

Análise da distribuição espacial e terapêutica de casos de neoplasia maligna de colo de útero no Brasil (2020–2024)*Spatial and therapeutic distribution analysis of malignant cervical neoplasm cases in Brazil (2020–2024)*

Ulli de Paula; Luciana Cafure.

RESUMO

O câncer do colo do útero permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil, marcado por desigualdades regionais e desafios no acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportuno. Este estudo teve como objetivo analisar a distribuição espacial e os padrões terapêuticos dos casos de neoplasia maligna de colo do útero no Brasil entre 2020 e 2024, no contexto da Atenção Primária à Saúde e do Programa Previne Brasil. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo, baseado em dados secundários provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária (SISAB). No período analisado, foram registrados 83.064 casos, com concentração predominante nas regiões Sudeste e Nordeste, especialmente no estado de São Paulo. Observou-se tendência de crescimento dos diagnósticos entre 2020 e 2023, seguida de discreta redução em 2024. A maior proporção de casos ocorreu na faixa etária de 35 a 49 anos, com pico entre 40 e 44 anos. Em relação às modalidades terapêuticas, destacaram-se a radioterapia e a quimioterapia, além de elevada proporção de registros sem informação sobre tratamento, indicando fragilidades nos sistemas de informação e possível diagnóstico tardio. Conclui-se que, apesar do aumento da detecção de casos, persistem desigualdades regionais e limitações na integralidade do cuidado, reforçando a necessidade de qualificação do rastreamento, do seguimento clínico e da gestão da informação na Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias do colo do útero. Atenção Primária à Saúde. Programas de rastreamento. Epidemiologia. Saúde pública.

ABSTRACT

Cervical cancer remains a major public health problem in Brazil, marked by regional inequalities and challenges in access to timely diagnosis and treatment. This study aimed to analyze the spatial distribution and therapeutic patterns of malignant cervical neoplasm cases in Brazil between 2020 and 2024, within the context of Primary Health Care and the Previne Brasil Program. This is a quantitative, retrospective, and descriptive study based on secondary data from the Department of Informatics of the Brazilian Unified Health System (DATASUS) and the Primary Health Care Information System (SISAB). A total of 83,064 cases were recorded during the study period, with a higher concentration in the Southeast and Northeast regions, particularly in the state of São Paulo. An increasing trend in diagnoses was observed from 2020 to 2023, followed by a slight decrease in 2024. Most cases occurred among women aged 35 to 49 years, with a peak in the 40–44 age group. Regarding therapeutic modalities, radiotherapy and chemotherapy predominated, along with a high proportion of records lacking treatment information, indicating weaknesses in health information systems and possible late diagnosis. The findings suggest that, despite increased case detection, significant regional disparities and gaps in continuity of care persist, highlighting the need to strengthen screening, clinical follow-up, and health information management in Primary Health Care.

KEYWORDS: Uterine cervical neoplasms. Primary Health Care. Mass screening. Epidemiology. Public health.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero representa um relevante problema de saúde pública no Brasil, sendo a quarta causa de morte por neoplasias entre mulheres no país. A detecção precoce por meio do exame citopatológico (Papanicolau) constitui estratégia fundamental para a redução da morbimortalidade associada a essa neoplasia¹.

Apesar da reconhecida importância do rastreamento, estudos demonstram variações significativas na cobertura do exame citopatológico, evidenciando desigualdades regionais e sociais. Mulheres com menor escolaridade e residentes em regiões com desenvolvimento humano precário apresentam menor acesso aos serviços de rastreamento, refletindo fragilidades estruturais e organizacionais do sistema de saúde².

Nesse contexto, a implementação do Programa Previne Brasil, em 2020, promoveu mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase em indicadores de desempenho, incluindo a realização do exame citopatológico. Essa reformulação teve como objetivo ampliar a cobertura e qualificar as ações de rastreamento do câncer do colo do útero³.

Entretanto, análises recentes indicam que, mesmo após a implantação do Previne Brasil, persistem desigualdades na realização do exame, especialmente entre mulheres em situação de vulnerabilidade social e residentes em áreas remotas. Essas iniquidades impactam negativamente o diagnóstico precoce e o acesso oportuno ao tratamento, contribuindo para desfechos desfavoráveis⁴.

Diante desse cenário, torna-se fundamental avaliar a efetividade das políticas públicas voltadas ao rastreamento do câncer do colo do útero, considerando não apenas a ampliação da cobertura, mas também a equidade e a integralidade do cuidado. A análise de dados provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária (SISAB) permite compreender padrões espaciais, temporais e terapêuticos, subsidiando estratégias mais eficazes no âmbito da APS⁵.

REVISÃO DE LITERATURA

O exame citopatológico do colo do útero é a principal estratégia de rastreamento do câncer cervical no Brasil, sendo recomendado para mulheres entre 25 e 64 anos¹. Embora sua eficácia na detecção precoce de lesões precursoras seja amplamente reconhecida, a cobertura do exame apresenta importantes variações regionais. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 indicam cobertura de 81,3%, com desigualdades expressivas entre as regiões Norte e Nordeste quando comparadas ao Sul e Sudeste⁶.

Diversos fatores sociodemográficos influenciam a adesão ao exame, incluindo

escolaridade, renda e acesso aos serviços de saúde. Mulheres com menor nível educacional e residentes em áreas rurais ou de difícil acesso apresentam menor probabilidade de realização periódica do exame, além de enfrentarem barreiras culturais, como medo, vergonha e desconhecimento sobre o procedimento⁷.

A implementação do Programa Previne Brasil introduziu novos mecanismos de financiamento e monitoramento, atrelando repasses financeiros ao desempenho das equipes de APS. Contudo, estudos apontam que a lógica de incentivo por metas quantitativas não tem sido suficiente para eliminar desigualdades históricas, especialmente em territórios com maior vulnerabilidade social. Essas disparidades impactam negativamente na detecção precoce e no tratamento oportuno da doença^{2,8}.

Nesse sentido, estratégias de educação em saúde e busca ativa têm demonstrado impacto positivo na ampliação da cobertura do rastreamento. Ações educativas, campanhas comunitárias e o fortalecimento do vínculo entre equipes de saúde e população adscrita mostram-se fundamentais para a adesão ao exame, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade⁹.

Além disso, a efetividade do rastreamento deve ser compreendida de forma ampliada, considerando a integração entre diagnóstico, seguimento e tratamento oportuno. A fragmentação desse processo compromete a integralidade do cuidado e limita o impacto das políticas públicas voltadas ao controle do câncer do colo do útero^{10,11}.

