

COLETA DE PREVENTIVO FORA DA FAIXA ETÁRIA ALVO: UMA ANÁLISE CRÍTICA

PAP SMEAR COLLECTION OUTSIDE THE TARGET AGE GROUP: A CRITICAL ANALYSIS

TOMA DE CITOLOGÍA CERVICAL FUERA DEL GRUPO ETARIO OBJETIVO: UN ANÁLISIS CRÍTICO

Camila Fernanda Büron¹

Adriano Luiz Possobon²

RESUMO: Esse artigo buscou analisar criticamente as coletas de exame citopatológico realizadas fora da faixa etária recomendada (25 a 64 anos) no Brasil, entre 2015 e 2025. Utilizando dados do SISCAN/DATASUS em uma abordagem quantitativa e dialético-crítica, verificou-se que 17,9% dos exames ocorreram fora da faixa-alvo, totalizando mais de 12 milhões de coletas e um custo estimado superior a R\$ 177 milhões. Além do impacto financeiro, observou-se sobrecarga dos serviços, desvio de pessoal e desorganização dos fluxos assistenciais, reduzindo a efetividade do rastreamento. Sob a perspectiva bioética, discutem-se a autonomia feminina, a medicalização e as repercussões biopsicossociais de resultados alterados. A pesquisa evidencia que o rastreamento oportunístico compromete a racionalidade do cuidado e os princípios do SUS. Conclui-se que o fortalecimento do rastreamento organizado, a alocação racional de recursos e o incentivo à decisão informada são essenciais para transformar o exame preventivo em uma prática ética e emancipadora.

1

Palavras-chave: Saúde Pública. Teste de Papanicolaou. Programas de Rastreamento. Neoplasias do Colo do Útero.

ABSTRACT: This article sought to critically analyze the cervical cytopathological examinations performed outside the recommended age range (25 to 64 years) in Brazil, between 2015 and 2025. Using data from SISCAN/DATASUS in a quantitative and critical-dialectical approach, it was found that 17.9% of the screenings occurred outside the target age group, totaling over 12 million smear collections and an estimated cost exceeding BRL 177 million. In addition to the financial impact, an overburdening of healthcare services, staff diversion, and the disorganization of care pathways were observed, thereby reducing screening effectiveness. From a bioethical perspective, female autonomy, medicalization, and the biopsychosocial repercussions of abnormal results are discussed. The research demonstrates that opportunistic screening compromises the rationality of care and the foundational principles of the Brazilian Unified Health System (SUS). It is concluded that strengthening organized screening, ensuring the rational allocation of resources, and promoting informed decision-making are essential to transforming this preventive examination into an ethical and emancipatory practice.

Keywords: Public Health. Papanicolaou Test. Mass Screening. Uterine Cervical Neoplasms.

¹Discente do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.

²Orientador. Professor titular da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Médico, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde.

RESUMEN: Este artículo buscó analizar críticamente las tomas de citología cervical realizadas fuera del rango de edad recomendado (25 a 64 años) en Brasil, entre 2015 y 2025. Utilizando datos del SISCAN/DATASUS bajo un enfoque cuantitativo y dialéctico-crítico, se verificó que el 17,9% de los exámenes ocurrieron fuera del grupo etario objetivo, totalizando más de 12 millones de tomas y un costo estimado superior a R\$ 177 millones. Además del impacto financiero, se observó una sobrecarga de los servicios, desviación de personal y desorganización de los flujos asistenciales, reduciendo la efectividad del tamizaje. Bajo la perspectiva bioética, se discuten la autonomía femenina, la medicalización y las repercusiones biopsicosociales de los resultados anormales. La investigación evidencia que el tamizaje oportunista compromete la racionalidad del cuidado y los principios del SUS. Se concluye que el fortalecimiento del tamizaje organizado, la asignación racional de recursos y el fomento a la toma de decisiones informadas son esenciales para transformar el examen preventivo en una práctica ética y emancipadora.

Palabras clave: Salud Pública. Prueba de Papanicolaou. Tamizaje Masivo. Neoplasias del Cuello Uterino.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero permanece como uma das principais causas de morbimortalidade entre mulheres no Brasil, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e desigualdade de acesso aos serviços de saúde. Estima-se a ocorrência de 17.010 novos casos por ano no triênio 2023–2025, com risco de aproximadamente 13,25 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2022). O exame citopatológico do colo uterino, conhecido como Papanicolaou, é reconhecido como a principal estratégia de rastreamento e prevenção secundária, capaz de reduzir em até 80% a incidência e a mortalidade pela doença quando realizado conforme as diretrizes preconizadas. No entanto, sua efetividade depende do cumprimento de critérios técnicos e da adesão à população-alvo definida pelo Ministério da Saúde, composta por mulheres de 25 a 64 anos que já iniciaram a atividade sexual (BRASIL, 2016).

