podem gerar sobrediagnóstico, intervenções desnecessárias e custos evitáveis para o sistema de saúde. Portanto, é essencial o fortalecimento de diretrizes clínicas que definem como população-alvo a realização de exames dentre a faixa etária de 25 a 64 anos (Silva et al, 2023).

De forma semelhante, exames realizados em mulheres com 65 anos ou mais, ainda que representando uma pequena proporção do total, merecem avaliação cuidadosa: podem ser justificados em casos de mulheres que não realizaram exames previamente, mas se realizados de forma rotineira sem critério clínico, refletem desvio das diretrizes.

O INCA, em seu Manual de Detecção Precoce de Câncer do INCA (2021) recomenda que o rastreamento de câncer do colo uterino seja feito na faixa etária entre 25 e 64 anos por meio do exame citopatológico. São contraindicados exames em pessoas com idades menores de 25 anos pois geralmente apresentam lesões autolimitantes. Em idades acima de 65 anos, ocorre lenta evolução de lesões precursoras do CCU, no entanto há a exceção para pessoas imunossuprimidas quanto a periodicidade e faixa etária para o rastreamento do câncer de colo uterino. Também é indicado para pessoas com útero em casos de mais de 65 anos na ausência de exame citopatológico anterior.

A figura 3 apresenta a distribuição percentual dos exames citopatológicos do colo do útero realizados no período de 2015 a 2025, segundo faixa etária.

Comparando os exames realizados em cada faixa etária ao longo dos anos, o gráfico evidenciou um padrão consistente de concentração dos exames em mulheres adultas jovens (30 a 39 anos) e de meia-idade (40 a 49 anos) ao longo de toda a série histórica. Essas faixas etárias apresentaram os maiores percentuais de realização do exame, respondendo conjuntamente por aproximadamente metade do total anual de exames, com variações discretas entre os anos analisados.

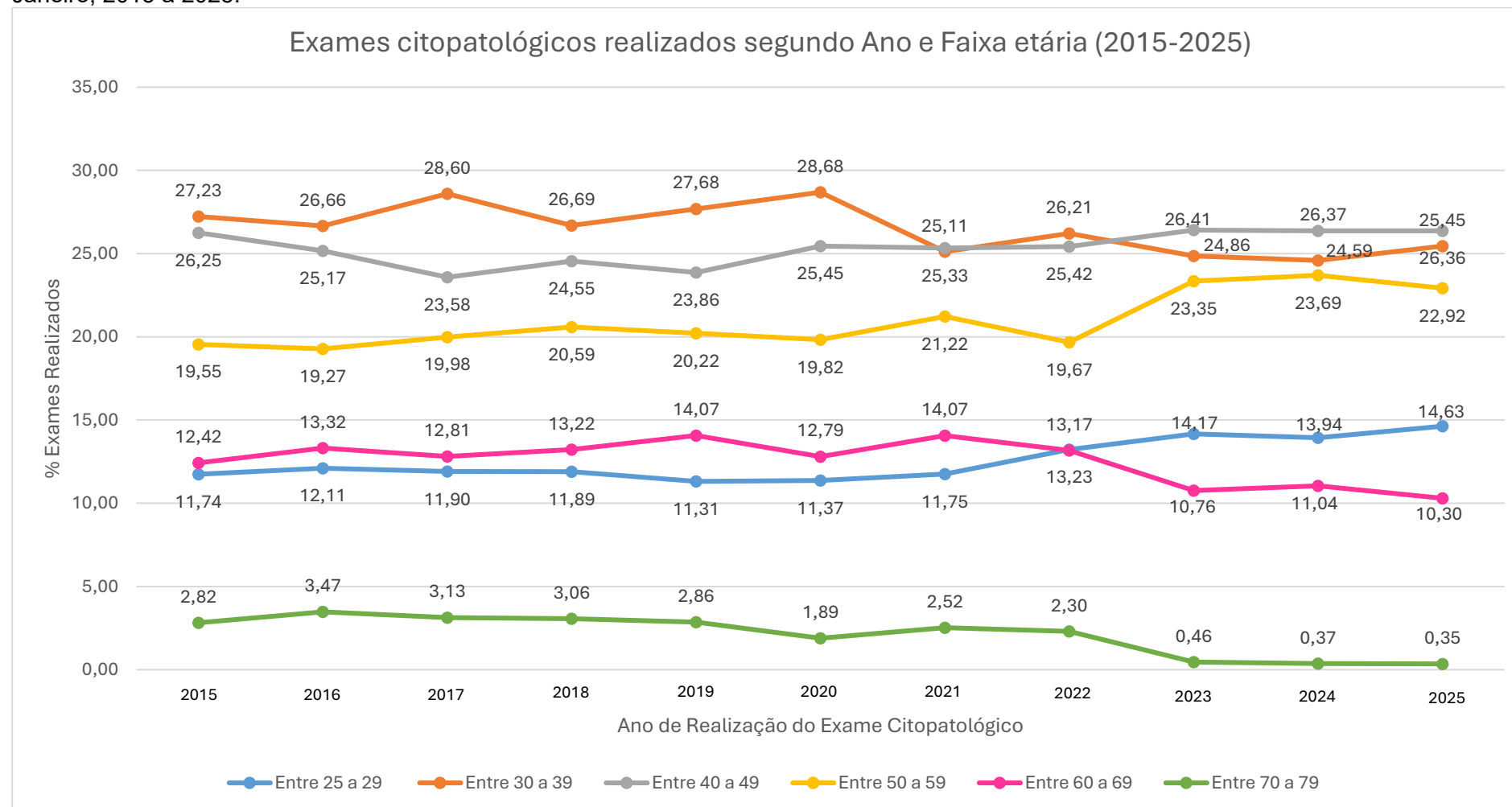
A faixa etária de 30 a 39 anos destacou-se como aquela com maior participação relativa, mantendo percentuais em torno de 25% a 29% na maior parte do período, ainda que com oscilações pontuais. De forma semelhante, o grupo de mulheres entre 40 e 49 anos apresentou distribuição estável, com percentuais próximos a 24% a 26%, indicando manutenção do padrão de utilização do exame nessas idades ao longo do tempo.

As mulheres entre 50 e 59 anos constituíram um grupo intermediário, com participação percentual variando aproximadamente entre 19% e 23%. Nota-se, nesse grupo, uma discreta elevação proporcional nos anos mais recentes do gráfico, especialmente a partir de 2022, o que pode refletir a retomada dos serviços de rastreamento após o período mais crítico da pandemia de COVID-19.

Entre as mulheres mais jovens, na faixa etária de 25 a 29 anos, os percentuais mantiveram-se relativamente estáveis ao longo do período analisado, situando-se majoritariamente entre 11% e 14%. Apesar de integrarem o público-alvo do rastreamento, esses valores permanecem inferiores aos observados nas faixas etárias subsequentes, sugerindo menor participação relativa desse grupo nos serviços de prevenção.

Em relação às faixas etárias mais avançadas, observou-se menor proporção de exames entre mulheres de 60 a 69 anos, com percentuais variando em torno de 10% a 14% e tendência de redução nos anos finais da série. Identificou-se uma queda expressiva entre mulheres de 70 a 79 anos, cujo percentual de exames diminuiu progressivamente ao longo do período, alcançando valores inferiores a 1% a partir de 2022.

Figura 3 - Percentual de exames citopatológicos do colo uterino em pessoas com útero no SUS segundo faixa etária, cidade do Rio de Janeiro, 2015 a 2025.



Fonte: A autora, 2026.

Na figura 4, a análise sobre a realização do exame citopatológico ao longo dos anos de 2014 a 2025 segundo as faixas etárias evidencia variações importantes na oferta e utilização desse exame preventivo, refletindo tanto mudanças no contexto das políticas de saúde quanto impactos conjunturais que influenciaram o acesso aos serviços.

No período inicial da série, entre 2014 e 2019, observa-se uma tendência geral de crescimento gradual na realização do exame citopatológico. Esse aumento sugere relativa estabilidade da rede de atenção à saúde da mulher, com ampliação progressiva da cobertura e consolidação das ações de rastreamento do câncer do colo do útero, possivelmente associadas à organização da Atenção Primária e às estratégias de busca ativa de pessoas com útero na faixa etária recomendada.

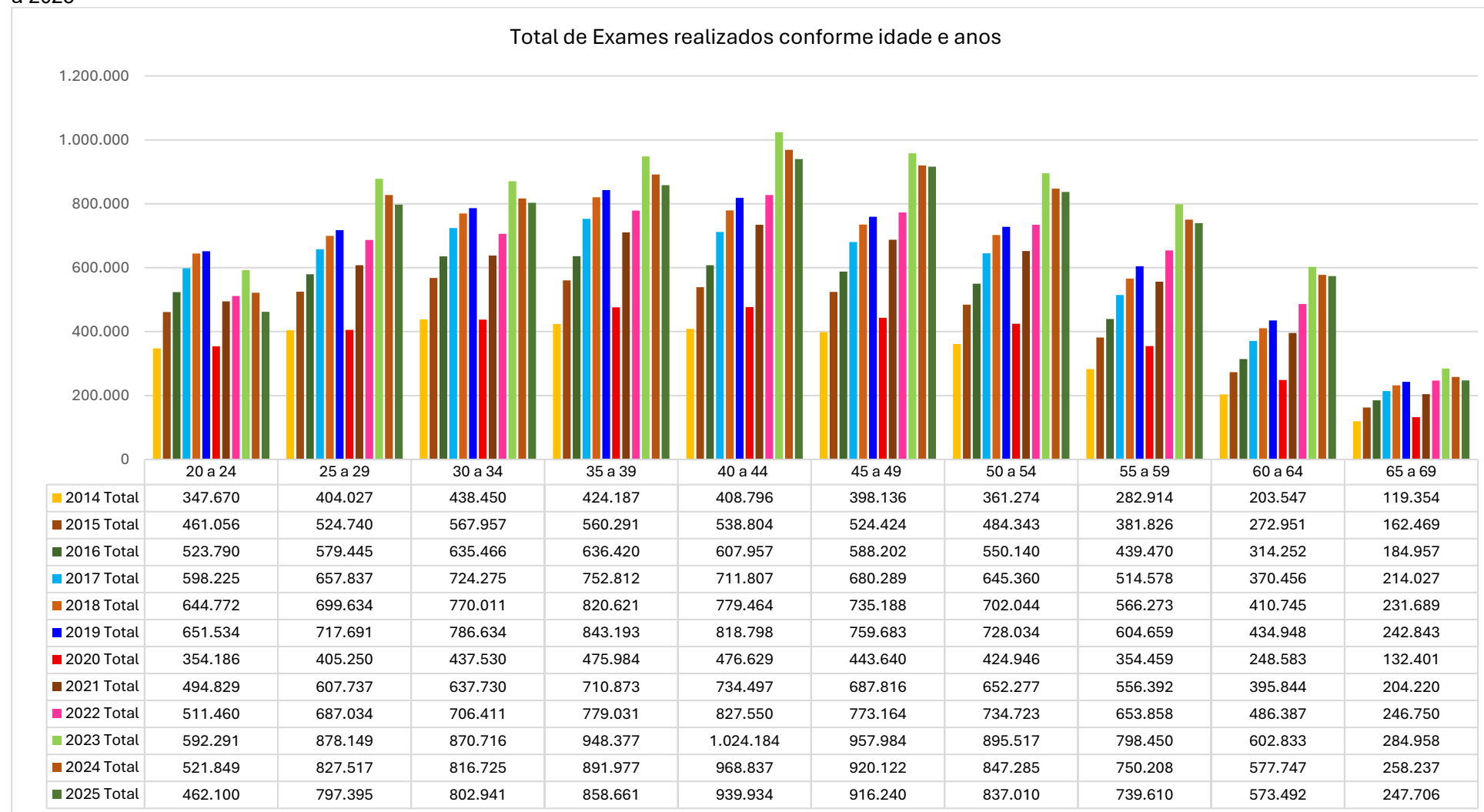
A partir de 2020, identifica-se uma queda expressiva na realização dos exames, marcando uma ruptura clara na tendência anterior. Esse declínio coincide com o período da pandemia de COVID-19, quando os serviços de saúde priorizaram atendimentos de urgência e emergência, e as ações preventivas foram temporariamente reduzidas ou suspensas.

O impacto desse contexto foi particularmente significativo para o exame citopatológico, que depende de consultas presenciais e, muitas vezes, foi postergado pelas usuárias e pelos serviços.

Nos anos subsequentes, especialmente a partir de 2021, o gráfico aponta um movimento de retomada progressiva da realização do exame. Esse crescimento indica esforços de reorganização da rede de serviços e de recuperação das ações preventivas represadas durante o período pandêmico. Contudo, apesar da recuperação observada, os níveis alcançados nos anos mais recentes nem sempre retornam imediatamente aos patamares pré pandemia, sugerindo a persistência de desafios estruturais, como demanda reprimida, dificuldades de acesso e reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde.

No período final da série, entre 2023 e 2025, a tendência de crescimento se mantém mais estável, indicando um possível processo de reconsolidação do rastreamento citopatológico. Ainda assim, o comportamento observado reforça a existência de lacunas no cuidado longitudinal da saúde da mulher, especialmente quando ocorrem crises sanitárias que afetam de forma desproporcional as ações preventivas.

Figura 4 – Número de pessoas com útero que fizeram o exame citopatológico do colo do útero na SUS segundo as faixas etárias, cidade do Rio de Janeiro, 2015 a 2025



Fonte: A autora, 2026.

O gráfico revela que a realização do exame citopatológico ao longo dos últimos anos não ocorreu de forma linear, sendo fortemente influenciada por fatores contextuais. O crescimento inicial, a queda abrupta durante a pandemia e a recuperação gradual posterior destacam a vulnerabilidade das ações preventivas frente a crises e reforçam a necessidade de estratégias que garantam a continuidade do rastreamento do câncer do colo do útero, mesmo em cenários adversos, assegurando o cuidado integral e oportuno à saúde da mulher.

Do ponto de vista da vigilância e da gestão em saúde, a análise demonstra boa qualidade do registro da variável idade, o que permite monitorar tendências temporais e orientar políticas públicas. No entanto, neste estudo, a tabela isoladamente não permite avaliar desigualdades territoriais, raciais ou socioeconômicas, que são determinantes essenciais da saúde da mulher e da efetividade do rastreamento.

Em síntese, os dados indicam um cenário positivo de ampliação do rastreamento do câncer do colo uterino no Rio de Janeiro, com cobertura crescente e maior completude nos registros. No entanto, persistem desafios significativos relacionados à adequação etária, qualidade do registro e equidade no acesso. Para a efetividade e sustentabilidade do programa de rastreamento, é fundamental garantir dados confiáveis, focar em grupos vulneráveis e qualificar a atenção integral à saúde da mulher, fortalecendo a detecção precoce e a redução de desigualdades.