No que se refere ao tratamento do câncer do colo do útero, as diretrizes clínicas nacionais preconizam a definição da modalidade terapêutica conforme o estadiamento da doença, as condições clínicas da paciente e a disponibilidade dos serviços de saúde¹. De modo geral, a cirurgia é indicada preferencialmente nos estágios iniciais, enquanto a radioterapia, frequentemente associada à quimioterapia, constitui o tratamento mais utilizado nos estágios localmente avançados¹². Nesse contexto, destaca-se a braquiterapia como uma modalidade específica da radioterapia, amplamente empregada em associação à teleterapia externa, conforme protocolos assistenciais vigentes, sendo considerada parte fundamental da abordagem terapêutica do câncer do colo do útero⁵. A compreensão dessas estratégias é essencial para a adequada interpretação dos padrões de tratamento observados em estudos epidemiológicos baseados em dados secundários¹².

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar a distribuição espacial e os padrões terapêuticos dos casos de neoplasia

maligna do colo do útero no Brasil, no período de 2020 a 2024, no contexto da Atenção Primária à Saúde e do Programa Previne Brasil, a partir de dados do DATASUS.

Objetivos específicos

Avaliar a evolução temporal dos diagnósticos de neoplasia maligna do colo do útero entre 2020 e 2024.

Analisar a distribuição geográfica dos casos por regiões e Unidades Federativas.

Caracterizar o perfil etário das mulheres diagnosticadas.

Descrever as modalidades terapêuticas registradas e identificar lacunas nos registros de tratamento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo, baseado em dados secundários de domínio público. As informações foram obtidas junto ao DATASUS, considerando registros de diagnóstico de neoplasia maligna do colo do útero (CID-10: C53) no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2024.

A população do estudo corresponde às mulheres diagnosticadas no período analisado, com idade entre 25 e 64 anos, conforme protocolo do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer do colo do útero, permitindo a análise do perfil etário conforme os dados disponíveis. Foram analisadas variáveis relacionadas ao local de diagnóstico, ano, faixa etária e modalidade terapêutica registrada.

Por se tratar de dados secundários, agregados e de acesso público, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016.

RESULTADOS

No período analisado, foram registrados 83.064 casos de neoplasia maligna do colo do útero no Brasil. A distribuição espacial revelou padrão heterogêneo, com concentração dos casos nas regiões Sudeste e Nordeste, que, juntas, corresponderam a 63,2% do total de registros.

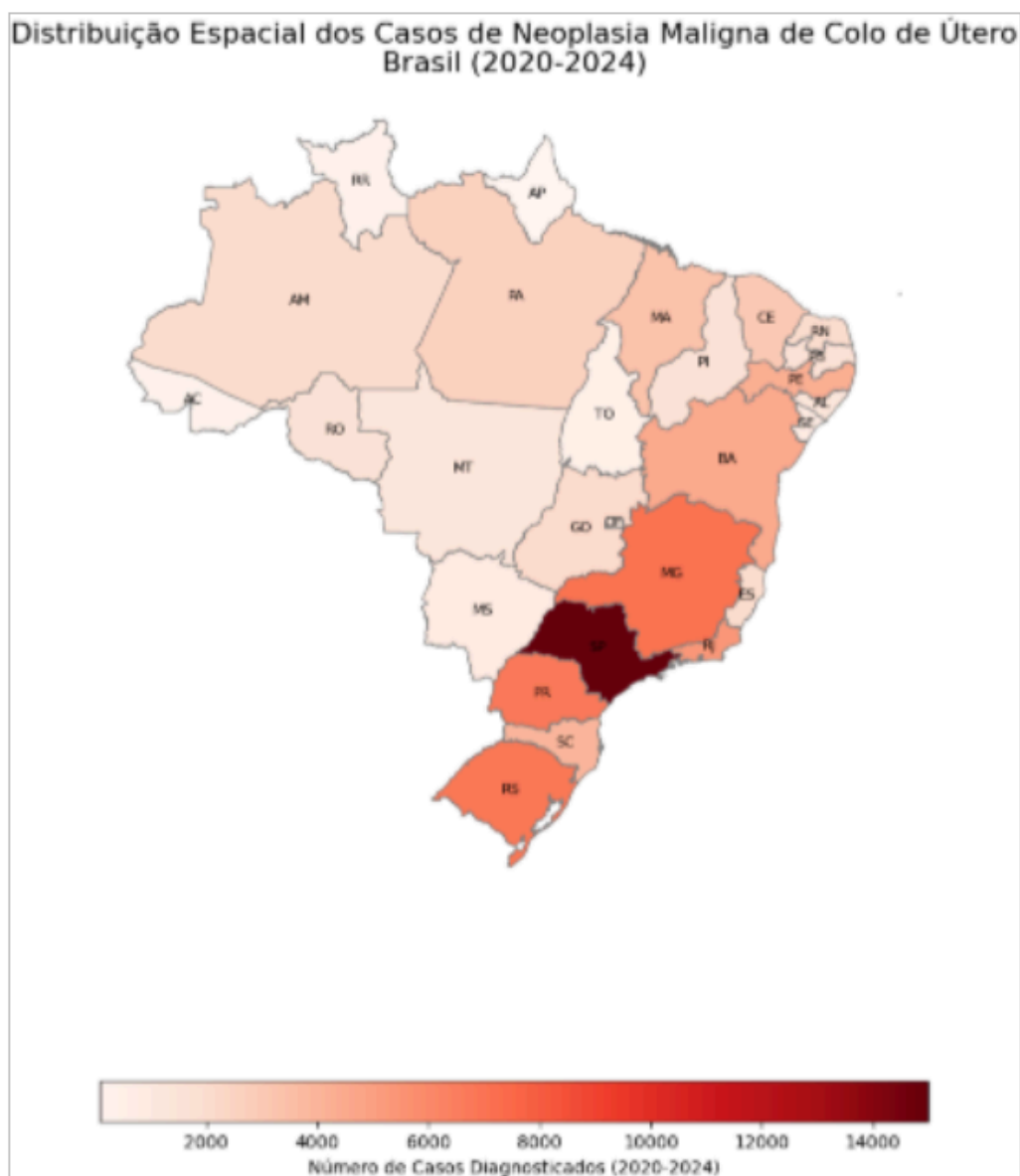
O Sudeste concentrou 29.474 casos (35,5%), seguido pelo Nordeste, com 23.029 casos (27,7%). As regiões Sul, Norte e Centro-Oeste apresentaram 17.627, 7.311 e 5.623 casos, respectivamente.

Tabela 1 - Distribuição dos casos de neoplasia maligna de colo do útero por região e Unidade Federativa no Brasil (2020–2024).

Região	UF Diagnóstico	Casos (n)
Norte	Rondônia	1.564
	Acre	226
	Amazonas	2.025
	Roraima	315
	Pará	2.647
	Amapá	91
	Tocantins	443
Total		7.311
Nordeste	Maranhão	3.467
	Piauí	1.717
	Ceará	3.044
	Rio Grande do Norte	2.046
	Paraíba	1.674
	Pernambuco	4.290
	Alagoas	1.325
	Sergipe	850
	Bahia	4.616
Total		23.029
Sudeste	Minas Gerais	7.093
	Espírito Santo	2.052
	Rio de Janeiro	5.337
	São Paulo	14.992
Total		29.474
Sul	Paraná	6.800
	Santa Catarina	3.959
	Rio Grande do Sul	6.868
Total		17.627
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	1.019
	Mato Grosso	1.321
	Goiás	2.170
	Distrito Federal	1.113
Total		5.623

Fonte: elaborada pelo autor.