Apesar das recomendações oficiais, observa-se na prática uma quantidade expressiva de coletas realizadas fora dessa faixa etária — tanto em mulheres jovens quanto em idosas — o que pode comprometer a efetividade do rastreamento. A coleta precoce, em especial em mulheres abaixo dos 25 anos, está associada a achados citológicos transitórios e de baixo grau, que raramente evoluem para lesões significativas, mas podem resultar em ansiedade, exames complementares desnecessários e riscos iatrogênicos. Já a manutenção do exame após os 64 anos, sem justificativa clínica, representa uso ineficiente de recursos públicos e desvio de prioridade em relação ao público-alvo (INCA, 2021). No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essas práticas refletem a persistência de um modelo de rastreamento oportunístico, que

se contrapõe ao ideal de rastreamento organizado e racional, comprometendo a equidade e a eficiência do sistema (BRASIL, 2016).

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar criticamente a coleta de exame preventivo fora da faixa etária-alvo no Brasil e seus impactos individuais e coletivos, no período de 2015 a 2025, com base em dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN/DATASUS). De forma específica, busca-se identificar as causas e consequências dessa prática, avaliar o impacto econômico e epidemiológico do uso inadequado do rastreamento e discutir as implicações éticas e bioéticas relacionadas à autonomia feminina na decisão sobre o próprio corpo. A pesquisa justifica-se pela necessidade de promover um rastreamento mais efetivo, equitativo e baseado em evidências, em conformidade com os princípios de integralidade e racionalidade do SUS, fortalecendo o cuidado centrado na mulher e a gestão responsável dos recursos públicos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico transversal, retrospectivo e quantitativo utilizando os dados disponibilizados pelo Sistema de Informação do Câncer (SISCAN/DATASUS) e revisão bibliográfica integrativa sobre o tema.

3

A etapa quantitativa foi realizada por meio da extração de dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), disponível no DataSUS/Tabnet, referentes ao período de 2015 a 2025. Foram selecionadas as informações do grupo “Cito do colo – Por local de atendimento”, abrangendo todas as unidades federativas do Brasil, delimitado pela faixa etária, em medidas totais de exames realizados; exames alterados, os quais incluem uma ou mais tipos de atipias, exceto alterações benignas; amostras rejeitadas; e amostras insatisfatórias.

Foram incluídos os registros de exames citopatológicos do colo uterino realizados em pacientes de todas as idades e com idade ignorada, sendo posteriormente classificados em dois grupos: dentro da faixa etária recomendada (25 a 64 anos) e fora da faixa etária alvo (menores de 25 e maiores de 64 anos), conforme as diretrizes nacionais de rastreamento do câncer do colo do útero.

Os dados coletados foram organizados em planilhas no programa Excel e submetidos a análise descritiva, comparativa e estatística simples. Os resultados serão apresentados em tabelas, permitindo a visualização de padrões e tendências temporais.

Não há recrutamento direto de participantes, nem contato com indivíduos, e tampouco envolvimento de grupos vulneráveis ou incapazes, visto que se trata de dados públicos, anonimizados e de domínio oficial. Portanto, a pesquisa dispensa a necessidade de consentimento livre e esclarecido, conforme previsto pela Resolução CNS nº 510/2016.

Adicionalmente, foi realizada uma estimativa de impacto financeiro relacionada à coleta de exames fora da faixa etária recomendada, utilizando os valores médios do procedimento obtidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Essa análise visa dimensionar o potencial gasto público e discutir a eficiência da alocação de recursos na rede pública de saúde.

A segunda etapa da pesquisa consistiu em uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar, analisar e sintetizar evidências científicas relacionadas à realização do exame citopatológico fora da faixa etária de rastreamento.

A busca foi realizada nas bases de dados SciELO, PubMed, Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), UpToDate e ScienceDirect, além de documentos oficiais disponíveis no site do Governo Federal e diretrizes do Ministério da Saúde.

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “*Teste de Papanicolaou*” e “*Programas de Rastreamento*” e “*Bioética*”, isolados e combinados por meio do operador booleano AND.

Foram incluídos artigos, revisões, diretrizes, livros e relatórios técnicos que abordassem fatores associados à coleta de exames citopatológicos fora da faixa etária alvo, como desconhecimento profissional, demandas espontâneas das usuárias, falhas de atualização de protocolos e limitações estruturais do sistema. A análise desses estudos permitiu mapear causas, consequências e implicações éticas dessa prática, bem como o conceito de “oportunidade perdida”, relacionado ao uso inadequado de recursos, tempo de equipe e insumos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. ANÁLISE DOS DADOS ESTATÍSTICOS

A análise dos dados extraídos do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) referente ao período de 2015 a 2025 demonstra que, no Brasil, foram realizados 68.909.884 exames citopatológicos do colo do útero realizados no Brasil. Desses, 2.053.567 (2,98%) apresentaram

algum tipo de alteração citopatológica, 795.936 (1,15%) foram considerados insatisfatórios e 178.661 (0,26%) foram rejeitados por inadequação da amostra.

Os dados revelam a magnitude do rastreamento citopatológico no país e a ampla cobertura do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, consolidado na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). A predominância de exames normais (cerca de 96%) está em consonância com a expectativa epidemiológica de programas populacionais bem estruturados, onde apenas uma pequena proporção das coletas resulta em achados alterados ou amostras inadequadas (WHO, 2021).

A análise segundo faixa etária mostra que a maior concentração de exames ocorreu entre 25 e 64 anos, com 56.579.214 coletas, correspondendo a 82,1% do total. Essa é justamente a faixa etária recomendada pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2016), o que demonstra aderência satisfatória do rastreamento às orientações do Ministério da Saúde.