A variável escolaridade apresentou alta proporção de registros ignorados (>99%) no SISCAN, impossibilitando análises detalhadas e confiáveis sobre o impacto do nível educacional e o acesso ao rastreamento. Essa lacuna evidencia a necessidade de melhoria na coleta e registro dessa variável, inviabilizando melhor avaliação e identificação de determinantes sociais da saúde que influenciam adesão a exames preventivos e cuidados continuados, assim como no provimento de estratégias e intervenção mais qualificadas e assertivas para a população em todo território nacional.

A faixa etária é um determinante crucial, com mulheres entre 25 e 64 anos sendo o foco principal das estratégias de rastreamento. É sabido que as oscilações no número de exames preventivos realizados não dependem exclusivamente da idade da pessoa, mas também de fatores características individuais - valores, crenças, medo e desconhecimento sobre a doença; socioeconômicas - renda e escolaridade; e dos serviços de saúde - facilidade de agendamento, distância e acolhimento dos profissionais (Fernandes et al, 2021; Silveira, 2022).

As barreiras culturais e preconceitos em relação ao exame contribuem para a baixa cobertura em determinados grupos, particularmente entre mulheres de comunidades tradicionais e de baixa renda. A falta de informação adequada e o medo do diagnóstico são fatores que ainda necessitam de abordagens específicas para serem superados (Jambo et al, 2024).

Outro aspecto relevante é o modelo de rastreamento oportunístico (Silva et al, 2023) e o seguimento inadequado impedem que se alcance um impacto na redução das desigualdades de acesso, uma vez que existirão grupos populacionais mais enaltecidos para exames e em oposto, um grupo invisibilizado com menores oportunidades de rastreio, composto por pessoas invisibilizadas com nenhum ou último exame com longo intervalo,

Essa complexidade implica em uma persistência de lacunas evidenciadas na detecção precoce do câncer do colo do útero através de um cenário repleto de iniquidades em saúde e com déficit de um acesso equitativo ao exame citopatológico.

Quanto à variável raça/cor de pele, foi considerado neste estudo a classificação do IBGE cuja distribuição é branca, parda, preta, amarela e indígena. Os dados referentes a 2014–2025 indicam que a maior parcela de exames foi registrada em mulheres classificadas como amarelas (46,6%), seguidas de brancas (29,3%), pretas (13,6%), pardas (9,6%) e indígenas (0,02%) (Tabela 2).

Estes valores evidenciam padrões consistentes ao longo do tempo, bem como mudanças importantes na distribuição percentual entre os grupos raciais, refletindo desigualdades estruturais no acesso e na utilização dos serviços de saúde.

No entanto, os percentuais observados, especialmente a elevada proporção de mulheres amarelas, não correspondem à realidade demográfica do Rio de Janeiro, sugerindo inconsistências ou falhas de classificação no sistema. Segundo o Censo Brasil de 2022 (IBGE, 2024b), a população feminina no município do Rio de Janeiro apresenta a maior concentração da população autodeclarada branca, com percentual de aproximadamente 48%, enquanto entre pardas, aproximadamente 38% e pretas 15%. Essas duas últimas cores, quando analisadas conjuntamente, representam mais da metade da população, ou seja, 53% da população.

Ao se confrontar os dados do IBGE com os achados neste estudo, verificaram-se divergências significativas sobre a cor de pele. Identifica-se, portanto, problemas nos registros no sistema sobre raça/ cor de pele das mulheres. É importante refletir que possivelmente, o motivo para esses equívocos está relacionado à definição da

cor de pele e subsequente registro contraditório seja devido às fragilidades nos processos de autodeclaração, como no despreparo profissionais em instituições de saúde em reconhecer a cor de pele do indivíduo e classificá-la corretamente.

Tabela 2 – Distribuição dos exames citopatológicos do colo uterino realizados segundo raça/cor de pele e idade, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025.

	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Sem inf		Total
Faixa etária	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Até 9	9	30	0	0	17	56,67	1	3,33	0	0	3	10	30
10 a 14	44	21,15	21	10,1	120	57,69	9	4,33	0	0	14	6,73	208
15 a 19	1.184	25,23	396	8,44	2.519	53,69	426	9,08	1	0,02	166	3,54	4.692
20 a 24	4.965	25,84	2.116	11,01	9.935	51,71	1.833	9,54	6	0,03	357	1,86	19.212
25 a 29	27.993	26,36	14.770	13,91	52.667	49,59	10.131	9,54	26	0,02	623	0,59	106.210
30 a 34	25.330	26,86	13.288	14,09	44.706	47,41	10.163	10,78	21	0,02	794	0,84	94.302
35 a 39	26.186	27,76	13.465	14,27	43.885	46,52	9.810	10,4	21	0,02	962	1,02	94.329
40 a 44	29.220	28,81	14.237	14,04	46.988	46,32	10.048	9,91	24	0,02	922	0,91	101.439
45 a 49	29.132	29,56	13.322	13,52	45.993	46,67	9.261	9,4	21	0,02	812	0,82	98.541
50 a 54	28.420	30,69	12.212	13,19	42.707	46,11	8.543	9,22	26	0,03	706	0,76	92.614
55 a 59	27.267	32,22	11.025	13,03	38.154	45,08	7.498	8,86	18	0,02	665	0,79	84.627
60 a 64	23.805	33,59	9.494	13,4	30.898	43,6	6.161	8,69	11	0,02	497	0,7	70.866
65 a 69	4.324	35,43	1.591	13,04	4.911	40,24	1.092	8,95	1	0,01	285	2,34	12.204
70 a 74	1.151	40,39	336	11,79	984	34,53	275	9,65	0	0	104	3,65	2.850
75 a 79	387	41,88	124	13,42	294	31,82	77	8,33	0	0	42	4,55	924
> de 79	160	41,34	54	13,95	121	31,27	31	8,01	0	0	21	5,43	387
Ignorado	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	2
Total Geral	229.577	29,3	106.451	13,59	364.900	46,58	75.360	9,62	176	0,02	6.973	0,89	783.437

Fonte: A autora, 2026.

No quesito classificação racial, se identifica um acentuado grau de indefinição em torno da classificação dos grupos de aparência miscigenada. Tais características convivem com a hierarquização das pessoas não brancas de acordo com o tom da pele, textura do cabelo e da avaliação de proximidade dos demais traços fenotípicos do que se convencionou serem características próprias dos grupos populacionais brancos e negro (Pereira, Siqueira, 2022). Como resultado deste fenômeno, ocorre a dificuldade de autodefinição considerando a subjetividade do indivíduo quanto a sua aparência, cujos critérios a serem avaliados envolvem a variedade de tons de peles e as características fenotípicas existente na população brasileira

Para além da aparência, outros fatores influenciam a classificação racial atribuída a si e a outras pessoas: a região geográfica (composição racial e nível de

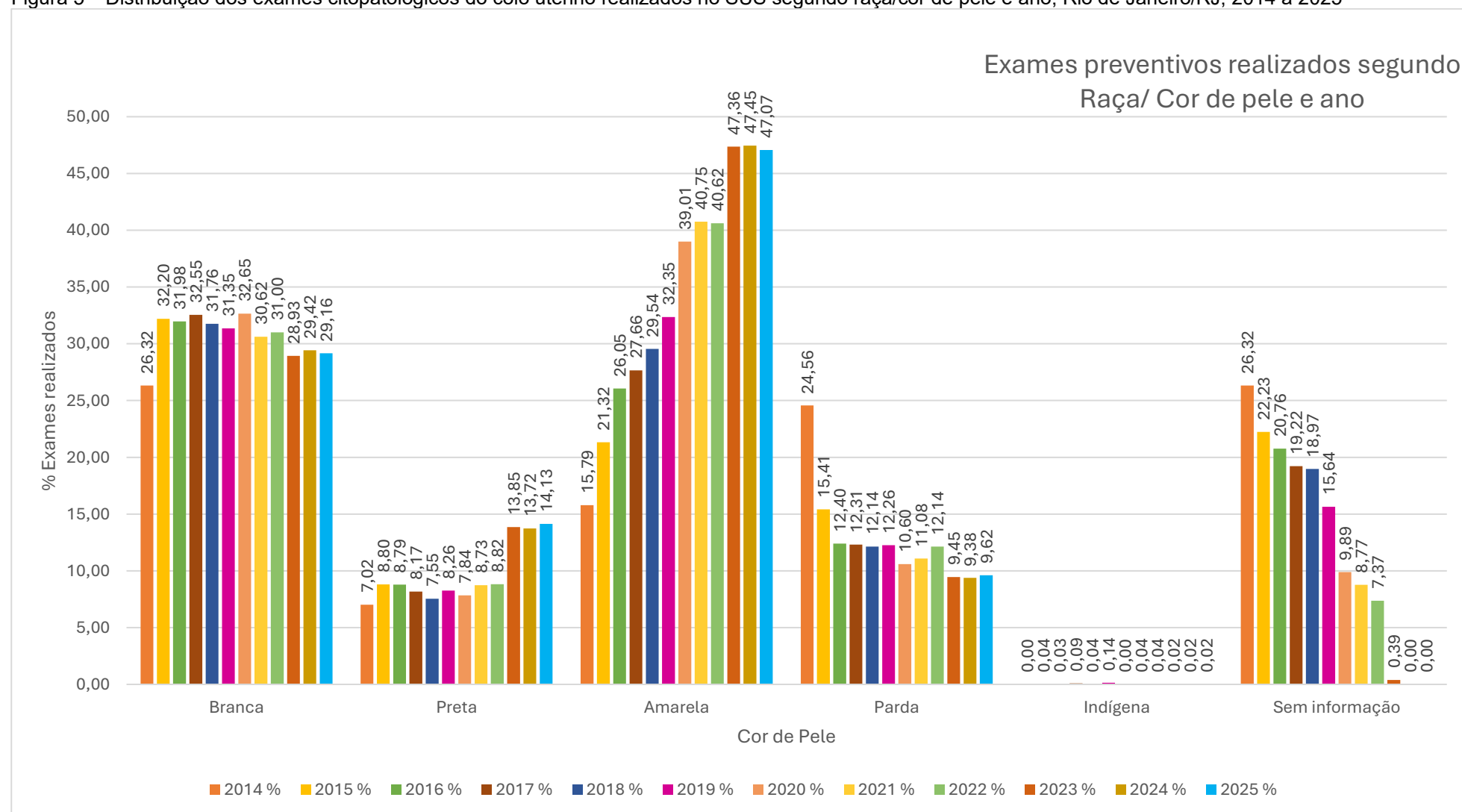
urbanização), classe social, familiaridade, idade e geração. Há também indícios de que a maneira como as pessoas se identificam e são identificadas racialmente é influenciada pelo gênero, com maior estigma na atribuição da categoria “preta” a mulheres e acionamento mais frequente da conotação negativa ao termo “negra”. (Pereira, Siqueira, 2022).

Em específico, a autoclassificação racial é influenciada por fatores como a tradição, a cultura, a origem dos antepassados, o posicionamento político, geração, região, a origem socioeconômica ou de classe. Além disso, tanto a hetero- quanto a autoclassificação são influenciadas pelas associações e significados racistas atribuídos à raça negra, o que resulta na tendência a adoção de categorias de cor mais claras – parte daquilo nomeado de “ideologia do branqueamento” ou do embranquecimento (Pereira, Siqueira, 2022). Portanto, toda essa influência histórica marcante da escravidão no Brasil império e a política de embranquecimento populacional refletem as mazelas do racismo estrutural e valorização de sua ancestralidade. Essas feridas históricas irão intensificar a dificuldade de autoafirmação populacional de sua real cor - preta ou parda, e tendendo a se reconhecer e classificar em tons de pele mais claros.

De forma geral, na figura 5 observa-se que as mulheres classificadas como amarelas representam o grupo de maiores percentuais de realização de exames preventivos, com tendência de crescimento ao longo do período. Os percentuais partem de aproximadamente 15,8% em 2014 e atingem valores próximos ou superiores a 47% a partir de 2023, mantendo-se elevados até 2025. Esse crescimento progressivo indica uma ampliação expressiva da participação desse grupo nos exames preventivos, tornando-o claramente dominante no conjunto analisado.

O grupo pardo demonstra uma tendência inversa à observada para o grupo amarela. Em 2014, os percentuais são elevados, em torno de 24,6%, mas apresentam queda contínua ao longo dos anos, atingindo valores próximos de 9% a 10% em 2023–2025. Essa redução progressiva sugere perda relativa de participação desse grupo nos exames preventivos, o que pode refletir dificuldades de acesso, mudanças no perfil populacional atendido ou mesmo questões relacionadas ao registro da variável raça/cor de pele.

Figura 5 – Distribuição dos exames citopatológicos do colo uterino realizados no SUS segundo raça/cor de pele e ano, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025



Fonte: A autora, 2026.

As mulheres brancas ocupam consistentemente a segunda posição em termos percentuais. Ao longo da série histórica, seus valores permanecem relativamente estáveis, oscilando em torno de 26% a 33%. Após um leve aumento até 2019, observa-se uma discreta redução nos anos mais recentes, com percentuais em torno de 29% em 2024 e 2025. Esse comportamento sugere estabilidade no acesso aos serviços, sem crescimento proporcional expressivo no período mais recente.

As mulheres pretas apresentam percentuais consideravelmente menores quando comparadas aos grupos branca e amarela. Os valores situam-se entre aproximadamente 7% e 14%, com tendência de crescimento gradual ao longo do tempo, especialmente a partir de 2021. Apesar desse aumento, a participação relativa desse grupo permanece limitada, indicando persistência de desigualdades raciais no acesso aos exames preventivos.

A categoria indígena mantém percentuais extremamente baixos em todo o período analisado, sempre próximos de zero, sem variações relevantes ao longo do tempo. Esse achado evidencia a forte invisibilidade desse grupo nos registros de exames preventivos, o que pode indicar tanto baixa cobertura quanto sub-registro nos sistemas de informação em saúde.

Por fim, a categoria “sem informação” apresenta percentuais elevados nos primeiros anos da série, especialmente em 2014 (cerca de 26%), mas com queda acentuada ao longo do tempo, chegando a valores residuais a partir de 2023. Essa tendência sugere uma melhoria progressiva na qualidade do preenchimento da variável raça/cor, com redução importante da incompletude dos dados nos anos mais recentes.

Do ponto de vista da equidade em saúde, destaca-se a sub-representação de mulheres pretas e pardas no acesso ao exame, o que pode refletir barreiras históricas e estruturais, incluindo desigualdades socioeconômicas, acesso geográfico limitado, baixa escolaridade e discriminação. Estudos nacionais indicam que essas mulheres apresentam maior risco de mortalidade por câncer cervical, frequentemente devido a diagnóstico tardio e menor cobertura do rastreamento. Portanto, embora o número total de exames tenha aumentado, a desigualdade racial persiste, tornando urgente a implementação de políticas direcionadas para ampliar o acesso desses grupos ao exame preventivo.