Figura 1 - Mapa temático da distribuição espacial dos casos de neoplasia maligna de colo do útero no Brasil (2020–2024).



Fonte: elaborada pelo autor

Entre as Unidades Federativas, o estado de São Paulo destacou-se isoladamente, com 14.992 casos, configurando-se como o principal polo nacional da doença. Em contraste, estados como Amapá e Acre apresentaram os menores números absolutos de registros.

Tabela 2 – Unidades Federativas com maior e menor número absoluto de casos de neoplasia maligna de colo do útero no Brasil (2020–2024).

Sexo	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Feminino	7.311	23.029	29.474	17.627	5.623	83.064
Faixa etária						
25 a 29 anos	366	1.073	1.864	1.395	327	5.025
30 a 34 anos	722	2.254	3.235	2.131	663	9.005
35 a 39 anos	1.123	3.349	4.463	2.878	876	12.689
40 a 44 anos	1.360	4.191	5.093	3.035	1.022	14.701
45 a 49 anos	1.164	3.739	4.445	2.518	880	12.746
50 a 54 anos	977	3.150	3.669	2.108	697	10.601
55 a 59 anos	894	2.897	3.479	1.998	592	9.860
60 a 64 anos	705	2.376	3.226	1.564	566	8.437
Modalidade Terapêutica						
CIRURGIA	1.156	5.066	6.388	4.577	1.273	18.460
QUIMIOTERAPIA	1.475	4.728	6.114	4.336	2.019	18.672
RADIOTERAPIA	2.876	6.814	6.687	2.542	830	19.749
AMBOS	201	837	1.192	384	290	2.904
Sem informação de tratamento	1.603	5.584	9.093	5.788	1.211	23.279

Fonte: elaborada pelo autor

A análise temporal demonstrou tendência de crescimento dos diagnósticos entre 2020 e 2023, passando de 14.592 para 18.396 casos, seguida de discreta redução em 2024, com 16.619 registros.

Tabela 3 – Evolução anual do número de casos diagnosticados de neoplasia maligna de colo do útero no Brasil (2020–2024).

Ano	Casos (n)
2020	14.592
2021	16.231
2022	17.226
2023	18.396
2024	16.619
Total Geral	83.064

Fonte: elaborada pelo autor

Quanto ao perfil etário, observou-se maior concentração de casos na faixa de 35 a 49 anos, correspondendo a 48,3% do total, com pico entre 40 e 44 anos, que concentrou 14.701 casos.

Tabela 4 - Distribuição dos casos de neoplasia maligna de colo do útero segundo faixa etária das pacientes no Brasil (2020–2024).

Faixa Etária	Casos (n)
40 a 44 anos	14.701
45 a 49 anos	12.746
35 a 39 anos	12.689

Fonte: elaborada pelo autor

Em relação às modalidades terapêuticas, a categoria “sem informação de tratamento” apresentou a maior frequência, totalizando 23.279 registros (28,0%). Entre os tratamentos informados, destacaram-se a radioterapia (23,8%) e a quimioterapia (22,5%), seguidas pela cirurgia (22,2%).

Tabela 5 - Distribuição dos casos de neoplasia maligna de colo do útero segundo modalidade terapêutica registrada no Brasil (2020–2024).

Região	% de Casos Sem Tratamento
Sul	32,8%
Sudeste	30,8%
Nordeste	24,2%

Fonte: elaborada pelo autor

Tabela 6 - Proporção de casos sem informação de tratamento segundo região de diagnóstico no Brasil (2020–2024).

Modalidade Terapêutica	Casos (n)	% do Total
Sem informação de tratamento	23.279	28,0%
Radioterapia	19.749	23,8%
Quimioterapia	18.672	22,5%
Cirurgia	18.460	22,2%

Fonte: elaborada pelo autor

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo confirmam que o câncer do colo do útero permanece como um importante agravo à saúde pública no Brasil, com distribuição espacial marcada por acentuadas desigualdades regionais, já descritas na literatura nacional^{4,6}. A concentração dos casos nas regiões Sudeste e Nordeste reflete não apenas a maior densidade populacional dessas regiões, mas também diferenças na capacidade instalada dos serviços de saúde, no acesso ao rastreamento e na eficiência dos sistemas de vigilância epidemiológica^{5,10,12}.

O destaque isolado do estado de São Paulo, com o maior número absoluto de diagnósticos, pode ser interpretado à luz de uma dupla perspectiva. Por um lado, esse achado pode indicar maior acesso aos serviços de diagnóstico e melhor capacidade de registro,

quando comparado a estados das regiões Norte e Centro-Oeste. Por outro, o elevado volume absoluto de casos também sugere persistência de falhas no rastreamento oportuno, especialmente em grandes centros urbanos marcados por desigualdades intraurbanas e sobrecarga dos serviços de saúde^{2,4}.

A análise temporal evidenciou crescimento progressivo dos diagnósticos entre 2020 e 2023, seguido de discreta redução em 2024. Esse comportamento parece estar diretamente relacionado à reorganização dos serviços de saúde no período pós-pandemia de COVID-19, quando houve retomada gradual das ações preventivas suspensas ou reduzidas nos anos iniciais da crise sanitária^{12,13}. Além disso, a implementação do Programa Previne Brasil, com a incorporação de indicadores relacionados ao rastreamento do câncer do colo do útero, pode ter contribuído para a ampliação da busca ativa e do registro dos exames, resultando na identificação de casos previamente represados⁸.

Entretanto, o perfil das modalidades terapêuticas observadas levanta importantes questionamentos quanto à efetividade do rastreamento precoce. A predominância de tratamentos como radioterapia e quimioterapia, em detrimento da cirurgia, sugere que uma parcela significativa das mulheres ainda é diagnosticada em estágios avançados da doença, quando as possibilidades terapêuticas são mais limitadas e os desfechos clínicos tendem a ser menos favoráveis¹². Esse achado reforça a hipótese de que o aumento no número de diagnósticos não necessariamente se traduz em diagnóstico oportuno, mas pode refletir a detecção tardia de casos acumulados ao longo do tempo^{5,10}.

Cabe ressaltar que a modalidade terapêutica registrada como radioterapia nos sistemas de informação em saúde abrange diferentes estratégias de tratamento, incluindo a teleterapia externa e a braquiterapia. De acordo com protocolos assistenciais vigentes para o tratamento do câncer do colo do útero, a braquiterapia constitui componente essencial da abordagem terapêutica, especialmente nos casos de doença localmente avançada, sendo frequentemente associada à quimioterapia concomitante⁵. Assim, a elevada frequência dessa modalidade terapêutica observada neste estudo pode refletir, em parte, a utilização combinada dessas estratégias de tratamento, reforçando a hipótese de diagnóstico em estágios mais avançados da doença e evidenciando limitações na efetividade do rastreamento oportuno e no seguimento clínico na Atenção Primária à Saúde^{10,11}.