Em contrapartida, o grupo abaixo de 25 anos apresentou 8.604.257 exames (12,5%), número expressivo considerando que essa faixa etária não é indicada para o rastreamento de rotina, salvo em situações específicas de risco aumentado (imunossupressão, HIV ou histórico de lesões prévias). Já entre as mulheres acima de 64 anos, foram realizados 3.725.726 exames (5,4%), representando um volume moderado, condizente com a recomendação de manutenção do rastreamento apenas em pacientes sem histórico recente de exames normais.

Segundo a Tabela 1, do total de 2.053.567 exames alterados, 1.658.734 (80,8%) ocorreram na faixa de 25 a 64 anos, reafirmando que a população-alvo concentra o maior número de achados citopatológicos significativos, o que é também justificado pelo maior número de coletas totais nessa faixa. Ainda assim, a porcentagem de alterações segue o esperado pelas previsões do Ministério da Saúde, girando em torno de 2,93% nessa faixa. Entretanto, o grupo abaixo de 25 anos apresentou 315.268 exames alterados (3,66%), superior à média populacional (2,98%) e inclusive à observada na faixa etária-alvo, um número que levanta preocupação quanto ao rastreamento precoce fora das diretrizes, já que alterações em adolescentes e jovens adultas são, na maioria das vezes, lesões de baixo grau associadas a infecções transitórias por HPV (CHIRENJE; GUZHA, 2020). (Tabela 1)

Tabela 1 – Relação entre número total de exames e número de exames alterados por faixa etária. Brasil, 2015-2025

	< 25 Anos	25 a 64 anos	> 64 anos	Ignorado	Total
Total de Exames	8.604.257	56.579.214	3.725.726	687	68.909.884
Exames Alterados	315.268	1.658.734	79.545	20	2.053.567

Fonte: Dados do SISCAN/DATASUS (2015–2025). Elaboração própria (2025).

Já o grupo acima de 64 anos apresentou 3.725.726 exames (5,4%) e 79.545 alterações (2,13%), a menor taxa entre os grupos. Esses números refletem o perfil epidemiológico esperado, visto que o risco de infecção persistente por HPV tende a diminuir com o avançar da idade, especialmente em mulheres com histórico de exames prévios normais (CHIRENJE; GUZHA, 2020). Entretanto, o número ainda relevante de coletas nessa faixa etária aponta que parte das mulheres está sendo rastreada além do período recomendado, o que também pode indicar fragilidades no encerramento adequado do seguimento. Além disso, esse dado reforça que a continuidade do rastreamento após os 64 anos deve ser criteriosa e individualizada, conforme histórico citopatológico e risco clínico (BRASIL, 2016).

6

Tabela 2 – Prevalência de coletas inadequadas segundo a faixa etária. Brasil, 2015–2025.

Faixa Etária	Exames Realizados	Total de Coletas Inadequadas	% do Total
Abaixo de 25 anos	8.604.257	216.285	2,51%
25 a 64 anos	56.579.214	666.292	1,18%
Acima de 64 anos	3.725.726	92.020	2,47%
Total Geral	68.909.884	974.597	1,41%

Fonte: Dados do SISCAN/DATASUS (2015–2025). Elaboração própria (2025).

A análise dos dados referentes à qualidade das amostras evidencia que, no período de 2015 a 2025, foram registradas 795.936 amostras insatisfatórias (1,15%) e 178.661 amostras rejeitadas (0,26%) no total de exames citopatológicos realizados no Brasil. Somadas, essas

coletas representam cerca de 1,4% de todas as amostras processadas, o que corresponde a mais de 970 mil exames sem valor diagnóstico efetivo (Tabela 2). Embora esse percentual possa parecer reduzido, o número absoluto é expressivo e revela uma perda significativa de recursos financeiros e humanos, além de implicar na necessidade de repetição do exame, ampliando custos e desgaste das usuárias (MARQUES, 2021; AGUILAR; SOARES, 2015).

A presença de amostras insatisfatórias e rejeitadas também serve como indicador indireto da qualidade técnica da coleta e do preparo das lâminas, etapas que dependem diretamente da capacitação dos profissionais e das condições estruturais das unidades de saúde. Nas faixas etárias extremas — menores de 25 e maiores de 64 anos — essa inadequação tende a ser mais frequente devido a fatores anatômicos e hormonais que dificultam a obtenção de material representativo da junção escamocolumnar, área de maior interesse diagnóstico. Assim, a elevada proporção de coletas inadequadas reforça a necessidade de investimentos em educação permanente, supervisão técnica e melhoria das condições de trabalho, pois cada amostra rejeitada ou insatisfatória representa não apenas um exame desperdiçado, mas uma falha sistêmica no rastreamento populacional, comprometendo a eficiência do programa e a confiança das mulheres no serviço de saúde (BORTOLON et al., 2012; MARQUES, 2021).