O cruzamento entre idade, cor/raça e número de exames realizados demonstra que mulheres pretas e indígenas permanecem sistematicamente sub-representadas, sobretudo nas faixas etárias de maior risco. Esses resultados indicam que a desigualdade observada não é apenas racial ou apenas etária, mas resulta da sobreposição de vulnerabilidades, reforçando a importância de políticas de rastreamento interseccionais que considerem múltiplos determinantes sociais. Para a redução efetiva da mortalidade por câncer do colo do útero, é imprescindível que o rastreamento seja universal e equitativo, com atenção especial às mulheres que enfrentam desvantagens estruturais combinadas, particularmente aquelas relacionadas à interseção entre idade e cor/raça.

A figura 5 apresenta a distribuição racial dos exames preventivos ao longo do tempo, marcada pelo aumento gradual das mulheres pretas, estabilidade relativa das mulheres brancas, persistente baixa participação das mulheres indígenas, redução acentuada das mulheres pardas e crescimento expressivo do grupo amarela, sendo estes dois últimos dissonantes aos dados do IBGE.

Observa-se que essa distribuição dos exames não ocorre de forma homogênea entre os grupos raciais, sugerindo que fatores estruturais influenciam diretamente o cuidado preventivo ofertado às mulheres. Esses padrões reforçam a importância de análises interseccionais e de políticas públicas que enfrentem as desigualdades raciais no acesso aos serviços preventivos, além de destacarem avanços na qualidade da informação registrada nos sistemas de saúde.

De modo geral, mulheres classificadas como brancas concentram, ao longo da série temporal, maiores estabilidade de realização de exames preventivos, quando comparada com mulheres pretas, pardas e indígenas. É importante reforçar que os padrões entre cor de pele preta e pardas provavelmente são ainda maiores ao se considerar o somatório com a cor amarela. Este assunto foi discutido anteriormente retratando uma falha nos registros no SISCAN. Esse padrão também aponta para desigualdades raciais historicamente construídas no sistema de saúde, que se expressam tanto no acesso quanto na continuidade do cuidado.

A análise longitudinal indica que, mesmo em contextos de expansão da cobertura dos exames preventivos, os ganhos não são distribuídos de maneira

equitativa entre os diferentes grupos raciais. Tal achado sugere que políticas universais, embora ampliem a oferta, não são suficientes para superar barreiras específicas enfrentadas por mulheres realizadas, como racismo institucional, desigualdades socioeconômicas, menor acesso à informação e dificuldades de vinculação aos serviços de saúde.

Sob a ótica da saúde da mulher/ pessoas com útero, essas desigualdades assumem maior relevância, uma vez que os exames preventivos desempenham papel central na detecção precoce de agravos evitáveis, como o câncer do colo do útero e o câncer de mama.

A menor realização desses exames entre mulheres pretas, pardas e indígenas pode contribuir para diagnósticos tardios, piores prognósticos e maiores taxas de morbimortalidade, aprofundando iniquidades em saúde já amplamente documentadas na literatura. Mesmo com aumento geral no número de exames ao longo dos anos, a desigualdade racial permanece uma questão crítica, reforçando a necessidade de estratégias direcionadas para esses grupos, incluindo campanhas de educação em saúde, ampliação de acesso a unidades básicas e monitoramento contínuo da cobertura racial.

A perspectiva da interseccionalidade permite compreender que as desigualdades observadas no gráfico não se explicam apenas pela variável raça/cor de forma isolada, mas pela sobreposição de marcadores sociais como gênero, raça, classe social, território e acesso aos serviços públicos. Mulheres negras e indígenas, em especial, encontram-se em posições sociais marcadas por múltiplas vulnerabilidades, o que se reflete diretamente nos padrões de cuidado preventivo evidenciados ao longo do tempo.

Assim, os resultados apresentados no gráfico reforçam a necessidade de políticas públicas que incorporem a equidade racial como eixo estruturante das ações de saúde da mulher. Estratégias focalizadas, sensíveis às especificidades raciais, culturais, territoriais e sociais, mostram-se fundamentais para reduzir as desigualdades na realização de exames preventivos e garantir o direito à saúde de forma integral e equânime.

Diante desse cenário, algumas estratégias de ação se mostram prioritárias. Destaca-se a necessidade de validação e padronização dos registros de raça/cor no SISCAN, garantindo que os dados reflitam de forma mais fidedigna a realidade da população atendida. Paralelamente, é fundamental

ampliar o acesso ao exame preventivo entre mulheres pretas e pardas, que historicamente apresentam menor cobertura. A realização de campanhas educativas e ações de busca ativa em comunidades e territórios marcados por maior vulnerabilidade social e racial pode contribuir para aumentar a adesão ao rastreamento. Ademais, o monitoramento contínuo da cobertura por raça/cor, incorporando indicadores de rastreamento oportuno e de repetição de exames, é imprescindível para avaliar a efetividade das políticas orientadas pela equidade.

A tabela 3 retrata a distribuição percentual comparativa dos exames citopatológicos do colo do útero, no período de 2015 a 2025, entre dois grandes grupos etários — idade fértil (25 a 49 anos) e perimenopausa/menopausa (50 anos ou mais).

Tabela 3 - Distribuição comparativa dos exames citopatológicos do colo uterino realizados no SUS segundo faixa etária e raça/cor de pele, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025.

Faixa etária	Branca N (%)	Preta N (%)	Amarela N (%)	Parda N (%)	Indígena N (%)	Sem inf. N (%)	Total
25–34 anos	53.323 (26,7%)	28.058 (14,1%)	97.373 (48,9%)	20.294 (10,2%)	47 (0,02%)	1.417 (0,7%)	200.512 (100%)
35–49 anos	111.538 (28,6%)	56.024 (14,4%)	136.866 (46,2%)	29.119 (9,8%)	66 (0,02%)	2.696 (0,7%)	336.309 (100%)
Total 25–49	164.861 (27,4%)	84.082 (14,1%)	234.239 (47,5%)	49.413 (10,1%)	113 (0,02%)	4.113 (0,8%)	536.821 (100%)
50–59 anos	55.687 (31,5%)	23.237 (13,1%)	80.861 (45,7%)	16.041 (9,1%)	44 (0,02%)	1.371 (0,8%)	177.241 (100%)
60–69 anos	28.129 (34,2%)	11.085 (13,5%)	35.809 (42,9%)	7.253 (8,7%)	12 (0,01%)	782 (0,9%)	83.070 (100%)
Total 50–69	83.816 (32,2%)	34.322 (13,2%)	116.670 (44,8%)	23.294 (8,9%)	56 (0,02%)	2.153 (0,8%)	260.311 (100%)

Fonte: A autora, 2026

De um modo geral, os dados evidenciam predominância consistente do primeiro grupo ao longo de toda a série histórica. As mulheres em idade fértil (25 a 49 anos) concentram a maior parte dos registros analisados, totalizando 536.821 mulheres, número aproximadamente duas vezes superior ao observado no grupo de mulheres em perimenopausa e menopausa (50 anos ou mais), que soma 260.311 registros.

Esse achado é coerente com a maior inserção das mulheres em idade reprodutiva nas ações de saúde, historicamente mais estruturadas em torno da saúde sexual, reprodutiva e materna, o que favorece maior vínculo e frequência de utilização dos serviços.

Dentro do grupo de mulheres em idade fértil, os valores indicam manutenção crescente e estável da realização do exame ao longo de toda a idade reprodutiva, sem quedas abruptas entre as faixas etárias mais jovens e as imediatamente anteriores à perimenopausa.

Observa-se um predomínio da faixa etária de 35 a 49 anos, que representa 62,6% do total, enquanto as mulheres de 25 a 34 anos correspondem a 37,4%. Esse padrão sugere que, à medida que a idade avança dentro do período reprodutivo, há maior procura e adesão aos serviços de saúde, possivelmente relacionada ao aumento da percepção de risco, ao acúmulo de experiências prévias com o sistema de saúde e à maior valorização das ações preventivas.

A busca por assistência pré-natal aumentaria a captação de mulheres para o exame de Papanicolau, aproveitando-se o contato com o serviço de saúde. Observa-se que as coberturas maiores foram observadas entre as mulheres que ficaram grávidas uma vez na vida, o que reforça que o momento do pré-natal aumenta a oportunidade de realização do exame. (Madalena et al 2021). Outro fator está relacionado ao planejamento reprodutivo e a oferta de algum método contraceptivo. As pessoas em idade fértil, ao procurarem a unidade para algum método contraceptivo, terão maiores acessos a consultas de saúde da mulher e a oportunidade de realizarem o exame citopatológico do colo uterino.

No grupo das mulheres em perimenopausa e menopausa, o comportamento é distinto, com observação da redução progressiva do número de exames com o avanço da idade. A maior concentração ocorre na faixa etária de 50 a 59 anos, que responde por 68,1% dos registros. Há uma queda mais acentuada na faixa de 65–69 anos, totalizando apenas 31,9% dos exames. Isso evidencia uma diminuição expressiva da utilização do rastreamento nas idades mais avançadas.

Essa redução expressiva na participação das faixas etárias mais avançadas indica uma diminuição progressiva do uso dos serviços de saúde à medida que as mulheres envelhecem, especialmente após os 60 anos. Tal achado pode refletir barreiras de acesso, menor priorização das ações preventivas nessa fase da vida ou fragilização do acompanhamento longitudinal após o término do período reprodutivo.

A comparação entre os dois grupos evidencia, portanto, movimentos opostos ao longo do ciclo de vida. Entre os 25 e 49 anos, há um aumento da participação relativa conforme o avanço da idade, enquanto entre os 50 e 69 anos observa-se um declínio importante nas faixas etárias mais elevadas. Esse

padrão reforça a ideia de que o envelhecimento feminino está associado a uma ruptura no cuidado contínuo, com maior risco de perda de seguimento justamente em um período marcado pelo aumento da prevalência de doenças crônicas e agravos ginecológicos.

Em síntese, os dados indicam que, embora as mulheres em idade fértil apresentem maior e crescente inserção nos serviços de saúde, as mulheres em perimenopausa e menopausa, especialmente aquelas com 60 anos ou mais, tendem a se afastar dessas práticas de cuidado. Esse cenário destaca a necessidade de fortalecimento de políticas e estratégias específicas voltadas à manutenção do cuidado integral e longitudinal da mulher ao longo de todo o ciclo de vida, com especial atenção à transição para a menopausa e ao envelhecimento saudável.

A comparação entre os dois grandes grupos etários evidencia que, embora o rastreamento citopatológico esteja fortemente concentrado em mulheres em idade fértil, uma parcela relevante dos exames ainda é realizada em mulheres com 50 anos ou mais. No entanto, a redução gradual e contínua do número de exames no grupo de perimenopausa e menopausa sugere menor adesão ou menor acesso aos serviços preventivos à medida que a idade avança. Esse padrão pode refletir barreiras estruturais, menor percepção de risco ou descontinuidade do cuidado preventivo ao longo do curso de vida.

De forma geral, os resultados indicam que as ações de rastreamento do câncer do colo do útero apresentam maior intensidade entre mulheres em idade fértil, com declínio progressivo após os 50 anos, especialmente a partir dos 65 anos. Esses achados reforçam a importância de estratégias específicas para garantir a continuidade do cuidado preventivo entre mulheres mais velhas que ainda se encontram dentro ou próximas da faixa etária recomendada para o rastreamento, contribuindo para maior efetividade e equidade das ações de saúde da mulher.

De modo geral, os resultados demonstram que o rastreamento citopatológico esteve majoritariamente concentrado em mulheres em idade fértil, especialmente entre 30 e 49 anos, enquanto o grupo de perimenopausa e menopausa apresentou menor participação relativa. A redução progressiva dos percentuais nas idades mais avançadas sugere maior adequação do uso do exame às recomendações etárias vigentes, embora a persistência de exames

em mulheres fora da faixa prioritária indique a necessidade de monitoramento contínuo da oferta e da indicação do rastreamento.

Entre as mulheres em idade fértil, em ambas as faixas etárias, 25 a 34 anos e 35 a 49 anos, o maior percentual corresponde às mulheres classificadas como amarelas, seguidas pelas mulheres brancas, pretas e pardas. No grupo de 25 a 34 anos, as mulheres amarelas representam 48,9%, enquanto no grupo de 35 a 49 anos esse percentual é de 46,2%, sugerindo uma leve redução proporcional com o avanço da idade.

Em contrapartida, observa-se aumento da proporção de mulheres brancas, que passam de 26,7% na faixa de 25 a 34 anos para 28,6% entre 35 e 49 anos. As mulheres pretas mantêm percentuais relativamente estáveis (14,1% e 14,4%, respectivamente), enquanto as mulheres pardas apresentam discreta redução (10,2% para 9,8%).

No grupo das mulheres em perimenopausa e menopausa, em termos raciais, também se observa predominância das mulheres amarelas, embora com percentuais menores quando comparados ao grupo em idade fértil. Entre 50 e 59 anos, as mulheres amarelas correspondem a 45,7%, percentual que se reduz para 42,9% entre 60 e 69 anos. Paralelamente, há aumento progressivo da participação das mulheres brancas, que passam de 31,5% para 34,2% nas faixas de 50–59 e 60–69 anos, respectivamente. As mulheres pretas mantêm proporções semelhantes às observadas no grupo mais jovem, variando de 13,1% a 13,5%, enquanto as mulheres pardas apresentam redução contínua, passando de 9,1% para 8,7% com o avanço da idade.

A comparação entre os dois grandes grupos etários revela um padrão consistente de mudança na composição racial ao longo do ciclo de vida. À medida que a idade avança, observa-se aumento proporcional de mulheres brancas e redução relativa de mulheres amarelas e pardas, tanto na transição da idade fértil para a perimenopausa quanto dentro do próprio grupo de mulheres mais velhas. As mulheres pretas, por sua vez, apresentam percentuais relativamente estáveis entre as diferentes faixas etárias, embora sem crescimento proporcional nas idades mais avançadas.

Esses achados sugerem que o envelhecimento feminino está associado a alterações na composição racial das mulheres que acessam os serviços de saúde, possivelmente refletindo desigualdades cumulativas ao longo da vida. A

menor participação relativa de mulheres pardas e a redução gradual das mulheres amarelas nas faixas etárias mais avançadas podem indicar maior vulnerabilidade social, barreiras de acesso e perda de seguimento no cuidado ao longo do tempo. Por outro lado, o aumento proporcional de mulheres brancas nas faixas etárias mais elevadas pode refletir maior continuidade no uso dos serviços de saúde.

Em síntese, a análise evidencia que as desigualdades raciais atravessam todo o ciclo de vida das mulheres e se expressam de forma diferenciada entre a idade fértil e a perimenopausa/menopausa. Esses resultados reforçam a importância de estratégias de saúde pública que considerem simultaneamente idade e raça/cor, garantindo cuidado longitudinal e equitativo para as mulheres em todas as fases da vida.