Outro aspecto crítico evidenciado pelos resultados refere-se à expressiva proporção de registros classificados como “sem informação de tratamento”, que correspondeu a 28,0% dos casos analisados. Essa lacuna compromete de forma significativa a avaliação da linha de cuidado, uma vez que impede a correlação entre diagnóstico, tratamento e desfechos clínicos, além de dificultar a mensuração indireta da mortalidade e da sobrevida¹². O fato de essa

inconsistência ser mais frequente nas regiões Sul e Sudeste, consideradas mais estruturadas, sugere que o problema não está restrito à escassez de recursos, mas envolve fragilidades na integração dos sistemas de informação, na qualidade do preenchimento dos registros e nos fluxos de comunicação entre os níveis de atenção^{10,11}.

No que se refere ao perfil etário, a concentração dos diagnósticos nas faixas de 35 a 49 anos, com pico entre 40 e 44 anos, corrobora a adequação das diretrizes nacionais de rastreamento, que priorizam mulheres entre 25 e 64 anos^{1,6}. Todavia, a elevada carga da doença justamente no grupo etário economicamente ativo e em plena idade reprodutiva reforça o impacto social e econômico do câncer do colo do útero, além de evidenciar a necessidade de estratégias mais efetivas de prevenção secundária na Atenção Primária à Saúde^{2,4}.

Dessa forma, os achados deste estudo indicam que, embora o Programa Previne Brasil represente um avanço na indução de ações preventivas por meio de incentivos financeiros, sua efetividade no controle do câncer do colo do útero depende de abordagens que transcendam o cumprimento de metas quantitativas. É imprescindível investir na qualificação do cuidado, no fortalecimento do seguimento longitudinal, na garantia de acesso oportuno ao tratamento e na melhoria da qualidade dos registros em saúde, de modo a assegurar impacto real na redução da morbimortalidade associada a essa neoplasia^{8,10,11}.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que, entre 2020 e 2024, o câncer do colo do útero manteve elevada carga no Brasil, com distribuição regional desigual e importante concentração de casos nas regiões Sudeste e Nordeste. Observou-se crescimento no número de diagnósticos no período pós-pandemia, possivelmente associado à retomada das ações de rastreamento e à implementação do Programa Previne Brasil na Atenção Primária à Saúde.

Apesar do aumento na detecção de casos, os achados indicam persistência de diagnósticos tardios, evidenciada pela predominância de modalidades terapêuticas típicas de estágios avançados da doença. Além disso, a elevada proporção de registros sem informação sobre tratamento revela fragilidades estruturais nos sistemas de informação em saúde, limitando a avaliação da integralidade do cuidado, da linha terapêutica e dos desfechos clínicos.

Nesse sentido, os resultados deste trabalho evidenciam a necessidade de investimentos contínuos em educação permanente das equipes de saúde, especialmente no que se refere ao uso qualificado dos sistemas de informação em saúde. A correta alimentação, integração e utilização desses sistemas constituem elementos centrais para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de rastreamento e cuidado na Atenção Primária à

Saúde.

A residência médica em Medicina de Família e Comunidade mostra-se, nesse contexto, um campo privilegiado para o desenvolvimento de projetos de intervenção com potencial de impacto direto nos indicadores de saúde, uma vez que articula formação em serviço, análise crítica dos processos de trabalho e atuação direta nos territórios. Os achados deste estudo reforçam o papel estratégico da residência como espaço de produção de conhecimento aplicado e de transformação das práticas assistenciais.

Adicionalmente, este estudo abre campo para o desenvolvimento de novas pesquisas e projetos de intervenção voltados à qualificação do registro das informações, ao fortalecimento do seguimento longitudinal das mulheres rastreadas e à melhoria da integração entre os níveis de atenção, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Como limitação do estudo, destaca-se o intervalo temporal relativamente curto da coleta de dados, restrito ao período de 2020 a 2024, o que pode limitar a análise de tendências de longo prazo. Entretanto, essa característica também representa uma oportunidade para a ampliação futura da investigação, com a incorporação de séries históricas mais extensas, permitindo avaliar de forma mais robusta o impacto das políticas públicas, como o Programa Previne Brasil, sobre o rastreamento, o tratamento e os desfechos do câncer do colo do útero no Brasil.

Os autores declaram não haver conflitos de interesses de natureza pessoal, profissional, institucional ou financeira relacionados à realização deste estudo. O trabalho não recebeu financiamento externo, sendo desenvolvido no âmbito das atividades acadêmicas da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, sem apoio financeiro de agências de fomento públicas ou privadas.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed rev e atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 3 maio 2025.
2. Schäfer AA, et al. Desigualdades regionais e sociais na realização de mamografia e exame citopatológico nas capitais brasileiras em 2019: estudo transversal. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/qL9Y85JGT5ttkXJby7StN7x/>. Acesso em: 3 maio 2025.
3. Silva JG, et al. Câncer de colo do útero no Brasil: uma análise das disparidades no rastreio segundo a escolaridade. *RECIMA21*. 2022;5(9). Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/5604>. Acesso em: 3 maio 2025.
4. Paião JMD, et al. Prevalência do câncer de colo de útero no Brasil e suas desigualdades socioeconômicas e regionais. *Rev FIMCA*. 2022;9(3). Disponível em:

- <https://ojs.fimca.com.br/index.php/fimca/article/view/640>. Acesso em: 3 maio 2025.
5. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Protocolo de atenção à saúde: tratamento do câncer do colo do útero. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+de+Tratamento+do+C%C3%A2ncer+de+Colo+Uterino.pdf>. Acesso em: 3 maio 2025.
6. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Cobertura do rastreamento em inquéritos nacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/dados-e-numeros/cobertura-do-rastreamento-em-inqueritos-nacionais>. Acesso em: 4 maio 2025.
7. Gomes DS, et al. Fatores que interferem na não adesão de mulheres ao teste de Papanicolaou: revisão integrativa. Rev Eletronica Acervo Saude. 2021;13(12). Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9278/5674>. Acesso em: 4 maio 2025.
8. Azevedo MC, Souza MNA. Impactos do indicador 4 do Programa Previne Brasil na melhoria da assistência à saúde da mulher. Id On Line Rev Psicol. 2024 Feb;18(70):109–118.
9. Santos RL, et al. Estratégias de educação em saúde para aumentar a adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou. Arch Health Invest. 2024;13(9). Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/download/6448/7606/27775>. Acesso em: 4 maio 2025.
10. Brito-Silva K, et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. Rev Saude Publica. 2014;48(2):240–248. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/X9jyqz8cRTK8FCrKrkCcSVm/>. Acesso em: 4 maio 2025.
11. Claro IB, et al. Diretrizes, estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: as experiências do Brasil e do Chile. Cien Saude Colet. 2021;26(10):4497–4509. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ryPf33LvS6k5yJMqYMSSPPd/>. Acesso em: 4 maio 2025.
12. Silva GA, et al. Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. Cad Saude Publica. 2022;38(9). Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7901>. Acesso em: 3 maio 2025.
13. Vieira YP, et al. Tendência e desigualdades no rastreamento autorrelatado do câncer de colo de útero nas capitais brasileiras entre 2011 e 2020. Cad Saude Publica. 2022;38(9). Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7998>. Acesso em: 3 maio 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA DO TCLE

Título da Pesquisa: Análise da distribuição espacial e terapêutica de casos de neoplasia maligna de colo de útero no Brasil (2020–2024)

Nome do Pesquisador: Ulli de Paula

Na presente pesquisa não serão realizadas entrevistas, acesso ou revisão de prontuários, necessidade de identificação de pacientes ou qualquer outro meio direto de acesso aos usuários das Unidades de Saúde da Família (USF) participantes deste estudo. **NÃO SERÃO UTILIZADOS DADOS PRIMÁRIOS**, ou seja, não terão intervenções diretas em indivíduos neste estudo. Serão utilizados dados secundários provenientes de informações presentes nas plataformas DATASUS e SISAB.