O IMPACTO ECONÔMICO

O exame citopatológico do colo uterino, amplamente reconhecido como uma das estratégias mais custo-efetivas em prevenção secundária, representa um dos pilares das ações de rastreamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, a efetividade econômica dessa política depende diretamente da adesão às diretrizes técnicas e da racionalidade na aplicação dos recursos públicos. Quando o exame é realizado fora da faixa etária recomendada (abaixo de 25 anos ou acima de 64 anos) ocorre uma distorção estrutural no programa de rastreamento, na qual o investimento não se converte em benefício epidemiológico proporcional (BRASIL, 2016). Tal fenômeno, segundo a perspectiva materialista dialética, não é um simples erro operacional, mas expressão concreta das contradições entre a racionalidade técnica da saúde pública e as determinações socioeconômicas que regem a organização dos serviços de saúde. A busca pela ampliação quantitativa de atendimentos, frequentemente incentivada por indicadores de produtividade, tende a reproduzir práticas ineficientes e desvinculadas da real necessidade sanitária da população (FRANCO et al., 2013; MEDVEDYUK; RAPHAEL, 2024).

Tabela 3 – Estimativa de custo dos exames citopatológicos segundo faixa etária-alvo (Brasil, 2015–2025)

Faixa etária	Exames (n)	Custo estimado (R\$)
Fora da faixa-alvo (≤ 24 e ≥ 65)	12.329.983	177.181.855,71
Faixa etária-alvo (25–64)	56.579.214	813.043.305,18
Total	68.909.197	990.225.160,89

Fonte: Dados do SISCAN/DATASUS (2015–2025). Procedimento SIGTAP 02.03.02.004-2 – Citopatologia cérvico-vaginal oncológica (R\$ 14,37). Elaboração própria (2025).

Do ponto de vista econômico, a realização de exames citopatológicos em mulheres fora da faixa etária-alvo representa um gasto público significativo. De acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) do Ministério da Saúde, o custo médio nacional de cada exame citopatológico cérvico-vaginal (procedimento 02.03.02.004-2) é de R\$ 14,37. Analisando a tabela 3, considerando os 12.329.983 exames realizados fora da faixa etária recomendada no período de 2015 a 2025, estima-se um custo direto de aproximadamente R\$ 177,1 milhões. Este montante, por si só, seria suficiente para custear a aquisição de novos equipamentos de rastreamento molecular (teste de DNA-HPV) ou para financiar campanhas de educação em saúde voltadas à adesão da população-alvo, com retorno muito mais expressivo em termos de saúde pública. Assim, o gasto com coletas fora do protocolo não deve ser interpretado apenas como um custo administrativo, mas como um desvio na aplicação racional dos recursos, que poderia ter sido redirecionado a ações de maior impacto coletivo (MARQUES, 2021). (Tabela 3)

Além dos custos diretos, há um conjunto de custos indiretos e ocultos que multiplicam o impacto financeiro dessas coletas inadequadas. Cada exame realizado gera despesas complementares — transporte, armazenamento, controle de qualidade, insumos laboratoriais e tempo técnico de análise — que dobram ou triplicam o valor unitário inicial, segundo estimativas de custo-efetividade em rastreamento cervical (MARQUES, 2021). Ademais, exames realizados fora das recomendações tendem a gerar maior número de resultados falso-positivos e, conseqüentemente, encaminhamentos desnecessários para colposcopia, biópsia e acompanhamento especializado, ampliando os gastos e sobrecarregando os níveis secundários do SUS. Dessa forma, o custo social e financeiro das coletas inadequadas ultrapassa a cifra monetária do procedimento, convertendo-se em ineficiência sistêmica e perda de efetividade da política pública (WHO, 2021).

Sob uma leitura dialética, esses dados revelam a contradição entre o caráter universal e igualitário do SUS e a reprodução de práticas influenciadas por uma lógica de mercado (MACHADO *et al.*, 2017). Ainda que o sistema público brasileiro seja guiado por princípios de equidade e integralidade, observa-se uma tendência à produtivização da saúde, na qual a quantidade de procedimentos realizados é utilizada como métrica de eficiência institucional (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017; DAMASCENO *et al.*, 2008). Essa racionalidade técnico-burocrática, herdada de modelos empresariais, produz alienação dentro da própria prática médica e gerencial, pois desloca o foco da qualidade do cuidado para o cumprimento de metas quantitativas (CORREIA *et al.*, 2022). O rastreamento, nesse contexto, passa a operar como um mecanismo de reprodução do trabalho alienado, em vez de instrumento de emancipação social e promoção da saúde (CORREIA *et al.*, 2022; MEDVEDYUK; RAPHAEL, 2023).

A lógica de mercado e a busca pela manutenção de fluxos financeiros, inclusive dentro de instituições públicas, refletem uma tendência global de mercantilização da saúde, como analisado por Paim (2008) e Campos e Mishima (2005). A constante pressão por produtividade e desempenho se sobrepõe à reflexão ética e técnica sobre a pertinência dos procedimentos realizados. O resultado é a reprodução de um modelo de atenção centrado na demanda espontânea, fragmentado e economicamente ineficiente. Na perspectiva dialética, essa contradição revela que a racionalidade capitalista, fundada na acumulação e no lucro, se infiltra nas práticas do cuidado e na gestão do SUS, reduzindo a política pública a um campo de disputa entre o valor de uso (a promoção da vida e do bem-estar) e o valor de troca (a produtividade mensurável e o controle contábil dos custos) (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017; DAMASCENO *et al.*, 2008)