Para melhor analisar os dois grupos em ambos os ciclos da vida, optou-se em condensar os valores das variáveis cor de pele amarela e parda. Conforme já discutido anteriormente, acredita-se que os dados de pessoas amarelas pertençam majoritariamente ao grupo de indivíduos pardos e que o equívoco seja resultado das falhas de dada autodeclaração a partir do critério apenas do tom de pele.

A análise da tabela 4 e gráfico XXXX indica diferenças relevantes na distribuição por raça/cor de pele entre mulheres em idade fértil (25 a 49 anos) e mulheres em perimenopausa e menopausa (50 a 69 anos), bem como mudanças graduais ao longo das faixas etárias dentro de cada grupo.

No curso da vida de pessoas com útero, a fase de transição do período reprodutivo para o não reprodutivo é chamada de climatério. O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre esses dois períodos. Ele se caracteriza através de mudanças corporais, hormonais e psicológicas pertencentes a uma dinâmica fisiológica do envelhecimento corporal (Brasil, 2008)

Muitas vezes, pode ser confundido com a menopausa, que é um evento fisiológico relacionado ao ciclo natural da vida da mulher, que corresponde ao último ciclo menstrual. A menopausa, evento fisiológico que transcorre durante o climatério é caracterizada pela interrupção permanente da menstruação, e ocorre geralmente entre os 45 e 55 anos de idade. Retrata a perda da função

folicular ovariana e o diagnóstico se dá após 12 meses de amenorreia (Brasil, 2008; Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2022)

Importante dizer que tanto o climatério e a menopausa são marcos na vida da mulher que não devem ser tratados como patológicos, nem centrados no modelo biomédico, para o qual tais períodos consistem na representação única e exclusiva da figura feminina que perde a sua capacidade reprodutora (SAMPAIO et al., 2021).

Para esse estudo, foi considerada a idade média da menopausa de 50 anos, conforme indicam os estudos de Ygnatios (2024) e Roman Lay et al. (2020). Idade essa que serviu como parâmetro para definir as faixas etárias dos grupos em idade fértil e não fértil.

Tabela 4 - Distribuição comparativa dos exames citopatológicos do colo uterino realizados no SUS segundo pessoas em idade fértil e não fértil e cor de pele, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025

Grupo etário	Branca N (%)	Preta N (%)	Amarela + Parda N (%)	Indígena N (%)	Sem inf N (%)	Total
25–34 anos	53.323 (26,7%)	28.058 (14,1%)	117.667 (59,1%)	47 (0,02%)	1.417 (0,7%)	200.512 (100%)
35–49 anos	111.538 (28,6%)	56.024 (14,4%)	165.985 (56,0%)	66 (0,02%)	2.696 (0,7%)	336.309 (100%)
Total 25–49	164.861 (27,4%)	84.082 (14,1%)	283.652 (57,6%)	113 (0,02%)	4.113 (0,8%)	536.821 (100%)
50–59 anos	55.687 (31,5%)	23.237 (13,1%)	96.902 (54,8%)	44 (0,02%)	1.371 (0,8%)	177.241 (100%)
60–69 anos	28.129 (34,2%)	11.085 (13,5%)	43.062 (51,6%)	12 (0,01%)	782 (0,9%)	83.070 (100%)
Total 50–69	83.816 (32,2%)	34.322 (13,2%)	139.964 (53,7%)	56 (0,02%)	2.153 (0,8%)	260.311 (100%)

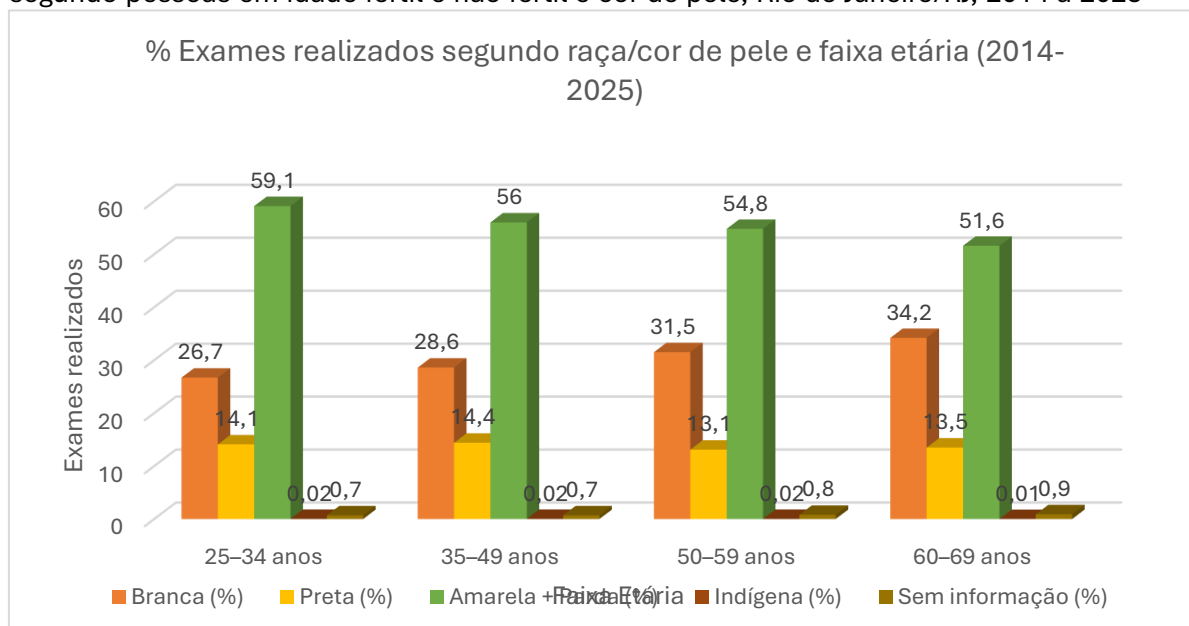
Fonte: A autora, 2026.

Entre as mulheres em idade fértil, que totalizam 536.821 registros, o grupo formado por amarela e parda é amplamente majoritário, correspondendo a 57,6% do total. As mulheres brancas representam 27,4%, enquanto as mulheres pretas correspondem a 14,1%.

Ao se observar a distribuição interna por faixa etária, nota-se que, entre as mulheres de 25 a 34 anos, o grupo amarela e parda atinge 59,1%, reduzindo-se para 56,0% entre aquelas de 35 a 49 anos. Em sentido oposto, a proporção de mulheres brancas aumenta de 26,7% para 28,6% com o avanço da idade dentro do período reprodutivo, enquanto as mulheres pretas mantêm percentuais relativamente estáveis (14,1% e 14,4%).

Esse padrão sugere que, embora o grupo amarela e parda permaneça predominante, há uma discreta recomposição racial à medida que a idade avança, com crescimento proporcional das mulheres brancas.

Figura 6 – Comparação dos exames citopatológicos do colo uterino realizados no SUS segundo pessoas em idade fértil e não fértil e cor de pele, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025



Fonte: A autora, 2026.

No grupo das mulheres em idade não fértil (perimenopausa e menopausa), que reúne 260.311 registros, o grupo amarela e parda também é majoritário, porém com menor peso relativo quando comparado às mulheres em idade fértil. No conjunto de 50 a 69 anos, essas mulheres correspondem a 53,7%, enquanto as mulheres brancas representam 32,2% e as mulheres pretas 13,2%. A análise por subfaixa etária evidencia um declínio progressivo do grupo “amarela e parda” com o envelhecimento: 54,8% entre 50 e 59 anos e 51,6% entre 60 e 69 anos.

Em contrapartida, observa-se aumento contínuo da participação das mulheres brancas, que passam de 31,5% para 34,2% nas mesmas faixas etárias. As mulheres pretas permanecem com percentuais estáveis, variando de 13,1% a 13,5%.

A comparação entre os dois grandes grupos etários evidencia um padrão consistente ao longo do ciclo de vida. As mulheres amarela e parda, embora predominantes em todas as faixas etárias, apresentam redução proporcional progressiva com o aumento da idade, tanto na transição da idade fértil para a perimenopausa quanto dentro do próprio grupo de mulheres mais velhas. Por outro lado, as mulheres brancas apresentam crescimento proporcional contínuo

à medida que a idade avança, tornando-se relativamente mais representadas nas faixas etárias mais elevadas. As mulheres pretas mantêm percentuais estáveis ao longo das diferentes idades, sem crescimento proporcional nos grupos mais envelhecidos.

Em síntese, a análise indica que o envelhecimento feminino está associado a uma mudança na composição racial das mulheres que acessam os serviços de saúde, mesmo quando as categorias amarela e parda são consideradas conjuntamente. A redução relativa desse grupo nas faixas etárias mais avançadas e o aumento proporcional de mulheres brancas sugerem a presença de desigualdades cumulativas ao longo do ciclo de vida, com possíveis impactos no acesso e na continuidade do cuidado em saúde. Esses achados reforçam a importância de políticas públicas que considerem simultaneamente idade e raça/cor, garantindo atenção integral e equitativa às mulheres em todas as fases da vida.

2. Caracterização dos resultados dos exames citopatológicos do colo uterino realizados na cidade do Rio de Janeiro entre 2014 e 2025

A tabela 5 apresenta a caracterização dos resultados Número de caracterização dos resultados de exames citopatológicos do colo uterino em pessoas com útero realizados no SUS na cidade do Rio de Janeiro/RJ nos anos de 2014 a 2025.

Entre 2014 e 2025, foram registrados 783.437 exames citopatológicos de colo uterino no município do Rio de Janeiro, com incremento substancial no número de exames ao longo do período, especialmente a partir de 2021. Este aumento reflete a ampliação da cobertura do rastreamento e melhorias na notificação de exames por meio do SISCAN.

Sobre a variável Motivo do exame, o rastreamento populacional foi o principal motivo de realização dos exames, representando consistentemente acima de 90% dos casos e com aumento progressivo ao longo de todos os anos (2014: 93%; 2023: 98,8%). Este achado demonstra a efetiva priorização da prevenção primária do câncer de colo uterino no município.

Tabela 5 - Caracterização dos resultados de exames citopatológicos do colo uterino em pessoas com útero realizados no SUS, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, 2014-2025

Categoria	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	57	100	2.739	100	3.493	100	4.526	100	5.460	100	5.774	100	4.245	100	8.392	100	9.060	100	254.371	100	258.697	100	226.623	100
MOTIVO DO EXAME																								
Rastreamento	53	93	2.531	92,4	3.331	95,3	4.369	96,6	5.135	94	5.430	94	3.830	90,2	7.966	94,9	8.709	96,2	251.201	98,8	253.340	97,9	222.100	98
Repetição	2	3,51	62	2,26	47	1,35	39	0,86	83	1,52	80	1,39	78	1,84	89	1,06	73	0,81	2.252	0,89	3.857	1,49	3.195	1,41
Seguimento	2	3,51	146	5,33	115	3,29	118	2,61	242	4,43	264	4,57	337	7,94	337	4,01	278	3,07	918	0,36	1.500	0,58	1.328	0,59
CITOLOGIA ANTERIOR																								
Sim	36	63,2	2.045	74,7	2.719	77,9	3.537	78,1	4.211	77,1	4.502	78	3.376	79,6	6.249	74,5	6.586	72,7	171.635	67,4	177.675	68,7	162.815	71,9
Não	3	5,26	190	6,95	286	8,19	377	8,33	512	9,38	518	8,97	354	8,34	841	10	994	11	39.245	15,4	38.511	14,9	31.006	13,7
Não sabe	14	24,6	433	15,6	339	9,71	421	9,3	596	10,9	560	9,7	410	9,66	904	10,8	1.008	11,1	36.007	14,2	33.206	12,8	24.853	11
Sem informação	4	7,02	71	2,59	149	4,27	191	4,22	141	2,58	194	3,36	105	2,47	398	4,74	472	5,21	7.484	2,94	9.305	3,6	7.949	3,51
PERÍODO DO PREVENTIVO																								
Em branco	3	5,26	2	0,07	19	0,54	28	0,62	62	1,14	53	0,92	34	0,8	2.149	25,6	2.477	27,3	82.873	32,6	81.158	24,9	63.850	28,2
Mesmo ano	7	12,3	248	9,05	250	7,16	300	6,63	369	6,76	396	6,85	277	6,53	450	5,36	374	4,13	6.494	2,55	6.917	2,67	4.300	1,9
1 ano	17	29,8	1.044	38,1	1.296	37,1	1.689	37,3	1.848	33,9	1.948	33,7	1.534	36,1	1.917	22,8	2.504	27,6	55.752	21,9	82.210	31,8	64.290	28,4
2 anos	10	17,5	418	15,3	717	20,5	888	19,6	1.116	20,4	1.169	20,2	880	20,7	2.101	25	1.453	16	41.370	17,4	45.485	17,6	62.676	27,7
3 anos	2	3,51	179	6,53	224	6,41	372	8,22	462	8,46	498	8,62	323	7,61	967	11,5	1.184	13,1	28.613	11,3	16.204	6,26	16.987	7,5
4 anos ou mais	0	0	54	1,97	99	2,83	124	2,74	223	4,08	238	4,12	157	3,7	806	9,61	1.067	11,8	39.264	15,4	26.720	10,3	14.519	6,41
Inconsistente	0	0	3	0,11	3	0,09	2	0,04	9	0,16	14	0,24	8	0,19	2	0,02	1	0,01	5	0	3	0	1	0,04
Ignorado	18	31,6	791	28,9	885	25,3	1.123	24,8	1.371	25,1	1.458	25,3	1.032	24,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA																								
Satisfatória	57	100	2.718	99,2	3.455	99	4.425	97,7	5.350	98	5.667	98,1	4.173	98,3	8.305	99	8.980	99,1	253.107	99,5	257.456	99,5	224.535	99,1
Insatisfatória	0	0	18	0,66	34	0,97	90	1,99	103	1,89	93	1,61	57	1,34	69	0,82	66	0,73	1.241	0,49	1.109	0,43	1.641	0,72
Rejeitada	0	0	3	0,11	4	0,11	11	0,24	7	0,13	14	0,24	15	0,35	18	0,21	14	0,15	23	0,01	132	0,05	447	0,2
INTERVALO PARA RESULTADO																								
0-10 dias	11	19,3	578	21,1	1.249	35,7	1.672	36,9	1.457	26,7	1.578	27,3	1.455	34,3	1.932	23	1.677	18,5	9.337	3,67	4.723	1,83	8.709	3,84
11-20 dias	6	10,5	929	33,9	971	27,8	948	21	1.411	25,9	1.642	28,4	1.347	31,7	2.890	34,4	2.563	28,3	29.645	11,7	50.338	19,5	65.016	28,7
21-30 dias	32	56,1	700	25,6	714	20,5	1.079	23,8	1.492	27,3	1.126	19,5	740	17,4	1.732	20,6	2.106	23,3	31.049	12,2	90.961	35,2	76.644	33,8
>30 dias	8	14	532	19,4	559	16	827	18,3	1.100	20,1	1.428	24,7	703	16,6	1.838	21,9	2.714	30	184.340	72,5	112.675	43,6	76.254	33,6
REPRESENTATIVIDADE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO (ZT)																								
Sim	44	77,2	1.686	61,6	1.950	55,8	2.354	52	2.920	53,5	3.040	52,6	2.315	54,6	4.116	49,1	4.575	50,5	126.374	49,7	137.547	53,2	116.927	51,6
Não	13	22,8	1.037	37,9	1.515	43,4	2.094	46,2	2.445	44,8	2.644	45,8	1.863	43,9	4.213	50,2	4.426	48,8	126.963	50	120.146	46,4	107.830	47,6
Ignorado	0	0	16	0,58	28	0,8	78	1,72	95	1,74	90	1,56	67	1,58	63	0,75	59	0,65	1.034	0,41	1.004	0,39	1.866	0,82
DENTRO DA NORMALIDADE																								
Sim	6	10,5	466	17	622	17,8	815	18	926	17	909	15,7	738	17,4	1.376	16,4	1.315	14,5	4.284	1,68	2.278	0,88	1.869	0,82
Não	51	89,5	2.252	82,3	2.833	81,1	3.610	79,8	4.424	81	4.758	82,4	3.435	80,9	6.929	82,5	7.665	84,6	248.823	97,8	255.178	98,6	222.666	98,2
Ignorado	0	0	21	0,77	38	1,09	101	2,23	110	2,01	107	1,85	72	1,7	87	1,04	80	0,88	1.264	0,5	1.241	0,48	2.088	0,92

Fonte: A autora, 2026.