Campo Grande-MS, 10 de janeiro de 2025.

Ulli de Paula
Pesquisador Responsável

**APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE APLICAÇÃO DO TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezados,

Em relação ao projeto de pesquisa “Análise da distribuição espacial e terapêutica de casos de neoplasia maligna de colo de útero no Brasil (2020–2024)”

- Considerando que os bancos de dados utilizados serão o Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto;
- Considerando que nesses bancos de dados os usuários são cadastrados por meio do número de Cartão Nacional de Saúde (CNS), sem informações que possibilitem identificá-los;
- Considerando que o CNS dos usuários não será uma variável utilizada na pesquisa;
- Considerando que no banco de dados não há telefone de contato ou e-mail dos usuários, o que inviabiliza o contato dos pesquisadores para a apresentação da pesquisa e desenvolvimento do processo de consentimento livre e esclarecido e obtenção do TCLE assinado;
- Considerando a região de moradia do usuário será identificada pelo CEP que consta no banco de dados do SISREG, sem possibilidade de acesso ao endereço completo;
- Considerando que os objetivos da pesquisa são relativos ao *dimensionamento* das demandas, quantificando-as e caracterizando-as numericamente em relação a distintas variáveis estabelecidas nos objetivos do estudo, as quais não possibilitam a identificação dos usuários;
- Considerando que não haverá acesso aos prontuários dos usuários;
- Considerando que os pesquisadores garantem a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;
- Considerando que os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados.

Sendo assim, solicitamos a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no referido projeto de pesquisa.

Campo Grande-MS, 25 de janeiro de 2025.

Ulli de Paula
Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA CIENTÍFICA

ID do Projeto: 064/2025		Data de submissão: 13/05/2025 Data da avaliação: 29/05/2025
-------------------------	--	--

ANEXO II A RESOLUÇÃO SESAU N. 831, DE 5 DE AGOSTO DE 2024

Instrumento de Avaliação de Projeto de Pesquisa Científica

Título do Projeto: Cobertura do Exame Citopatológico no Programa Previne Brasil e sua Correlação com a Mortalidade por Câncer do Colo do Útero no Brasil **Autor principal:** Ulili de Paula

Considerando as atribuições institucionais deste grupo de trabalho descritas na RESOLUÇÃO SESAU N. 831, de 5 de agosto de 2024, e após leitura, análise, avaliação e discussão do projeto supracitado em reunião colegiada, o Grupo de Trabalho de Avaliação de Projetos de Extensão e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde se posiciona **FAVORÁVEL/DESFAVORÁVEL** para execução deste no âmbito desta secretaria.

Segue abaixo matriz avaliativa utilizada pelo GTAPEP com considerações sobre a decisão:

Itens de avaliação GTAPC		Discordamos plenamente	Discordamos parcialmente	Não concordamos nem discordamos	Concordamos parcialmente	Concordamos plenamente	
Referência		1	2	3	4	5	Justificativa
1	O tema da pesquisa é de importância prioritária para a gestão					X	
2	Os resultados da pesquisa podem ser utilizados para resolução de problemas ou elaboração de políticas					X	
3	Não existem estudos suficientes sobre a questão de pesquisa				X		
Oportunidade		1	2	3	4	5	Justificativa
4	A pesquisa não acarreta em ônus financeiro adicional ao Município					X	
5	A coleta de dados não afeta a carga horária dos profissionais					X	
6	A coleta de dados não altera a rotina do serviço					X	
7	Não há pesquisas concomitantes ou redundantes em curso no mesmo campo de coleta de dados				X		
Credibilidade dos resultados		1	2	3	4	5	Justificativa
8	O desenho de pesquisa é adequado para a questão de pesquisa					X	
9	O método da pesquisa possui baixo risco de viés após aplicação de instrumento de avaliação metodológica					X	
10	Os dados coletados/fornecidos ao pesquisador são confiáveis					X	

Responsáveis pela avaliação:

UP

ANEXO B - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DO JBI PARA ESTUDOS QUE RELATAM DADOS DE PREVALÊNCIA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DO JBI PARA ESTUDOS QUE RELATAM DADOS DE PREVALÊNCIA

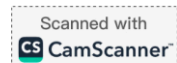
Revisor _____ Date 29/05/2025

Autor _____ Ano 2025 Número do registro CGA/2025

	Sim	Não	Não está claro	Não se aplica
1. As características da amostra foram adequadas para representar a população-alvo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os participantes do estudo foram recrutados de forma apropriada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O tamanho da amostra foi adequado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos em detalhes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A análise de dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Foram usados métodos válidos para a identificação da condição?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A condição foi medida de forma padrão e confiável para todos os participantes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Houve uma análise estatística adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. A taxa de resposta foi adequada e, caso contrário, a baixa taxa de resposta foi gerenciada adequadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

© JBI, 2020. Todos os direitos reservados. A JBI concede o uso destas ferramentas apenas para fins de pesquisa. Todas as outras perguntas devem ser enviadas para jbisynthesis@adelaide.edu.au.

Lista de verificação de avaliação crítica para estudos





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

ANEXO IV À RESOLUÇÃO SESAU N. 831, DE 5 DE AGOSTO DE 2024

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO N. 049/2025

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Vili de Paula, inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 042 797 121 - 74, portador (a) do documento de Identidade sob nº. 1.656.221, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Rogério Cavalari, Nº 445, Bairro: Tiradentes, nesta Capital, telefone nº. (67) 996977311, pesquisador (a) do Curso de pós-graduação MFC, da Instituição Sesau / FIOCRUZ com o título do Projeto de Pesquisa: "Cobertura do Exame Citopatológico no Programa Previne Brasil e sua Correlação com a Mortalidade por Câncer do Colo do Útero no Brasil", orientado (a) pela Professor (a) Luciana Cafure inscrito (a) no CPF/MF sob nº. 002 716 331 - 82, portador (a) do documento de Identidade sob nº. 1358410, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Onze de setembro, Nº. 281, Bairro: Vila Rosa Pirês, nesta cidade, telefone nº. (67) 9990910091, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: Preceptora MFC, da Instituição Sesau / FIOCRUZ.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU. Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 29 de maio de 2025

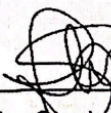
Dra. Luciana Cafure

★ CRM/MS 6365 ★

Especialista em Medicina
de Família e Comunidade

Orientador(a)


Pesquisador (a)


Jackliny Ota de Souza
Coordenadora GTAPEP
Gerência de Pesquisa, Ensino e Extensão
GPPE/CGES/SESAU

ANEXO D - CRITÉRIOS AVALIATIVOS DA REVISTA



Revista de APS

ISSN: 1809-8363 (on-line)

Tipo de submissão (seção): artigo original, artigo de revisão, relato de experiência etc.