Em termos práticos, o impacto financeiro das coletas fora da faixa etária-alvo transcende a questão orçamentária: ele fragiliza a sustentabilidade do SUS, gera ineficiência na alocação de recursos e perpetua desigualdades no acesso. Enquanto parte dos recursos é canalizada para exames de baixo retorno epidemiológico, muitas mulheres na faixa etária prioritária ainda enfrentam barreiras de acesso, ausência de busca ativa e falhas na comunicação dos resultados. Assim, a análise econômica não deve ser vista como mero cálculo contábil, mas como instrumento de crítica às estruturas sociais que produzem inequidades em saúde. A superação desse quadro exige o fortalecimento do rastreamento organizado, o aprimoramento dos sistemas de informação (SISCAN e e-SUS) e o investimento em educação permanente das equipes de

Atenção Primária, assegurando que o cuidado não se converta em mercadoria, mas permaneça um direito social (MARQUES, 2021; ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017; MACHADO et al., 2017).

2. IMPLICAÇÕES ORGANIZACIONAIS

O funcionamento do rastreamento citopatológico no Sistema Único de Saúde (SUS) expressa, de maneira exemplar, as tensões internas entre o projeto sanitário universalista e a lógica produtivista que ainda estrutura parte de suas práticas. Em tese, o rastreamento do câncer do colo do útero deveria operar sob o modelo organizado, em que há planejamento, convite ativo, periodicidade controlada e acompanhamento nominal das mulheres. Na realidade concreta, porém, o que predomina é o modelo oportunístico, baseado na demanda espontânea e no atendimento imediato — reflexo da dificuldade estrutural do SUS em superar o modelo assistencial centrado na doença e no procedimento. Sob uma leitura materialista-dialética, essa contradição revela como as condições materiais de funcionamento (pressões por produtividade, insuficiência de recursos e precarização do trabalho) moldam e distorcem a finalidade social do rastreamento (CORREIA et al., 2022; MACHADO et al., 2017).

A superlotação dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos laboratórios públicos é a face mais visível dessa contradição. O volume elevado de coletas — muitas delas fora da faixa etária recomendada — compromete a capacidade operacional das equipes e o tempo destinado a atividades de maior impacto sanitário, como busca ativa de nunca-rastreadas, educação em saúde e acompanhamento de casos alterados. Quando o espaço físico e a força de trabalho são consumidos por procedimentos de baixo retorno epidemiológico, a consequência é uma compressão da agenda assistencial, forçando o atendimento em ritmo industrial e gerando filas invisíveis: mulheres com exames alterados aguardam retorno ou encaminhamento, enquanto o serviço se mantém ocupado com coletas desnecessárias. Trata-se, portanto, de um círculo vicioso de hiperprodução e ineficiência, no qual o excesso de procedimentos gera sobrecarga e fragmentação, minando a capacidade resolutiva da APS (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

Essa superlotação não é casual, mas parte de um modelo organizacional que mede desempenho pelo número de atendimentos e não pela efetividade das ações. Na prática, unidades de saúde que “produzem mais exames” são frequentemente vistas como mais eficientes, ainda que grande parte dessas coletas não se traduza em benefício populacional. Essa

métrica distorcida, típica de um modelo gerencialista e tecnocrático, subordina o trabalho em saúde a uma lógica quantitativa, em detrimento da qualidade do cuidado e da pertinência clínica. A política pública, ao ser capturada pela racionalidade produtivista, deixa de operar como instrumento de transformação social e passa a reproduzir, dentro do próprio SUS, mecanismos de alienação do trabalho e de burocratização do cuidado — fenômeno amplamente discutido por Campos e Mishima (2005) e Paim (2008).

No que se refere à alocação de pessoal, observa-se que o excesso de exames fora da faixa etária ideal provoca um deslocamento disfuncional de força de trabalho. Profissionais de enfermagem, médicos e agentes comunitários são frequentemente mobilizados para mutirões, campanhas e coletas em massa, o que desvia tempo e energia de tarefas mais estratégicas, como rastreio ativo, vacinação contra o HPV, acompanhamento de lesões alteradas e educação em saúde. Essa redistribuição regressiva do trabalho é sintoma de uma inversão de prioridades: os esforços humanos são canalizados para atividades de fácil mensuração, porém de baixa relevância sanitária. A contradição é clara — enquanto o SUS preconiza o cuidado integral e a valorização do trabalho em equipe, na prática os trabalhadores são submetidos a rotinas repetitivas, fragmentadas e descontextualizadas, que reduzem o ato de cuidar a uma função técnica (BORGHI et al., 2018; ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

11

No plano laboratorial, a sobrecarga também se manifesta. Os citotécnicos e patologistas, responsáveis pela leitura das lâminas, enfrentam aumento desnecessário de demanda, o que prolonga prazos, eleva o risco de erros e compromete a qualidade diagnóstica. O tempo gasto na análise de lâminas de pacientes fora da faixa etária-alvo — frequentemente normais ou com alterações transitórias — representa um uso ineficiente da capacidade analítica do sistema. Esse excesso contribui para o acúmulo de exames pendentes e o atraso na liberação de resultados, afetando diretamente a linha de cuidado das mulheres com achados relevantes. Em termos dialéticos, a organização do processo de trabalho, ao priorizar quantidade sobre qualidade, gera o próprio obstáculo à sua finalidade — quanto mais se produz, menos se resolve (DAMASCENO et al., 2008; MEDVEDYUK; RAPHAEL, 2023).