Os exames realizados motivados por repetição de exames devido às alterações prévias (ASC-US ou lesão de baixo grau), mantiveram proporções baixas quando variando entre 0,81% e 3,51%, enquanto exames de seguimento representaram até 7,94% em 2020, indicando atenção específica às mulheres com histórico de alterações citológicas.

Observa-se ainda uma queda dos valores de exames de rastreamento no intervalo de tempo entre 2020-2022, período marcado pela pandemia de COVID-19. Analisando o mesmo período ainda, nota-se um dado curioso corresponde ao aumento dos percentuais de exames motivados por repetição e por seguimento, em comparação aos demais anos fora do período pandêmico. Este fenômeno pode ser justificado pela restrição de atendimentos por demandas preventivas como o rastreamento, e maior foco assistencial para situações de saúde com doenças já instalada ou que demandassem investigação/ acompanhamento à nível hospitalar.

A pandemia de COVID-19 retardou diversos programas de promoção e prevenção da saúde, os quais incluíram o rastreamento do câncer de colo uterino. A diminuição de rastreio e tratamento adequado da doença foram identificados pela suspensão do serviço no período crítico da pandemia. Apesar desses prejuízos, mesmo na fase crítica da pandemia, houve a necessidade de manter alguns atendimentos relacionados aos exames citopatológicos de mulheres que já apresentavam alterações celulares, bem como por solicitações médicas na ocasião de consultas (Kaufmann et al, 2023).

O rastreamento populacional constitui uma estratégia central na prevenção e no diagnóstico precoce de agravos à saúde, contribuindo para a redução da morbimortalidade e para a racionalização do uso dos serviços de saúde. A efetividade dessas estratégias depende não apenas da cobertura do rastreamento, mas também da adequada condução dos exames subsequentes, incluindo a repetição e o seguimento dos casos com resultados alterados.

A distribuição dos exames segundo a finalidade — rastreamento, repetição ou seguimento — fornece importantes indicadores da organização da rede assistencial, da adesão aos protocolos clínicos e da capacidade do sistema em responder às demandas de cuidado ao longo do tempo. Ademais, a análise estratificada por faixa etária permite identificar padrões diferenciados de utilização dos serviços, refletindo tanto o risco biológico quanto as práticas assistenciais vigentes.

A fim de garantir o êxito de um programa de rastreamento, além da alta cobertura do exame, é necessário que as etapas subsequentes, como repetição e seguimento de exames, assim como de investigação diagnóstica e tratamento estejam bem-organizadas e disponíveis na rede de atenção à saúde. Além disso, a qualidade do exame de rastreamento é fundamental para identificar as lesões precursoras do câncer de colo do útero (Ribeiro et al, 2021).

A pandemia de COVID-19, iniciada em 2020, impôs desafios sem precedentes aos sistemas de saúde, com impacto significativo sobre ações preventivas e de rotina. Conforme já discutido anteriormente, os estudos apontam para interrupções temporárias no rastreamento, priorização de atendimentos de maior complexidade e possível represamento de demandas assistenciais, especialmente entre populações mais vulneráveis.

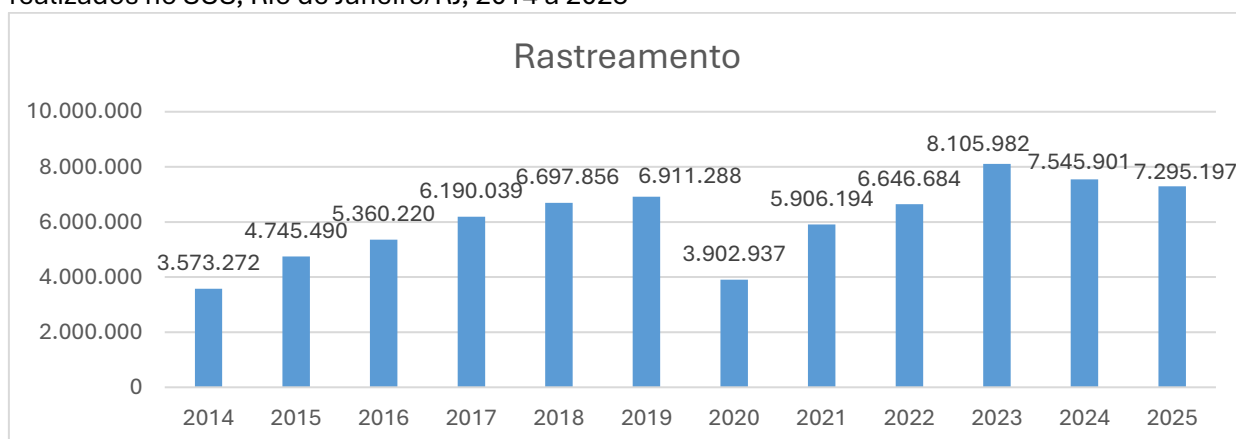
Durante esse período pandêmico, o objetivo das medidas propostas foi equilibrar os serviços e atendimentos de modo que evitassem o contágio com o vírus, além de estabelecer estratégias para a oferta do melhor tratamento visando ao processo terapêutico contra as neoplasias com os recursos disponíveis, levando em conta a singularidade de cada caso e a saúde mental dos envolvidos, sejam pacientes, profissionais ou familiares (Nascimento et al, 2020).

Além disso, o presente estudo também analisou a evolução temporal da distribuição percentual dos exames segundo a finalidade (rastreamento, repetição e seguimento), estratificada por faixa etária, no período de 2014 a 2025, com ênfase na comparação entre os períodos pré-pandêmico, pandêmico e pós-pandêmico.

A figura 7 evidencia a predominância do rastreamento ao longo de toda a série histórica, com redução discreta durante o período pandêmico (2020–2021) e recuperação progressiva nos anos subsequentes. Observa-se aumento transitório do seguimento durante a pandemia, seguido de queda acentuada no período pós-pandêmico.

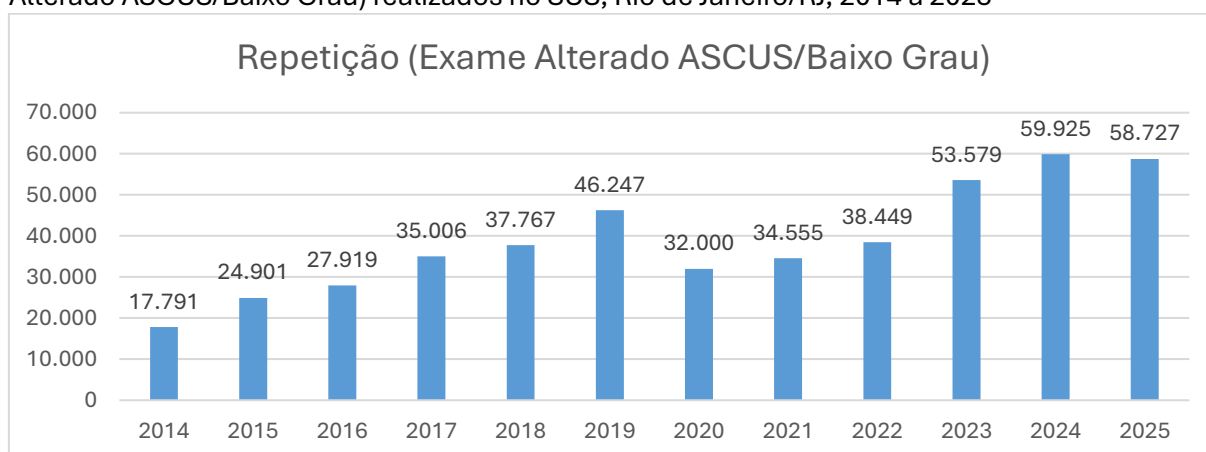
A mesma realidade do rastreamento durante o período de pandemia (2020–2022) e foi observada tanto nos exames de repetição como no de seguimento (Figuras 8 e 9). Identificou-se declínio da quantidade de exames preventivos durante a COVID-19, e a recuperação progressiva nos anos subsequentes.

Figura 7 – Distribuição temporal dos exames citopatológicos do colo uterino de rastreamento realizados no SUS, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025



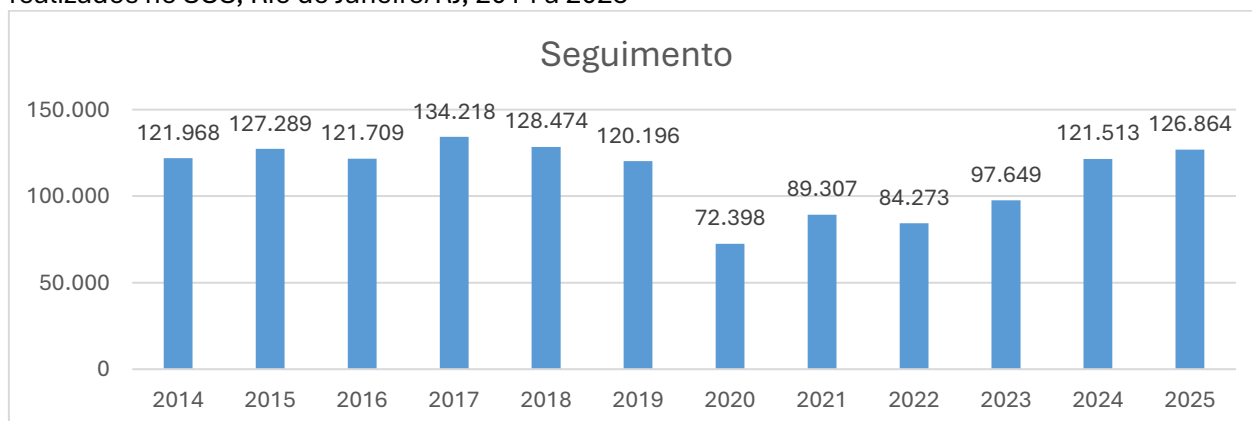
Fonte: A autora, 2026.

Figura 8 – Distribuição temporal dos exames citopatológicos do colo uterino de repetição (Exame Alterado ASCUS/Baixo Grau) realizados no SUS, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025



Fonte: A autora, 2026.

Figura 9 – Distribuição temporal dos exames citopatológicos do colo uterino de seguimento realizados no SUS, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025



Fonte: A autora, 2026.

Os resultados evidenciam a predominância do rastreamento como principal finalidade dos exames ao longo de toda a série histórica analisada, com percentuais consistentemente elevados em todas as faixas etárias. No período pré-pandêmico (2014–2019), observa-se notável estabilidade desse padrão, com o rastreamento representando aproximadamente 96% do total de exames, sugerindo organização consolidada das ações preventivas e boa adesão aos fluxos assistenciais estabelecidos.

A partir de 2020, verifica-se uma alteração discreta, porém sistemática, na composição dos exames, caracterizada pela redução relativa do rastreamento e aumento do seguimento. Tal comportamento é compatível com o impacto da pandemia de COVID-19, que levou à suspensão temporária de atividades eletivas e à priorização de casos com maior risco clínico. Esse efeito foi mais pronunciado em 2020 e 2021, período marcado por maiores restrições de acesso e reorganização dos serviços de saúde.

Uma nota técnica elaborada pelo Ministério da Saúde (MS), juntamente com o Instituto Nacional de Câncer, apresentou medidas relevantes para o reinício do rastreamento de câncer e seguimento de casos, preconizando ações para garantir a adesão às diretrizes vigentes, especialmente em relação às recomendações da população-alvo e a periodicidade. Destaca-se que a realização do rastreamento do câncer de colo do útero fora dessas recomendações promove mais riscos do que benefícios, sobretudo em períodos de pandemia (INCA, 2020).

No período pós-pandêmico (2022–2025), observa-se recuperação progressiva do rastreamento, culminando em percentuais superiores aos registrados antes da pandemia. Os anos de 2024 e 2025 destacam-se por apresentar os maiores valores de rastreamento e os menores percentuais de seguimento de toda a série, sugerindo não apenas retomada das atividades preventivas, mas possível ampliação da capacidade instalada e aprimoramento dos fluxos de cuidado.

Passado o período de suspensão das atividades eletivas e dos programas de promoção da saúde e prevenção de agravos, com a redução dos índices de contaminação pela COVID-19, as atividades de forma geral foram retomadas, e o rastreamento do CCU retornou de forma ampliada nas unidades de APS. Devido ao acúmulo de serviço referente aos atendimentos gerais observou-se um número ainda maior de pessoas com útero com idade para realizar o exame preventivo de câncer

de colo uterino, necessitando de desenvolvimento de estratégias para atender à população e uma maior sobrecarga profissional para atingir as metas assistenciais preconizadas. Para atualizar a agenda desses exames, algumas ações foram necessárias como, por exemplo, a busca ativa destas pessoas para reincluí-las nos programas preventivos (Kaufmann et al, 2023).