Digite aqui o título do seu trabalho, coloque em maiúscula somente a primeira letra (exceto nomes próprios, cujas iniciais são sempre em maiúsculas). O título deve ser curto e conciso (<150 caracteres, com espaços)

Aqui, digite o título em inglês (ou em espanhol, se for o caso)

Espaço a ser deixado em branco para que os nomes dos autores sejam inseridos pela Revista

RESUMO

O texto deve apresentar ao leitor o problema de pesquisa, a relevância do estudo, objetivos do artigo, metodologia e técnicas de levantamento dos dados e antecipação de alguns resultados. Deve ser constituído de uma sequência de frases concisas e objetivas, **contendo, no máximo, 250 palavras**, objetivos do artigo, metodologia e técnicas de levantamento dos dados e antecipação de alguns resultados.

PALAVRAS-CHAVE: Palavra-chave 1. Palavra-chave 2. Palavra-chave 3. Palavra-chave 4. Palavra-chave 5. (Não numere as palavras-chave e *keywords*).

ABSTRACT ou RESUMEN

É a tradução do Resumo.

KEYWORDS (ou PALABRAS CLAVE): Keyword 1. Keyword 2. Keyword 3. Keyword 4. Keyword 5.

O resumo e o abstract, com suas respectivas palavras-chave e keywords, devem estar contidos nesta caixa de texto, cuja largura não pode ser alterada.

Palavras-chave em português – mínimo de três (3) e máximo de cinco (5) palavras-chave, ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentadas em português de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – URL:< <https://decs.bvsalud.org/>>.

Keywords (ou palabras clave) – devem estar de acordo com o DECS. Para cada descritor em português, a página do DECS apresenta uma ou mais traduções possíveis em inglês e em espanhol.

- * O **layout** da página deve obedecer aos seguintes parâmetros: Margem personalizada; sup. 2 cm, inf. 1 cm, esq. e dir. 1,5 cm.
- * O **título em Português** deve ser alinhado à direita, fonte Arial, corpo 14, em negrito, espaçamento entre linhas "simples", espaçamento antes 18 pts; depois 0 pts.
- * O **título em Inglês** deve ser alinhado à direita, itálico, fonte Arial, corpo 12, espaçamento entre linhas "simples", espaçamento antes 18 pts; depois 0 pts.
- * **Os nomes dos(as) autores(as) NÃO devem aparecer em nenhuma parte do manuscrito**, para que se garanta uma avaliação "duplo-cega".
- * O **Resumo** e o **Abstract** devem ser justificados, fonte Arial, corpo 10, espaçamento entre linha "simples", espaçamento antes e depois de 6 pts.
- * Apague esta lista depois de formatar a primeira página e não se esqueça de deixar esse espaço em branco.

[Não se esqueça de apagar as instruções acima antes de enviar o manuscrito]



INTRODUÇÃO (A INTRODUÇÃO SEMPRE COMEÇA NO INÍCIO DA SEGUNDA PÁGINA)

Aqui, introduza o seu texto. Os parágrafos continuam a partir daqui e são separados apenas por títulos, subtítulos, imagens e fórmulas. Os títulos das seções não são numerados, e devem estar em caixa alta, negrito, corpo 12 (veja detalhes na seção CABEÇALHOS DE SEÇÃO).

ESTRUTURA

Por favor, **certifique-se de usar apenas a fonte definida como padrão de estilo** neste documento. Ela foi escolhida para permitir a melhor leitura do seu trabalho quando exibido em tela. Para evitar erros desnecessários, é altamente recomendável usar a função "verificador ortográfico" do MS Word ou do seu editor de textos preferido. Siga a ordem dos elementos aqui estabelecida: Título, Resumo, Palavras-chave, Texto principal (incluindo figuras e tabelas, que devem ser inseridas no corpo do texto e não como anexos), Referências e Apêndice. No [link https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/about/submissions](https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/about/submissions), nas **Diretrizes para autores**, encontra-se explicitada **a estrutura de cada tipo de artigo**, de acordo com seguintes seções: **Artigos Originais, Artigos de Revisão, Artigos de Atualização, Relato de Casos e Experiências, Entrevista, Tribuna, Atualização Bibliográfica, Serviços e Notícias**.

Listas com marcadores podem ser incluídas e devem ficar assim:

- primeiro ponto
 - segundo ponto
 - e assim por diante

Por favor, **não altere os layouts de formatação e estilos de parágrafos e de textos** que foram configurados neste documento modelo. Conforme indicado no modelo, as páginas estão configuradas em formato de coluna única, A4 (210mm X 297mm), margens de 2 cm (superior), 1 cm (inferior) e 1,5 cm (esquerda e direita). Utilize, para o corpo do texto, a fonte ARIAL, corpo 12, entrelinha 1,5, Espaçamento "antes" e "depois" de 0 pts, Recuo especial "Primeira linha" de 1,27 cm.

CABEÇALHOS E RODAPÉS

Não escreva nada no cabeçalho e no rodapé das páginas. Neles serão inseridas diversas informações na fase de editoração, se o artigo for aprovado.

TÍTULOS E SUBTÍTULOS

Os títulos das seções devem ser **alinhados à esquerda**, em **negrito**, em **caixa alta**, corpo 12, sem numeração. Os títulos das subseções devem ser alinhados à esquerda, apresentar a primeira letra maiúscula, corpo 12, em negrito e sem numeração. Subtítulos de subseções abaixo de uma subseção devem ser alinhados à esquerda, apresentar a primeira letra maiúscula, corpo 12 e sem numeração. Tanto os títulos quanto os subtítulos deverão ser separados do corpo do texto (e entre si) pelo espaço de uma linha (1,5 cm).

DIRETRIZES GERAIS PARA A PREPARAÇÃO DO SEU TEXTO

Seu texto deverá obedecer às diretrizes que constam na página da Revista, tendo-se em vista a seção em que ele deverá ser submetido. Não utilize hifenização em seu texto. Símbolos que denotam vetores e matrizes devem ser indicados em negrito. Os nomes de variáveis escalares normalmente devem ser expressos usando itálico. Pesos e medidas devem ser expressos em unidades do Sistema Internacional. Use a forma completa do nome de todas as organizações, entidades e instituições – normalmente conhecidas por suas siglas – na primeira ocorrência; subsequentemente, basta usar a sigla. Exemplo: Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Números de um a dez devem ser escritos por extenso. Termos estrangeiros devem ser marcados em itálico; neologismos, entre aspas (atualmente conhecidas como aspas “duplas”).