Os fluxos assistenciais que deveriam ordenar o cuidado também se veem distorcidos por esse excesso. A sobrecarga de coletas, somada à ausência de rastreamento organizado, transforma o fluxo em cadeia fragmentada: coleta, análise e encaminhamento não dialogam de forma integrada. Muitas vezes, resultados alterados se perdem entre sistemas de informação (SISCAN, e-SUS, SISREG), sem retorno efetivo às equipes de origem, o que interrompe o

ciclo do cuidado. Essa fragmentação não é apenas técnica, mas política: expressa a falta de uma gestão integrada e o predomínio de uma racionalidade administrativa voltada à contabilidade de procedimentos, e não à integralidade da atenção. Sem controle populacional efetivo, o rastreamento se torna reativo, dependente da iniciativa individual da usuária e da disponibilidade eventual de profissionais — características típicas de sistemas oportunistas (MACHADO *et al.*, 2017; PAIM, 2008; DIAS, 2024).

Nesse contexto, o supertratamento e a medicalização desnecessária emergem como produtos dessa organização do trabalho. Ao incorporar a prevenção como rotina automática, desvinculada de critérios clínicos, o sistema transforma o corpo feminino em campo de intervenção permanente. Em mulheres jovens, há o risco de sobrediagnóstico e ansiedade decorrente de alterações benignas; em idosas, há desperdício de recursos e desconforto físico e psicológico. O cuidado, antes emancipador, converte-se em instrumento de controle e reprodução de práticas medicalizantes, o que reflete uma forma de violência simbólica institucional: o ato médico-burocrático que se impõe em nome da prevenção, mas sem benefício real (CORREIA *et al.*, 2022).

Por fim, a análise dialética desses aspectos revela que o problema não é apenas operacional, mas estrutural e ideológico. A superlotação, o deslocamento de pessoal e os fluxos ineficazes são manifestações de uma racionalidade capitalista internalizada no interior do SUS — uma racionalidade que mede a eficiência pela produção e não pela emancipação. O desafio, portanto, não é apenas ajustar protocolos, mas reordenar o processo de trabalho em bases humanas e científicas, restituindo ao rastreamento seu sentido ético e social. Isso implica investir na interoperabilidade dos sistemas de informação, redefinir indicadores de desempenho baseados em qualidade, garantir formação permanente das equipes e fortalecer o planejamento territorializado, com foco na população-alvo real (CORREIA *et al.*, 2022; PAIM, 2008; MACHADO *et al.*, 2017).

3. ASPECTOS BIOÉTICOS

A dimensão bioética do rastreamento citopatológico ultrapassa a esfera técnica da prevenção e adentra o campo das relações de poder e autonomia sobre o corpo feminino. Em tese, o princípio da autonomia assegura à mulher o direito de decidir sobre os cuidados e procedimentos a que deseja se submeter. No entanto, na prática cotidiana dos serviços de saúde, a autonomia frequentemente é tensionada por estruturas simbólicas e institucionais que a

limitam. No caso do exame preventivo, a decisão de realizar a coleta fora da faixa etária recomendada muitas vezes não reflete um ato de escolha livre e informada, mas o resultado de um processo de socialização biomédica, em que a mulher é levada a crer que a prevenção é uma obrigação moral e que o não comparecimento à coleta equivale à negligência consigo mesma (BOEIRA, 2017; SILVA et al., 2020). Assim, a liberdade individual é condicionada pela coerção simbólica do discurso médico e social, que se apropria da linguagem do cuidado para legitimar a intervenção constante sobre o corpo feminino (CARVALHO et al., 2015).

A autonomia, portanto, precisa ser compreendida não como mera liberdade de consentir, mas como capacidade crítica de decidir com base em informações claras, compreensíveis e contextualizadas. Quando o sistema oferece o exame sem esclarecer a faixa etária de maior benefício e os possíveis riscos de coletas desnecessárias, o consentimento torna-se viciado, e a decisão, heterônoma (PRATA et al., 2017). Esse fenômeno reflete o que Foucault denomina de “biopoder”: o poder que se exerce sobre a vida, regulando corpos e comportamentos sob o pretexto da proteção sanitária (RIBEIRO, 1999). No contexto do rastreamento cervical, o biopoder se expressa na transformação do corpo da mulher em território de vigilância permanente, naturalizando a ideia de que o cuidado só existe quando mediado pelo exame, mesmo fora das recomendações técnicas. Sob uma ótica materialista dialética, essa relação revela a contradição entre o discurso emancipador da saúde pública e as práticas que reproduzem relações assimétricas de saber e poder (BOEIRA et al., 2023; CORREIA et al., 2022).

As consequências biopsicossociais de um laudo alterado, ainda que de caráter transitório, são expressivas e pouco problematizadas nos protocolos técnicos. Um resultado citopatológico com achado leve — como lesão intraepitelial de baixo grau — pode desencadear ansiedade, medo de infertilidade, culpa e estigmatização sexual, especialmente em mulheres jovens. Em muitos casos, o impacto emocional supera o próprio risco clínico. O exame, que deveria empoderar e proteger, converte-se em instrumento de sofrimento psíquico, principalmente quando acompanhado de comunicação deficiente, linguagem técnica inacessível e condutas precipitadas (RICO, 2013; MARINHO, 2025). O medo da doença ou do “vírus sexual” muitas vezes repercute nas relações afetivas e familiares, gerando conflitos conjugais e até discriminação social. Assim, o rastreamento fora da faixa etária recomendada não apenas representa ineficiência sanitária, mas pode configurar uma forma de violência simbólica institucional, ao submeter mulheres a experiências de medo e insegurança sem justificativa epidemiológica (RUFFO, 2022).