Ao se retornar com os serviços de exame preventivo de CCU, é possível suspeitar da ocorrência de baixa procura para realização do exame nos primeiros meses do pós pandemia. Entende-se que o medo das pessoas ainda em contrair a doença e a prioridade para a retomada da rotina diária pode implicar em uma menor adesão ao programa de rastreio. Ainda que este estudo se limitou ao registro de exames realizados em anos, não sendo possível mensurá-los por meses, não se pode descartar o fenômeno da retomada lenta e gradual da realização do exame citopatológico do colo uterino no território. Além disso, esses problemas não se justificam apenas devido às pessoas, mas inclusive pelas circunstâncias institucionais e profissionais, conforme explica o estudo de Kaufmann et al (2023) evidenciando problemas relacionados a execução e organização do retorno das atividades como a ineficiência do sistema logístico, falta de insumos e falta de protocolos.

A baixa e estável participação da repetição ao longo de todo o período indica adequada observância dos intervalos recomendados entre exames, reforçando a consistência dos protocolos adotados. Em conjunto, os achados sugerem que, apesar do impacto negativo inicial da pandemia sobre o rastreamento, o sistema demonstrou resiliência e capacidade de reorganização, retomando e superando os níveis anteriores de desempenho.

Esses resultados reforçam a importância de estratégias específicas para manutenção do rastreamento em contextos de crise sanitária, bem como da atenção diferenciada às populações idosas, que concentram maior demanda por seguimento. Estudos futuros poderão aprofundar a análise incorporando desfechos clínicos, cobertura populacional e desigualdades regionais, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas de prevenção e cuidado contínuo.

A maioria das mulheres apresentava histórico exames prévios. É importante destacar que essa periodicidade pode chegar a cerca de 90% dos exames realizados entre 1 e 2 anos (Silva et al, 2023). Naturalmente, há uma tendência de aumento no intervalo de realização do exame de rastreamento e redução no excesso de exames conforme diz o protocolo assistencial. Já a realização de exames fora da periodicidade

e população-alvo é reflexo do rastreamento oportunístico realizado no país, o qual depende da oferta do exame quando a pessoa com útero procura e/ou tem acesso à unidade de saúde, além da conduta profissional de recomendar o exame anual.

Os dados evidenciaram uma citologia anterior com percentuais de 63,2% a 78,1% nos primeiros anos e ligeiro declínio nos anos finais (2025: 71,9%). Mulheres sem citologia prévia ou com informação desconhecida somavam entre 13,7% e 15,4%, destacando uma parcela relevante de mulheres ainda em risco de não rastreamento adequado.

Neste estudo, o intervalo de realização dos exames citopatológico do colo uterino apresentou variabilidade ao longo dos anos. A maior proporção de exames foi realizada dentro de 1 a 2 anos do exame anterior, com 1 ano variando de 22,8% a 38,1% e 2 anos de 16% a 25%. Destaca-se, porém, que uma proporção considerável de exames apresentava intervalo superior a quatro anos (2023: 15,4%), sugerindo lacunas na cobertura e possível risco aumentado para progressão de lesões pré-cancerosas. A categoria de exames com registro ignorado ou em branco foi relevante em anos iniciais (2014: 31,6%) e desapareceu nos anos mais recentes, refletindo melhoria na completude dos registros.

Esse intervalo superior aos três anos entre os exames pode indicar uma falha na educação em saúde da população com útero. Em grande parte, há uma dificuldade de compreensão das pessoas no que se refere ao intervalo correto entre os exames e o objetivo de sua realização, visto que muitas mulheres buscaram atendimento a partir de suas queixas ginecológicas.

No Brasil é recomendado que a periodicidade do rastreamento do câncer de colo uterino seja a cada três anos, após dois exames citopatológicos normais realizados com intervalo de um ano. Isso se justifica devido à lenta evolução da doença. Assim, após 2 exames consecutivos e negativos, preconizou-se um intervalo de três anos como suficiente para novo exame de rastreio para detecção de lesão precursora e iniciar o tratamento (INCA, 2022). Ainda, neste mesmo manual ressalta-se que pessoas com útero recebam os mesmos cuidados preventivos, incluindo exames de detecção precoce e imunizações. Os homens transexuais que não realizaram a remoção cirúrgica dos seus órgãos reprodutivos apresentam risco de desenvolver a doença, assim como a população feminina e portanto, se incluem no programa.

Até 2025, o protocolo assistencial vigente para o rastreamento do câncer de colo uterino estabelecia que mulheres com dois exames citopatológicos consecutivos negativos deveriam realizar um novo exame em um intervalo de dois anos. Essa recomendação visava otimizar a detecção precoce de lesões precursoras, garantindo um equilíbrio entre cobertura populacional e eficiência do programa de rastreamento.

Recentemente, novas diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero foram definidas com a incorporação oficial do exame molecular de DNA-HPV ao Sistema Único de Saúde (SUS). Recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o teste molecular permite identificar o subtipo do vírus, caso o resultado seja positivo, direciona o tratamento das lesões e pode reduzir casos de câncer (Brasil, 2025). O novo exame visa substituir gradualmente o papanicolau como exame de rastreio e prevenção na Atenção Primária à Saúde (APS). Com a mudança, o intervalo entre as coletas, quando não houver diagnóstico do vírus, passará a ser de cinco anos. A portaria amplia a faixa etária de rastreio, de 25 a 64 anos.

A portaria SAES/SECTICS nº 13, DE 29 DE JULHO DE 2025 define que os gestores do SUS devem estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento (Brasil, 2025). Embora o rastreamento baseado em DNA-HPV preconize um intervalo atual de cinco anos entre exames com resultados negativos, sua implementação ainda não é uniforme em todo o território nacional. Para os propósitos da presente análise, adotou-se o intervalo de dois anos, refletindo a prática assistencial consolidada na última década e assegurando a comparabilidade temporal dos dados, enquanto se desconsiderou o intervalo de cinco anos previsto no protocolo mais recente.

Quanto a adequabilidade da amostra, a qualidade foi elevada, representando 97,7% a 100% das amostras satisfatórias ao longo do período. Amostras insatisfatórias ou rejeitadas corresponderam a menos de 2% dos casos, confirmando a confiabilidade dos exames realizados e da qualificação profissional durante a realização da técnica.

A presença de zona de transformação representativa nas amostras foi identificada em 49% a 54% dos exames, enquanto a ausência variou de 46% a 50%, indicando que uma parcela considerável das amostras pode não ser ideal para detecção de lesões precursoras, reforçando a necessidade de capacitação em coleta.

A enfermeira é a profissional de maior destaque nas ações de rastreamento do colo uterino. É esta profissional que muitas vezes fica responsável por realizar a coleta

do exame citopatológico do colo uterino, contribuindo para uma assistência de promoção e prevenção na saúde da mulher/ pessoas com útero.

As Enfermeiras são, atualmente, as principais executoras da coleta citopatológica do colo uterino na Atenção Primária à Saúde (APS). A atribuição está regulamentada em território nacional pela Resolução Cofen nº 381/2011 (Conselho Federal de Enfermagem, 2011), e tem amparo na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, no inciso II do Art. 8º do Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/1986 (Brasil, 1986, 1987).

Em nível de atenção primária, na Estratégia de saúde da Família, a enfermeira atua na consulta de enfermagem na saúde da mulher. Esta consulta apresenta ações que incluem acolhimento, anamnese e exame físico e procedimento, como a coleta do exame citopatológico do colo uterino. A enfermeira durante a consulta ginecológica de enfermagem deve, primeiramente, acolher e elucidar sobre a importância da realização do exame para controle do câncer do colo uterino, de forma que proporcione maior conforto físico e psicológico às mulheres, de maneira que estas tenham compreensão do contexto que as cercam (Silva, Backes, Soldera, 2024).

Visando o bem-estar e a saúde das pessoas com útero, a concretização dessa consulta, compreende a integralidade do cuidado e seu acesso às ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino, com acolhimento de suas demandas e necessidades e a garantia do acesso de forma qualitativa (Silva, Backes, Soldera, 2024). O cuidado em enfermagem deve ser permeado pela humanização, com escuta sensível de suas demandas e consideração de suas particularidades no contexto das vulnerabilidades e interseccionalidades.

Analisando a variável sobre o intervalo para resultado de exames, a maioria dos resultados foi liberada em 21 a 30 dias (20,5% a 35,7% nos primeiros anos), mas observou-se um aumento significativo de exames com intervalo >30 dias em 2023 (72,5%), possivelmente decorrente do aumento do volume de exames e sobrecarga do sistema, situação esperada consequente do período pós pandemia, refletindo atraso potencial no acompanhamento de mulheres com alterações citológicas.

Segundo o Programa Nacional de Qualidade em Citopatologia (Brasil, 2016), um dos critérios de qualidade é a liberação dos laudos pelo laboratório em até 30 dias após o recebimento do material. Os laudos do exame preventivo liberados em até 30 dias expõe dificuldades e desarticulação entre os serviços assistenciais do SUS,

condições que levam à baixa resolutividade de casos possivelmente com câncer de colo uterino (Silva et al, 2023).

Em relação a variável de resultados dentro da normalidade, a maioria das amostras apresentou resultado normal, com percentuais entre 79,8% e 98,6%, enquanto exames alterados representaram menos de 20% nos anos iniciais e diminuíram em proporção nos anos mais recentes. Essa predominância de resultados normais é compatível com a finalidade preventiva do rastreamento citológico (INCA 2022).

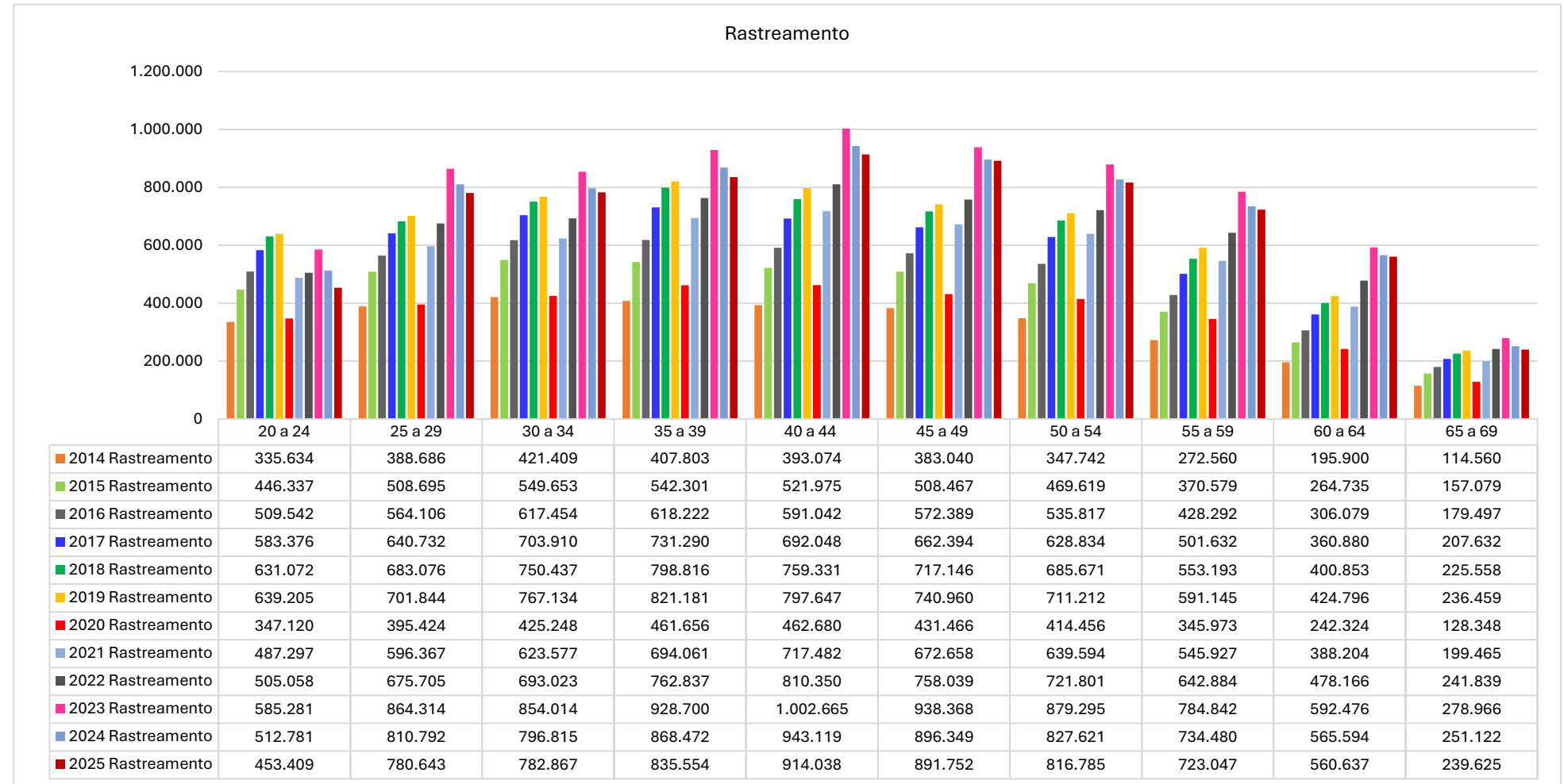
As figuras 10, 11 e 12 ilustram a evolução temporal da finalidade dos exames, o impacto da pandemia de COVID-19 e as diferenças segundo faixa etária. Observa-se predominância do rastreamento em todo o período, com alterações transitórias durante a pandemia e recuperação no período subsequente, além de gradiente etário consistente no percentual de seguimento.

A análise dos dados de rastreamento no período de 2014 a 2025 evidencia um padrão temporal e etário bem definido, marcado por expansão progressiva da cobertura, interrupção abrupta em 2020 e posterior retomada com intensidades distintas entre os grupos etários (Figura 10).

Observa-se crescimento consistente do número de exames de rastreamento entre 2014 e 2019, passando de aproximadamente 3,6 milhões para quase 6,9 milhões de exames anuais. Esse aumento é acompanhado por expansão em praticamente todas as faixas etárias, com maior contribuição dos grupos entre 25 e 49 anos, que concentram a maior parte do volume absoluto de exames. Tal comportamento sugere ampliação da oferta e/ou maior adesão da população-alvo às estratégias de rastreamento ao longo do período pré-pandemia.

Em 2020 ocorre redução acentuada no número de exames de rastreamento em todas as faixas etárias, com queda proporcionalmente mais intensa entre adolescentes e adultos jovens. Essa diminuição reflete a reorganização dos serviços de saúde e a priorização de atendimentos de urgência durante a pandemia de COVID-19, impactando diretamente ações preventivas. Embora os grupos etários mais avançados também apresentem redução, a queda é relativamente menos pronunciada, indicando possível priorização do rastreamento em indivíduos com maior risco.

Figura 10 – Distribuição dos exames citopatológicos do colo uterino de rastreamento realizados no SUS segundo ano e faixa etária, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025



Fonte: A autora, 2026.

No final do ano de 2019, a OMS recebeu a notificação de aumento significativo de novos casos respiratórios suspeitos com efetivo decreto de pandemia em março de 2020. O status de pandemia culminou em novos rearranjos dos serviços de saúde com grande parte voltados para a situação emergencial da pandemia de COVID-19 (Kaufmann et al, 2023).