Para consultas sobre a nova ortografia e sobre palavras dicionarizadas, sugerimos o uso do Volp, Vocabulário Ortográfico da Academia Brasileira de Letras:

<http://www.academia.org.br/nossa-lingua/busca-no-vocabulario>

CITAÇÕES

As referências devem ser listadas no final do artigo ([ver exemplos no fim deste documento](#)). Não as inicie em uma nova página, a menos que isso seja absolutamente necessário. Os autores devem garantir que **todas as citações no texto** apareçam na lista de referências e vice-versa. As normas a serem seguidas encontram-se em http://ri.uepg.br/riuepg/bitstream/handle/123456789/943/LIVRO_ManualdeNormalizaçãoEstiloVancouver.pdf?sequence=1

Citações diretas, destacadas do corpo do texto (com mais de três linhas), devem estar em fonte ARIAL, corpo 11, espaço entre linhas simples, com recuo de 4 cm, espaçamento

“antes” e “depois” de 6 pt:

A inquietação de que o homem acessa pouco os serviços de saúde e, quando o faz, já é de forma tardia, apresentando agravos à saúde, nos fez questionar quais seriam os motivos que os levam a não procurar o serviço de atenção primária e, ao analisar primeiramente o solo de tradição sobre o tema que nos embasassem na investigação, evidenciamos que o homem passa por um processo de socialização no qual ele cria sua identidade masculina.³

Use [] (colchetes) para indicar acréscimos ou comentários. Use apóstrofos para indicar citações dentro de citações. Se o texto submetido está em português, citações em língua estrangeira precisam ser traduzidas. O original fica em nota de rodapé. **Atenção:** somente nesse caso, admitem-se notas de rodapé.

TRANSCRIÇÃO DE DEPOIMENTOS E DIÁLOGOS

As transcrições de depoimentos, diálogos e assemelhados estar entre aspas, em fonte ARIAL, corpo 11, espaço entre linhas simples, com recuo de 2,5 cm, espaçamento “antes” e “depois” de 6 pt:

“Eu nunca procurei antes um posto de saúde porque achava as filas muito longas”.

TABELAS E QUADROS

Tabelas e quadros devem ser numerados com algarismos arábicos (não use o “zero” para números inferiores a 10: Tabela 1, e não Tabela 01). Os **títulos (reduzidos e autoexplicativos – evitar que ultrapassem uma linha)** devem ser postos acima, centralizados, sem ponto final. Apenas a palavra “Tabela” (ou “Quadro”) e sua numeração devem estar em negrito. A identificação da tabela ou quadro deve ser separada do título por travessão (**não por hífen ou dois-pontos**). Deve-se usar fonte ARIAL, corpo 12, “Espaçamento Depois” de 6 pontos e “Espaçamento entre linhas” simples. Para o **texto no interior das tabelas** e quadros deve-se usar fonte ARIAL, corpo 11, “Espaçamento Antes Depois” de 3 pts. e “Espaçamento entre linhas” simples. Os títulos não devem ter ponto final.

Nas **tabelas**, somente linhas horizontais devem ser usadas para distinguir os títulos das colunas do corpo da tabela e imediatamente acima e abaixo da tabela. Nos **quadros**, todas as células devem ter bordas verticais e horizontais. Tabelas e quadros devem ser incorporados ao texto e não fornecidos separadamente. Se desejar usar cores (sombreamento), que sejam claras e frias e/ou tonalidades de cinza (não usar cores “berrantes”).

Nas **legendas**, se houver, deve-se usar fonte ARIAL, corpo 10, “Espaçamento Antes Depois” zero e “Espaçamento entre linhas” simples. Legendas não devem ter ponto final.

Abaixo da tabela, separada por “Espaçamento Antes” de 6 pontos e “depois” de 12 pontos, deve aparecer, obrigatoriamente, a autoria da tabela, precedida pela palavra “Fonte” seguida de dois-pontos (:), em fonte ARIAL, corpo 11.

Se a tabela precisar ser dividida em mais páginas, o cabeçalho deverá ser repetido em todas as páginas, com o título apresentado apenas na primeira página, em que também deve contar a palavra “continua” entre parênteses, uma linha abaixo do título, em fonte Arial, 11. Nas demais deve-se escrever “continuação” ou “conclusão” (o mesmo vale para os quadros).

As tabelas e quadros devem ser ajustados à janela da página (selecione a tabela, clique com o botão direito; depois, selecione “AutoAjuste”> “Ajustar-se automaticamente à janela”).

Exemplos de tabelas e quadros

Tabela 1 – Um exemplo de tabela

Exemplo de título de coluna	Coluna A	Coluna B
Uma entrada de item	1	2
Uma segunda entrada de item	3	4
Outra entrada de item	5	6

Fonte: elaborada pelo autor

Quadro 1 – Um exemplo de quadro

Exemplo de título de coluna	Coluna A	Coluna B
Uma entrada de item	1	2
Uma segunda entrada de item	3	4
Uma terceira entrada de item	3	4
Última entrada de item	9	10

Fonte: elaborado pelos autores

Tabela 2 – Um exemplo de tabela que continua em outra página

(continua)

Título da col. 1	Título da col. 2	Título da col. 3	Título da col. 4
Linha 1	A	B	C

Linha 2	A	B	C
Linha 4	A	B	C

(conclusão)

Título da col. 1	Título da col. 2	Título da col. 3	Título da col. 4
Linha 7	A	B	C
Linha 8	A	B	C
Linha 9	A	B	C
Linha 10	A	B	C
Linha 11	A	B	C
Linha 12	A	B	C
Linha 13	A	B	C

* **Se for a última parte**, escreve-se “conclusão”; **se a tabela ainda se estender para a página seguinte**, escreve-se “continuação”. O mesmo vale para os quadros

Fonte: elaborada pelo autor

MAGENS E GRÁFICOS

Todas as figuras devem ser numeradas com algarismos arábicos. Cada figura deve ter uma legenda. Todas as fotografias, esquemas, gráficos e diagramas devem ser referidos como figuras. Desenhos a traço devem ser digitalizações de boa qualidade ou saída eletrônica real. As digitalizações de baixa qualidade não são aceitáveis. Se a sua arte eletrônica foi criada em um aplicativo do Microsoft Office (Word, PowerPoint, Excel), forneça a arte “tal como está” no formato de documento nativo. Independentemente do programa usado (se diferente do Microsoft Office), ao terminar sua imagem, use a função “Salvar como” ou converta as imagens para um dos seguintes formatos (observe os requisitos de resolução para desenhos lineares, meios-tons e combinações de linha/meio-tom abaixo indicados):

- EPS: Desenhos vetoriais; inclua todas as fontes usadas, com tamanho de 2700 *pixels*.
- TIFF (ou JPEG): Fotografias a cores ou em escala de cinza (meios-tons); mantenha em um mínimo de 300 dpi ou um tamanho total de 900 *pixels*.
- TIFF (ou JPEG): Desenhos lineares bitmapeados (*pixels* puramente em preto e branco); mantenha em um mínimo de 1000 dpi ou 2700 *pixels* totais.
- TIFF (ou JPEG): Combinações de linhas/meios-tons bitmapeados (a cores ou em escala de cinza); mantenha em um mínimo de 500 dpi, tamanho total de 2700 *pixels*.