A visão cultural do exame preventivo é outro elemento central dessa discussão. No imaginário coletivo brasileiro, o Papanicolaou é concebido como um rito de passagem da mulher responsável, um marcador de cuidado e moralidade (MATTOS, 2009). Essa percepção foi socialmente construída ao longo das décadas por campanhas de saúde pública que associaram o exame à boa conduta feminina, sem distinguir entre rastreamento racional e vigilância excessiva (BOEIRA, 2017). O resultado é a naturalização do preventivo anual, independentemente da idade ou do histórico, como se o corpo da mulher exigisse controle permanente. Essa cultura do exame — sustentada tanto por políticas institucionais quanto por representações midiáticas — contribui para a medicalização da vida feminina, reforçando a ideia de que o cuidado é sinônimo de submissão à rotina médica. Na lógica dialética, o discurso de empoderamento se converte em instrumento de controle, e a prática preventiva, em dispositivo disciplinador (CARVALHO *et al.*, 2015).

A relação entre profissional e usuária também é permeada por dilemas éticos complexos. O profissional, ao negar ou adiar a coleta fora da faixa etária, pode ser percebido como negligente; ao realizá-la, age contra a racionalidade científica e o uso adequado dos recursos públicos. Essa tensão reflete o embate entre dois princípios bioéticos fundamentais: autonomia e beneficência (MATTOS, 2009). A ética do cuidado, contudo, não se resume a atender o desejo imediato da usuária, mas a garantir que sua decisão seja informada, reflexiva e contextualizada. Promover autonomia significa também oferecer resistência à medicalização e ao automatismo institucional, reconhecendo o direito da mulher de compreender, e não apenas consentir, o que está sendo proposto. O verdadeiro respeito ético reside na capacidade do profissional de dialogar criticamente, e não simplesmente executar (SILVA *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2015).

Do ponto de vista social e político, a análise dialética evidencia que a autonomia feminina no SUS não se realiza em um vazio, mas dentro de estruturas de poder, gênero e classe (RODRIGUES *et al.*, 2021; PRATA *et al.*, 2017). A desigualdade de acesso à informação e o caráter hierárquico da relação médico-paciente limitam a liberdade real de escolha. Em regiões de vulnerabilidade social, a mulher não apenas carece de informação, mas muitas vezes se submete ao exame por medo de perder o vínculo com o serviço ou de ser julgada. A prática preventiva, nesses casos, torna-se condicional à obediência institucional, e não à emancipação pessoal. Esse quadro é agravado pela ausência de políticas robustas de educação em saúde, que poderiam devolver à mulher o protagonismo sobre seu corpo e suas decisões (MARINHO, 2025; RUFFO, 2022).

Em síntese, a discussão bioética do rastreamento fora da faixa etária-alvo evidencia um paradoxo: o mesmo exame que simboliza autonomia e autocuidado pode, em determinadas circunstâncias, produzir dependência, medo e controle. A crítica materialista-dialética permite compreender que a prevenção, quando dissociada de uma abordagem educativa e humanizada, deixa de ser um instrumento de libertação e passa a reforçar as estruturas de dominação (CORREIA *et al.*, 2022; CARVALHO *et al.*, 2015). A construção de uma prática verdadeiramente ética exige deslocar o foco do “direito ao exame” para o direito à escolha consciente, fortalecendo o diálogo, a informação e a corresponsabilidade (PRATA *et al.*, 2017; MATTOS, 2009). Assim, o cuidado deixa de ser uma imposição e se torna um ato político de emancipação — um gesto de resistência frente à lógica da medicalização e do controle social do corpo feminino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados do SISCAN/DATASUS entre 2015 e 2025 revelou uma grave distorção no rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, evidenciada pela realização de mais de 12 milhões de exames fora da faixa etária recomendada (25 a 64 anos). Essa prática, movida por uma lógica produtivista e pela forte pressão cultural do “preventivo anual”, não apenas gera um impacto financeiro superior a R\$ 177 milhões aos cofres públicos, mas também sobrecarrega a Atenção Primária e os laboratórios. Como consequência, o sistema desvia recursos e profissionais de ações estratégicas — como a busca ativa da população-alvo —, diminuindo sua eficácia epidemiológica e expondo mulheres, especialmente as mais jovens, a angústias e intervenções desnecessárias, ferindo os princípios bioéticos da autonomia e da proteção.