A pandemia de COVID-19 afetou a população em diversos aspectos sendo eles sociais, econômicos e emocionais e desorganizou o sistema de atenção à saúde. Devido a essa alta demanda de atendimentos decorrentes da COVID-19, a maior parte dos recursos de saúde, incluindo o redirecionamento dos profissionais de saúde, foi destinada ao atendimento à pandemia, deixando uma lacuna nos atendimentos de promoção e prevenção, os quais tornaram-se, a priori, invisíveis aos serviços de saúde. O exame preventivo para detecção do câncer do colo uterino foi um dos exames que deixaram de ser realizados nos serviços de APS durante a pandemia (Kaufmann et al, 2023).

A partir de 2021, os dados demonstram retomada gradual do rastreamento, com crescimento sustentado nos anos seguintes. Em 2022 e 2023, os volumes já se aproximam ou superam os níveis observados antes da pandemia, culminando em picos em 2023 e 2024. Esse movimento é particularmente evidente nas faixas etárias de 30 a 49 anos, que não apenas recuperam o volume perdido em 2020, mas apresentam expansão adicional, sugerindo compensação de exames não realizados no período anterior e fortalecimento das estratégias de busca ativa.

A distribuição etária do rastreamento mantém-se relativamente estável ao longo de toda a série histórica. As faixas etárias entre 25 e 49 anos concentram o maior número absoluto de exames, seguidas pelos grupos de 50 a 59 anos. Nas faixas etárias mais jovens (até 19 anos), o rastreamento apresenta volumes menores e tendência de redução proporcional ao longo dos anos, possivelmente refletindo ajustes nas diretrizes clínicas ou maior focalização das ações preventivas em populações de maior risco.

Nas faixas etárias mais avançadas (60 anos ou mais), observa-se crescimento gradual do rastreamento até 2019, queda em 2020 e retomada subsequente, porém em ritmo mais moderado quando comparado às faixas intermediárias. Ainda assim, o aumento observado após 2021 sugere

manutenção do esforço preventivo nesses grupos, apesar do menor volume absoluto.

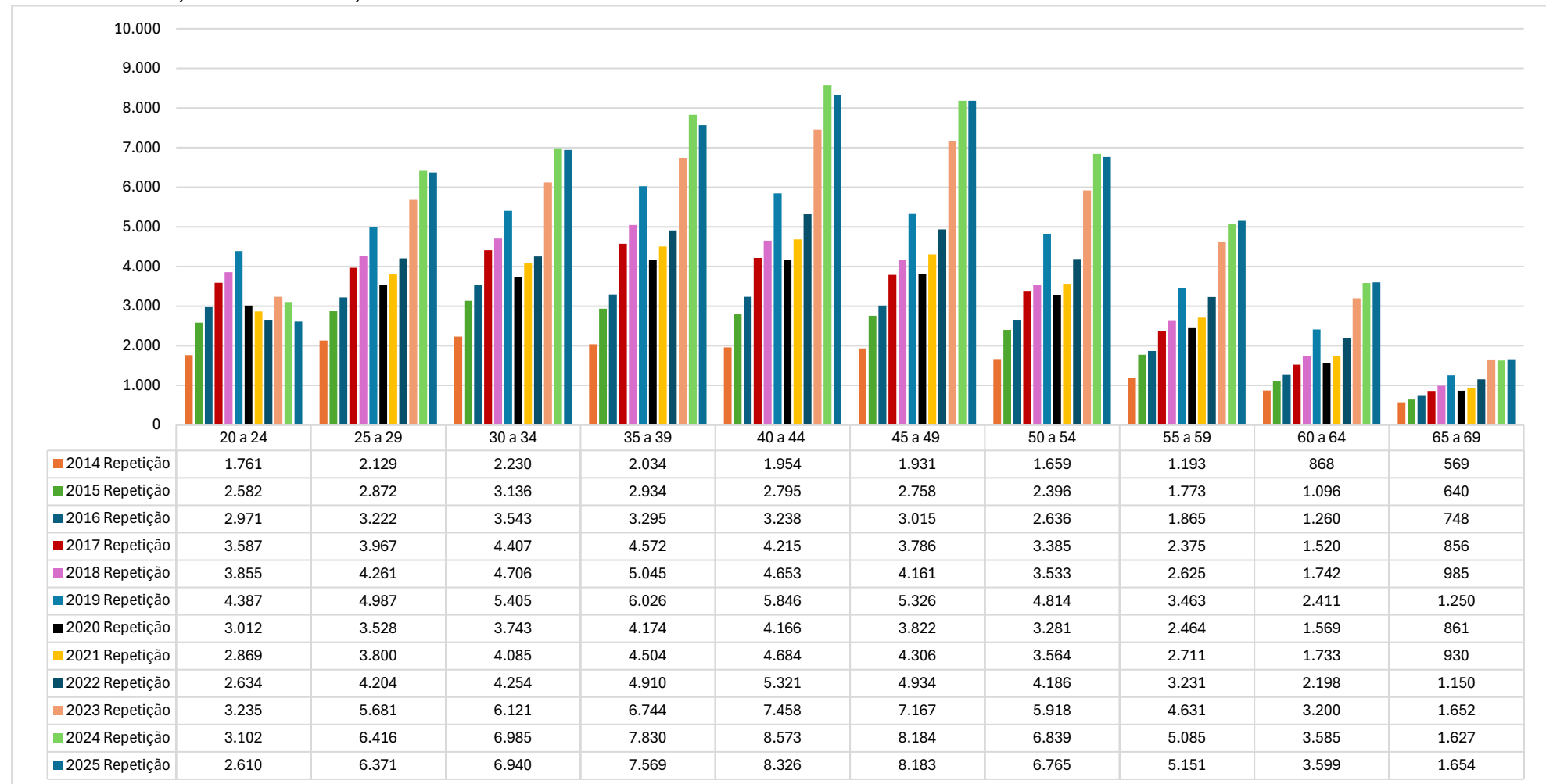
De forma geral, os dados indicam que o rastreamento apresenta maior sensibilidade a fatores externos, como a pandemia, do que os exames de seguimento, com quedas mais pronunciadas em contextos de crise e recuperação dependente da capacidade de reorganização dos serviços de saúde. A retomada observada nos anos recentes sugere não apenas restabelecimento das atividades, mas também possível intensificação das ações de rastreamento, especialmente em faixas etárias prioritárias, o que pode ter implicações relevantes para a detecção precoce de agravos e para o planejamento futuro das políticas de saúde.

A análise da figura 11 evidencia a distribuição dos exames citopatológicos de repetição indicados após resultados alterados do tipo ASC-US ou lesões intraepiteliais de baixo grau, segundo faixa etária das mulheres, ao longo do período estudado. Observa-se um padrão etário consistente, caracterizado por aumento progressivo do número de exames a partir das faixas etárias mais jovens, com concentração mais elevada entre mulheres adultas jovens e de meia-idade.

Os maiores volumes de exames de repetição concentram-se nas faixas etárias de 30 a 49 anos, com picos observados entre 40–44 e 45–49 anos. Esse comportamento pode ser explicado pela história natural da infecção pelo papilomavírus humano (HPV), na qual infecções transitórias são mais frequentes em mulheres jovens, enquanto a persistência viral tende a ocorrer com maior frequência a partir da terceira década de vida, resultando em alterações citológicas que demandam seguimento conforme os protocolos de rastreamento do câncer do colo do útero.

Adicionalmente, a maior ocorrência de exames de repetição nessas faixas etárias pode refletir maior adesão ao rastreamento e maior utilização dos serviços de saúde, uma vez que mulheres em idade reprodutiva e de meia-idade apresentam maior contato com a atenção à saúde, seja por acompanhamento ginecológico regular, planejamento reprodutivo ou assistência pré-natal. Tal achado é coerente com as diretrizes nacionais, que priorizam o rastreamento citopatológico nessa população.

Figura 11 - Distribuição dos exames citopatológicos do colo uterino de Repetição (Exame Alterado ASCUS/Baixo Grau) realizados no SUS segundo ano e faixa etária, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025



Fonte: A autora, 2026

A partir dos 50 anos de idade, observa-se redução gradual no número de exames de repetição, com declínio mais acentuado nas faixas etárias de 60–64 e 65–69 anos. Esse padrão pode estar associado a barreiras de acesso aos serviços de saúde, menor percepção de risco, interrupção do seguimento longitudinal ou descontinuidade do rastreamento ao longo da vida. Tal redução é preocupante do ponto de vista da saúde pública, considerando que mulheres que não foram adequadamente rastreadas em idades anteriores permanecem sob risco elevado de progressão para lesões de alto grau e câncer do colo do útero.

No que se refere à tendência temporal, observa-se aumento do número absoluto de exames de repetição nos anos mais recentes, especialmente nas faixas etárias centrais. Esse crescimento pode indicar ampliação da cobertura do rastreamento e aprimoramento dos sistemas de registro e vigilância, embora também possa refletir desafios persistentes relacionados à prevenção primária e ao controle da infecção pelo HPV.

Em conjunto, os achados apontam que os exames de repetição por alterações citológicas de baixo grau concentram-se em mulheres em idade reprodutiva e de meia-idade, reforçando a necessidade de estratégias que garantam seguimento oportuno e continuidade do cuidado, bem como ações direcionadas à ampliação do acesso e da adesão ao rastreamento entre mulheres mais velhas, de modo a reduzir iniquidades e prevenir a progressão da doença.

Na figura 12, a análise da série histórica dos exames realizados entre 2014 e 2025 evidencia variações importantes no volume e no perfil dos exames de seguimento ao longo dos anos, especialmente quando considerados os diferentes grupos etários. De modo geral, observa-se crescimento progressivo do número total de exames até 2019, seguido por uma queda acentuada em 2020, compatível com o impacto da pandemia de COVID-19 sobre os serviços de saúde, e posterior retomada a partir de 2021, com recuperação consistente nos anos subsequentes.

Os exames de seguimento, que refletem a necessidade de monitoramento clínico decorrente de achados prévios, representaram uma proporção relativamente pequena do total de exames ao longo de toda a série histórica.

Figura 12 - Distribuição dos exames citopatológicos do colo uterino de Seguimento realizados no SUS segundo ano e faixa etária, Rio de Janeiro/RJ, 2014 a 2025



Fonte: A autora, 2026.

Ainda assim, seu comportamento temporal difere parcialmente daquele observado para os exames de rastreamento, indicando maior sensibilidade às interrupções do cuidado longitudinal. Em 2020, verifica-se redução expressiva dos exames de seguimento em praticamente todas as faixas etárias, sugerindo descontinuidade no acompanhamento de indivíduos previamente identificados com alterações. A partir de 2021, observa-se recuperação gradual, com aumento progressivo até 2024 e 2025, atingindo valores iguais ou superiores aos do período pré-pandemia em várias faixas etárias.

A distribuição dos exames de seguimento por idade revela padrão fortemente associado ao envelhecimento. Nas faixas etárias mais jovens, especialmente até os 19 anos, os números absolutos e as proporções de seguimento permaneceram baixos e relativamente estáveis ao longo do período, refletindo a menor prevalência de achados clínicos que demandem acompanhamento continuado. Entre adultos jovens (20 a 29 anos), os exames de seguimento apresentaram crescimento até 2018–2019, queda em 2020 e retomada progressiva nos anos subsequentes, possivelmente associada à recuperação de seguimentos adiados.

Nas faixas etárias intermediárias, particularmente entre 30 e 49 anos, concentra-se o maior volume absoluto de exames de seguimento. Nessas idades, o crescimento observado até 2019 é interrompido em 2020, seguido por aumento expressivo a partir de 2022, o que sugere represamento de casos e retorno tardio ao acompanhamento clínico. Esse padrão é ainda mais evidente nas faixas de 35 a 39, 40 a 44 e 45 a 49 anos, indicando maior carga de achados persistentes ou recorrentes que exigem monitoramento.

Entre indivíduos com 50 anos ou mais, a proporção de exames de seguimento em relação ao total é consistentemente mais elevada ao longo de toda a série. Mesmo durante 2020, a redução é menos acentuada quando comparada às faixas etárias mais jovens, o que sugere maior priorização clínica desses grupos. Nos anos mais recentes, especialmente entre 2023 e 2025, os valores de seguimento atingem os níveis mais altos da série histórica, sobretudo nas faixas de 55 a 69 anos, refletindo o aumento da prevalência de condições crônicas ou alterações que demandam acompanhamento contínuo.

Nas faixas etárias mais avançadas (70 anos ou mais), embora o número absoluto de exames seja menor, observa-se proporção relativamente elevada de exames de seguimento e tendência de crescimento após 2021. Esse achado indica

que, nesses grupos, os exames são majoritariamente realizados em contexto de acompanhamento de achados prévios, e não de rastreamento oportunístico.

Em conjunto, os resultados demonstram que os exames de seguimento são fortemente influenciados pela idade e pela continuidade do cuidado em saúde, tendo sido particularmente impactados pela interrupção dos serviços em 2020. A recuperação observada nos anos subsequentes sugere retomada do acompanhamento clínico, possivelmente com acúmulo de casos não acompanhados durante o período pandêmico, o que reforça a importância de estratégias de fortalecimento do seguimento longitudinal, especialmente em populações de maior risco.

A tabela 6 apresenta a Caracterização dos resultados dos exames realizados de citopatológico de colo uterino segundo as alterações celulares do colo uterino. Entre 2014 e 2025, foram realizados 783.437 exames citopatológicos de colo uterino no município do Rio de Janeiro, refletindo a consolidação do programa de rastreamento para prevenção do câncer cervical. A análise dos resultados evidencia padrões consistentes de detecção de alterações celulares, com predominância de exames normais e baixa frequência de lesões precursoras ou malignas.

Nas Atipias Celulares Escamosas, as lesões de baixo grau (HPV/NIC I) corresponderam a 0,36%–1,25% dos exames ao longo do período, com maior proporção em 2021 (1,25%). As lesões de alto grau (NIC II/III) permaneceram raras, entre 0,14% e 0,5%, alcançando seu pico em 2024. Casos de lesão de alto grau sem exclusão de microinvasão e carcinoma epidermoide invasor foram excepcionalmente raros (<0,05%), indicando que a detecção precoce das alterações precursoras tem sido eficaz. Vale ressaltar que mais de 98% dos exames foram classificados como normais ou não alterados, reforçando a baixa prevalência de lesões citologicamente significativas.

Nas Atipias Celulares Glandulares, as alterações glandulares, incluindo adenocarcinoma in situ e invasor, apresentaram ocorrência mínima, sempre inferior a 0,02% dos exames. Destacam-se 23 casos de adenocarcinoma in situ em 2022, correspondendo a apenas 0,01% do total. Estes dados evidenciam a limitação da citologia convencional na detecção de alterações glandulares, reforçando a importância da implementação progressiva de métodos complementares, como o rastreamento por DNA-HPV, em toda a rede de atenção à saúde da mulher.