Não utilize arquivos que estejam otimizados para uso em tela (p.ex., GIF, BMP, PICT, WPG), pois apresentam baixo número de pixels e uma paleta de cores limitada. Não devem ser usados arquivos exageradamente grandes e/ou com resolução demasiadamente baixa. Se a ilustração ou gráfico possuir texto incorporado, sugere-se que a fonte do texto tenha, no

mínimo, 6,5 pontos de altura.

As imagens utilizadas devem ser incluídas no texto, conforme as regras Vancouver. Para essa inserção ser mais fácil, evitando deslocamentos do objeto, crie uma tabela sem bordas e insira a imagem. Pode-se também utilizar uma caixa de texto sem bordas. Na parte superior da imagem, centralizada, deve aparecer a especificação (figura, tabela, imagem, gráfico), seguida do número (Figura 1, Figura 2, e assim por diante). Ainda na parte superior da imagem (ao lado da indicação e numeração da figura), é obrigatório o título. A legenda, se houver, assim como o título, não tem ponto final. Abaixo, deve aparecer, obrigatoriamente, a autoria da figura, precedida da palavra “Fonte” seguida de dois-pontos (:), em fonte ARIAL, corpo 11. As mesmas configurações de espaçamento exigidas para os Títulos, a Fonte e as Legendas de tabelas e quadros devem ser observadas nas figuras e gráficos.

Se a figura foi desenvolvida pelo próprio autor, ou autores, essa é a informação que deverá constar; se faz parte do arquivo pessoal de um dos autores, essa é a informação que deverá constar.

Figuras, imagens ou gráficos não podem ultrapassar as margens definidas pelo *layout* adotado (veja seção ESTRUTURA) e devem sempre ter a orientação “Retrato”.

Exemplo:

Figura 1 - As cores no deserto



Fonte: Biblioteca de Imagens do Windows

REFERÊNCIAS

Todas as citações incluídas no texto deverão ter suas referências completas incluídas no

item **REFERÊNCIAS**, obedecendo ao estilo Vancouver (Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos), disponível em:

<http://ri.uepg.br/riuepg/bitstream/handle/123456789/943/LIVRO_ManualdeNormaLizaçãEstiloVancouver.pdf?sequence=1> (português).

Todas as referências **devem ser numeradas**, seguindo a ordem em que aparecem no corpo do artigo, com os números **em sobrescrito**, nunca entre parênteses, fonte Arial, tamanho 12. Exemplo:

[No corpo do artigo]

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua¹. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis aute irure dolor in reprehenderit in voluptate velit esse cillum dolore eu fugiat nulla pariatur². Excepteur sint occaecat cupidatat non proident, sunt in culpa qui officia deserunt mollit anim id est laborum³.

[No item REFERÊNCIAS]

1. Gomes J, Parente J, Ferreira L, Viana I, Vale E. Melanoma maligno associado a nevo melanocítico. Rev SPDV [Internet]. 2011 [acesso em 2015 jan. 17]; 69(3): 413-20. Disponível em: <http://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/viewFile/77/75>
2. Fonseca MJ, Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. Rev Saúde Pública [internet]. 2004 [acesso em 2015 jan. 17]; 38(3): 392-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000300009>
3. Sichieri R, Moura EC. Análise multinível das variações no índice de massa corporal entre adultos, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública [internet]. 2009 [acesso em 2016 jun. 09]; 3(Supl.2):90-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900012&lng=pt&nrm=iso. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900012>

As referências não deverão ser justificadas, mas somente alinhadas à esquerda, mantendo-se o **espaçamento** simples entre as linhas e de 6 pontos entre cada uma delas, com **deslocamento** de 0,5 cm. **NÃO UTILIZE A NUMERAÇÃO AUTOMÁTICA DO WORD NEM DEIXE UMA LINHA EM BRANCO ENTRE AS REFERÊNCIAS.**

Alguns exemplos do padrão Vancouver adotado pela Revista de APS:

Autores

- O sobrenome do autor deve ser mencionado em letras minúsculas, com exceção da primeira letra, seguido das iniciais dos outros nomes, sem vírgula entre o nome e o sobrenome e sem ponto entre as iniciais dos nomes.
- Até seis (6) autores, citar todos, separados por vírgula.
- Mais de seis (6) autores, citar os seis primeiros seguidos da expressão “et al.”)
- Nomes de origem portuguesa, indicar a entrada pelo último sobrenome, mesmo que contenham elementos de ligação (e, de, da).

Exemplos:

- Abib AM (um autor)
- Abib AM, Leite ICG, Teixeira MTB (mais de um autor)
- Abib AM, Leite ICG, Teixeira MTB, Ishio SA, Daniel PA, Castro L et al. (mais de seis autores)
- Silva, CA (Carlos Augusto da Silva)

Títulos

Nas referências, indicar **somente** a primeira letra do título do artigo do periódico ou do livro **em maiúscula**. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas do Index Medicus (base de dados Medline), que pode ser consultada no endereço da National Library of Medicine:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>.

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde no site: <http://portal.revistas.bvs.br>, observando que os pontos das abreviaturas devem ser eliminados.

Artigo de revista em formato eletrônico

Formato:

Autor(es). Título do artigo. Título abreviado do periódico [suporte]. Data de publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]; volume(número): páginas inicial e final ou número de páginas aproximado, quando a primeira informação não estiver disponível. Disponível em (pode ser o endereço ou o DOI completo).

Exemplo com link:

Gomes J, Parente J, Ferreira L, Viana I, Vale E. Melanoma maligno associado a nevo melanocítico. Rev SPDV [Internet]. 2011 [acesso em 2015 jan. 17]; 69(3): 413-20. Disponível em: <http://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/viewFile/77/75>

Exemplo com DOI:

Fonseca MJ, Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. Rev Saúde Pública [internet]. 2004 [acesso em 2015 jan. 17]; 38(3): 392-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000300009>

A data de publicação pode ser somente ano, o ano e o mês ou o ano, o mês e o dia, mas, se completa, sempre no formato **ano mês dia** (o mês deve ser abreviado em português, ou seja, primeira letra minúscula: jan., fev. etc.)

Os títulos dos periódicos, artigos, livros etc. não devem ser destacados nem em negrito nem em itálico.

Os quadros abaixo serão preenchidos pela Revista de APS, caso o artigo seja publicado.

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID	CV Lattes

Metadados		
Submissão:	Aprovação:	Publicação:
Como citar		
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses		
Financiamento		
Contribuições dos autores		