Tabela 6 - Caracterização dos resultados de exames citopatológicos do colo uterino em pessoas com útero realizados no SUS segundo as alterações celulares do colo uterino, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, 2014-2025

Categoria	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	57	100	2.739	100	3.493	100	4.526	100	5.460	100	5.774	100	4.245	100	8.392	100	9.060	100	254.371	100	258.697	100	226.623	100
ALTERAÇÕES DO EXAME – Atípias Celulares Escamosas																								
Lesão baixo grau (HPV/NIC I)	0	0	25	0,91	43	1,23	49	1,08	56	1,03	53	0,92	53	1,25	86	1,02	75	0,83	1.878	0,74	1.941	0,75	813	0,36
Lesão alto grau (NIC II/III)	0	0	6	0,22	5	0,14	7	0,15	18	0,33	15	0,26	14	0,33	26	0,31	31	0,34	1.068	0,42	1.302	0,5	491	0,22
Lesão alto grau (não exclui microinvasão)	0	0	2	0,07	0	0	0	0	3	0,05	3	0,05	0	0	2	0,02	3	0,03	42	0,02	63	0,02	14	0,01
Carcinoma epidermoide invasor	0	0	0	0	0	0	1	0,02	2	0,04	1	0,02	1	0,02	1	0,01	0	0	23	0,01	17	0,01	3	0
Ignorado	57	100	2.706	98,8	3.445	98,6	4.469	98,8	5.381	98,6	5.702	98,7	4.177	98,4	8.277	98,6	8.951	98,8	251.360	98,8	255.374	98,7	225.302	99,4
ALTERAÇÕES DO EXAME – Atípias Celulares Glandulares																								
Adenocarcinoma in situ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,01	23	0,01	14	0,01	7	0
Adenocarcinoma invasor cervical	0	0	0	0	1	0,03	0	0	0	0	0	0	1	0,02	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0
Adenocarcinoma invasor endometrial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0
Adenocarcinoma invasor sem especificação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,01	0	0	6	0	3	0	0	0
Ignorado	57	100	2.739	100	3.492	100	4.526	100	5.460	100	5.774	100	4.244	100	8.391	100	9.059	100	254.337	100	258.678	100	226.615	100
CÉLULAS ESCAMOSAS – Sinais Indeterminados																								
ASC-US	1	1,75	26	0,95	20	0,57	31	0,68	33	0,6	85	1,47	72	1,7	103	1,23	105	1,16	6.416	2,52	7.118	2,75	3.207	1,42
ASC-H	0	0	3	0,11	5	0,14	5	0,11	17	0,31	14	0,24	15	0,35	17	0,2	26	0,29	2.004	0,79	1.539	0,59	621	0,27
Ignorado	56	98,3	2.710	98,9	3.468	99,3	4.490	99,2	5.410	99,1	5.675	98,3	4.158	98	8.272	98,6	8.929	98,6	245.951	96,7	250.040	96,7	222.795	98,3
CÉLULAS GLANDULARES – Sinais Indeterminados																								
Possivelmente não neoplásicas	0	0	2	0,07	4	0,11	2	0,04	4	0,07	10	0,17	8	0,19	6	0,07	10	0,11	1.485	0,58	1.328	0,51	442	0,19
Não se pode afastar lesão alto grau	0	0	1	0,04	0	0	0	0	2	0,04	0	0	2	0,05	2	0,02	3	0,03	235	0,09	216	0,08	106	0,05
Ignorado	57	100	2.736	99,9	3.489	99,9	4.524	100	5.454	99,9	5.764	99,8	4.235	99,8	8.384	99,9	9.047	99,9	252.651	99,8	257.153	99,4	226.075	99,6
CÉLULAS DE ORIGEM INDEFINIDA																								
Indefinida – possivelmente não neoplásicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,02	0	0	14	0,01	84	0,03	134	0,06
Não se pode afastar lesão alto grau	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,01	1	0,01	25	0,01	17	0,01	32	0,01
Ignorado	57	100	2.739	100	3493	100	4.526	100	5.460	100	5.774	100	4.245	100	8.389	100	9.059	100	254332	100	258.596	100	226.457	100
OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS																								
Sim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
Não	57	100	2.739	100	3493	100	4.526	100	5.460	100	5.774	100	4.245	100	8.392	100	9.060	100	254369	100	258.697	100	226.622	100

Fonte: A autora, 2026.

Quanto às Células Escamosas e Glandulares de Significado Indeterminado, os achados de ASC-US variaram entre 0,57% e 2,75%, com tendência de aumento em 2023–2024, possivelmente relacionada à maior cobertura do rastreamento. O ASC-H permaneceu muito raro (<0,35%). As células glandulares de significado indeterminado, sejam possivelmente não neoplásicas ou que não permitem afastar lesão de alto grau, corresponderam a <0,2% dos exames, indicando baixa prevalência de alterações potencialmente graves.

Casos de células de origem indefinida surgiram apenas a partir de 2021, permanecendo em proporções mínimas (0,01%–0,06%). As outras neoplasias malignas foram detectadas em apenas três exames ao longo de todo o período, reforçando o caráter predominantemente preventivo do rastreamento citológico.

Em relação às tendências temporais e suas implicações em Saúde Pública, a análise temporal demonstra constância na baixa prevalência de lesões de alto grau e malignas, sugerindo eficácia do programa de rastreamento e detecção precoce de alterações no colo uterino. O aumento discreto de ASC-US em anos recentes reflete ampliação da cobertura e maior identificação de alterações mínimas, enquanto a elevada proporção de resultados ignorados (>96% em diversas categorias) evidencia lacunas na completude dos registros, apontando para a necessidade de melhorias na vigilância epidemiológica e no sistema de informação em saúde.

A baixa prevalência de lesões de alto grau ou malignas indica que o rastreamento citológico continua sendo eficiente, detectando alterações precursoras precocemente. Tal fato indica uma maior efetividade do rastreamento do câncer uterino. Embora a citologia tenha baixa detecção de adenocarcinomas e lesões glandulares, não se pode ignorar a possibilidade de falhas na detecção de alterações menos visíveis. A fim de reduzir lacunas no rastreio e prevenção da doença, há uma necessidade urgente de avanços tecnológicos e de maiores ofertas de exames mais sensíveis para o rastreamento do câncer do colo uterino como por exemplo, o rastreamento com DNA-HPV. Também é fundamental estratégias que reforcem maior captação e adesão populacional no rastreio de novos casos.

Relacionada à cobertura e à adesão, o aumento em ASC-US sugere maior alcance do programa, mas a persistência de resultados ignorados indica que ainda há desafios na adesão e no registro completo dos exames.

Considerando os dados apresentados, em relação ao monitoramento contínuo, a manutenção de padrões consistentes ao longo de 12 anos mostra estabilidade do programa, mas há necessidade de aperfeiçoar o tempo de retorno de resultados e a qualidade dos registros, para aumentar a efetividade do rastreamento e o seguimento oportuno das mulheres com alterações.

CONCLUSÃO

Em relação ao perfil populacional, a análise evidencia que a maior parte dos exames de rastreamento é realizada em mulheres na faixa etária de 25 a 49 anos, o que está em consonância com a orientação central do programa de rastreamento do câncer do colo do útero. Observa-se, entretanto, uma redução gradual do número de exames entre mulheres de 50 a 64 anos, acompanhada por um aumento proporcional de mulheres brancas nesse grupo etário, o que pode indicar desigualdades no acesso aos serviços de saúde e reforça a necessidade de políticas específicas de incentivo ao rastreamento em idades mais avançadas.

Ademais, mulheres pretas e indígenas permanecem sub-representadas, evidenciando desigualdades raciais persistentes no acesso à saúde preventiva. Do ponto de vista da saúde pública, torna-se fundamental fortalecer a cobertura do rastreamento em faixas etárias mais elevadas e entre populações racialmente sub-representadas, com vistas à ampliação da detecção precoce e à redução da mortalidade por câncer cervical.

Embora a tabela analisada não contemple variáveis socioeconômicas, alguns aspectos relevantes podem ser inferidos. A forte concentração dos exames em determinadas faixas etárias sugere que o acesso ao rastreamento ocorre predominantemente durante a vida reprodutiva e o climatério, períodos em que as mulheres tendem a ter maior contato com os serviços de saúde.

A ausência de registros com idade ignorada indica boa qualidade no preenchimento dessa variável, o que representa um ponto positivo para a vigilância epidemiológica. Contudo, a análise isolada dos dados não permite avaliar iniquidades territoriais, raciais ou socioeconômicas, dimensões fundamentais para a compreensão integral da saúde da mulher, apontando para a necessidade de análises complementares que incorporem esses determinantes.

Sob a perspectiva da saúde pública, os dados revelam um cenário globalmente favorável para o rastreamento do câncer do colo do útero no município do Rio de Janeiro, especialmente no período pós-pandemia, marcado por retomada e ampliação do número de exames realizados. Apesar disso, persistem desafios importantes relacionados à adequação etária do

rastreamento, à racionalização do uso do exame e à qualificação do cuidado ofertado, aspectos centrais para a efetividade e a sustentabilidade do programa. Esses desafios incluem a permanência de práticas clínicas baseadas em modelos antigos de rastreamento, a pressão exercida pela demanda espontânea, o desconhecimento ou a insegurança de profissionais e usuárias em relação às diretrizes vigentes e o uso do exame citopatológico como porta de entrada para outros cuidados ginecológicos, independentemente de indicação específica.

A manutenção de padrões consistentes ao longo dos anos indica estabilidade do programa de rastreamento citológico, com impacto positivo na prevenção do câncer de colo uterino. Contudo, a limitada detecção de alterações glandulares sugere que o rastreamento baseado exclusivamente em citologia apresenta limitações, reforçando a importância da introdução gradual do rastreamento por DNA-HPV em larga escala para aumentar a sensibilidade do programa.

O estudo também permitiu destacar implicações relevantes para a formulação de políticas públicas e para a gestão em saúde. Entre elas, destacam-se a necessidade de reforçar a educação permanente dos profissionais quanto às diretrizes éticas do rastreamento, qualificar a demanda, evitando a realização de exames fora da faixa recomendada sem indicação clínica, e aproveitar o elevado volume recente de exames para ampliar a detecção precoce, reduzir desigualdades e integrar de forma mais efetiva as ações de rastreamento com o seguimento e o tratamento oportuno dos casos alterados. Além disso, torna-se essencial monitorar se o aumento no número de exames está sendo acompanhado por redução da incidência de câncer invasivo, aumento da detecção de lesões precursoras e garantia de seguimento adequado, de modo a assegurar impacto positivo real sobre os desfechos em saúde da população feminina.

Para fortalecer a atenção à saúde da mulher, é essencial: Padronizar e validar registros de raça/cor, garantindo que reflitam a realidade populacional; Ampliar o acesso ao exame para mulheres pretas e pardas, reduzindo desigualdades estruturais; Implementar campanhas de educação em saúde e ações de alcance comunitário voltadas para áreas de maior vulnerabilidade social e racial; bem como o monitoramento contínuo da cobertura segundo

raça/cor, incorporando indicadores de rastreamento oportuno e de repetição de exames para avaliação efetividade e equidade do rastreamento nas políticas de saúde da mulher.

A integração dessas estratégias permitirá que o rastreamento do câncer cervical seja universal, oportuno e equitativo, fortalecendo a detecção precoce de lesões e contribuindo para a redução de mortalidade entre todas as mulheres do município.

Conclui-se que o programa de rastreamento do câncer do colo uterino no Rio de Janeiro apresentou avanços significativos em cobertura e completude de registros, especialmente ao longo da última década. Entretanto, persistem desafios críticos relacionados à equidade racial, adequação etária do rastreamento e qualidade dos registros socioeconômicos, que limitam a efetividade do programa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1987. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestão da qualidade dos laboratórios de citopatologia**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro_completo_manual_citopatologia-2016.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025**. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I – Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/r/rastreamento-cancer-do-colo-do-uterio/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Autocuidado em saúde e a literacia para a saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 381/2011**. Normatiza a execução, pelo enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou. Brasília, DF: COFEN, 2011.

FERNANDES, N. F. S. et al. Desafios para prevenção e tratamento do câncer cervicouterino no interior do Nordeste. **Revista Brasileira de Estudos de**

População, v. 38, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/VQbssGG5M9tfMj7vpnLmDCL/>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2022: pela primeira vez desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda**. Agência de Notícias do IBGE, 2022. Disponível em:
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cadernos do Rio – Prévias do Censo: sexo e idade**. Caderno 3. Rio de Janeiro: IBGE, 2024a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cadernos do Rio – Prévias do Censo: cor ou raça**. Caderno 4. Rio de Janeiro: IBGE, 2024b.

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

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2023: incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Atlas da mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2022b. Disponível em:
<https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Controle do câncer do colo do útero no Brasil: dados e números**. Rio de Janeiro: INCA, 2025. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br>.

JAMBO, M. C. M. et al. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: revisão sistemática. **Journal Archives of Health**, v. 5, n. 3, e2124, 2024. DOI: 10.46919/archv5n3espec-436.

KAUFMANN, L. C. et al. Repercussões da pandemia de COVID-19 no exame preventivo do câncer do colo do útero. **Escola Anna Nery**, v. 27, e20220401, 2023. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2022-0401pt.

MADALENA RIBEIRO, C. et al. Follow-up of women screened for cervical cancer in São Paulo, Brazil. **Cancer Epidemiology**, v. 72, 2021. DOI: 10.1016/j.canep.2021.101940.

MILHOMEM, H. G. A. S. et al. A atuação da enfermagem diante da não adesão ao exame citopatológico. **Revista Brasileira Militar de Ciências**, v. 10, n. 24, e167, 2024. DOI: 10.36414/rbmc.v10i24.167.

NASCIMENTO, C. C. et al. Desafios e recomendações à atenção oncológica durante a pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, e1241, 2020.

PEREIRA, J. G. S.; ALBUQUERQUE, V. G. R. Fatores que influenciam a baixa adesão ao exame Papanicolau em unidades básicas de saúde. **Lumen et Virtus**, v. 16, n. 48, p. 5918–5933, 2025.

RIBEIRO, C. M.; ATTY, A. D. T. M. Efeitos da COVID-19 na atenção ao câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 71, e074848, 2025.

SILVA, L. F.; BACKES, M. T. S.; SOLDERA, D. Atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem humanizada para coleta de citologia oncótica. **Enfermagem em Foco**, v. 15, e202477, 2024.

SILVEIRA, G. S. **O rastreamento do câncer do colo do útero no contexto da expansão da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention**. 2. ed. Geneva: WHO, 2021.

YGNATIOS, N. T. M. et al. Age at natural menopause and its associated characteristics among Brazilian women. **Menopause**, v. 31, n. 8, p. 693–701, 2024. DOI: 10.1097/GME.0000000000002385.