Diante desse cenário, conclui-se que a eficiência do rastreamento não se mede pelo volume de procedimentos, mas pela qualidade, pertinência e resolutividade das ações. Para superar esse paradoxo estrutural do SUS, é urgente reordenar os processos de trabalho, investindo em educação permanente das equipes, na integração dos sistemas de informação e na valorização da escuta clínica. Garantir o cumprimento das diretrizes transcende a gestão econômica; trata-se de um imperativo ético e político. O desafio é transformar o rastreamento em um cuidado consciente e emancipador, assegurando que os recursos públicos promovam, de fato, a equidade, o respeito ao corpo feminino e a consolidação da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, C. L. F.; MARTINS, M. **Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas**. Saúde em Debate, v.41, p.118-137, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104-2017S10.
2. BOEIRA, L. dos S.; BRASIL, L. de F. C. ; ROCHA, D. G. **Rastreamento de cânceres em mulheres nos sites dos conselhos profissionais: Entre estereótipos, moralidades e corporativismo**. Coisas do gênero: Revista de estudos feministas em teologia e religião, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 357-376, 2023. Disponível em: <https://revistas.est.edu.br/genero/article/view/2301>. Acesso em: 6 out. 2025.
3. BOEIRA, L. dos S. **A manipulação do corpo feminino na construção do conceito de prevenção em saúde: reflexões sobre os exames de rastreamento de câncer em mulheres**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO. Anais eletrônicos. Florianópolis: UFSC, 2017. Disponível em: https://www.en.wwwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1495485201_ARQUIVO_Manipulacorposfemininos.pdf. Acesso em: 06 out. 2025.
4. BORTOLON, P. C.; SILVA, G. A. E.; SILVA, V. L. C. **Impacto da capacitação de profissionais de saúde na qualidade do exame citopatológico do colo do útero**. Rev Bras Ginecol Obstet, v.34, n.6, p.271-276, 2012. DOI: 10.1590/S0100-72032012000600007.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
6. CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado**. Cadernos de Saúde Pública, v.21, n.4, p.1260-1268, jul. 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000400029.
7. CARVALHO, S. R.; RODRIGUES, C. de O.; COSTA, F. D. da; ANDRADE, H. S. **Medicalização: uma crítica (im)pertinente?** Physis, v.25, n.4, p.1251-1269, out. 2015. DOI: 10.1590/S0103-73312015000400011.
8. CHIRENJE, Z. M.; GUZHA, B. T. **Cervical cancer**. In: WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (Org.). **World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention**. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020. p.394-401. ISBN 978-92-832-0448-0
9. CORREIA, D.; MENDES, Á. N.; CARNUT, L. **Determinação social do processo saúde-doença no contexto latino-americano: a importância do pensamento crítico em saúde**. Crítica Revolucionária – Revolutionary Criticism, v.2, art. e002, 2022. DOI: 10.14295/2764-4979-RC_CR.v2-e002.
10. DAMASCENO, H. E. M.; GOMES DAMASCENO, A. R.; BARROS, J. G. M. **Indicadores de qualidade e produtividade na área de saúde**. In: XII Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação,

- Taubaté, SP, 2008. Disponível em: https://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosEPG/EPG00715_01_O.pdf. Acesso em: 09 out. 2025
11. DIAS, F. É. **Rastreamento e prevenção do câncer de colo do útero no Brasil: análise das políticas e procedimentos**. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v.6, 2024. Disponível em: <<https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2506>>. Acesso em: 05 out. 2025.
12. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 01 jun. 2025.
13. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Deteccção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA; 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2025.
14. MACHADO, C. V.; et al. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. Cadernos de Saúde Pública, v.33, supl.2, e00129616, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em: 12 out. 2025
15. MARINHO, K. T. **Mulheres em vulnerabilidade e o rastreio dos cânceres do colo do útero e mama**. Enfermagem em Foco, v.16, e2025043, 2025. Disponível em: <https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2537-707x-enfoco-16-e-2025043/2537-707x-enfoco-16-e-2025043.pdf>. Acesso em: 05 out. 2025.
16. MARQUES, G. M. B. **Os custos do exame de Papanicolaou em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal**. 2021. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2021.
17. MATTOS, R. A. de. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface (Botucatu), v.13, p.771-780, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000500028.
18. MEDVEDYUK, S.; RAPHAEL, D. **Defining health through a critical materialist political economy lens**. Global Health Promotion, v.31, n.2, p.34-42, 2023. DOI: 10.1177/17579759231194600.
19. PRATA, N.; TAVROW, P.; UPADHYAY, U. **Women's autonomy in health care decision-making: a concept analysis**. International Journal of Nursing Studies, v.66, p.1-8, 2017. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.10.008.
20. RIBEIRO, M. O. **A sexualidade segundo Michel Foucault: uma contribuição para a enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.33, n.4, p.358-363, dez. 1999.

21. RICO, A. M. **Sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de bairros populares de Salvador.** Cadernos de Saúde Pública, v.29, n.1, p.119-128, 2013. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000100013.
22. RODRIGUES, C. F.; COUTINHO, J. V. A.; MUZI, C. D.; GUIMARÃES, R. M. **Reasons for never receiving a pap test among Brazilian women: National health survey.** Public Health Nursing, v.38, n.6, p.963-977, 2021. DOI: 10.1111/phn.12942.
23. RUFFO, M. L. M. **O protagonismo da mulher no rastreamento do câncer do colo do útero e da mama: relato de experiência em unidade de atenção primária à saúde.** Revista Sociedade e Desenvolvimento, v.11, n.3, p.1-17, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/rsd/article/download/27223/23727>>. Acesso em: 01 set. 2025.
24. SILVA, J.; OLIVEIRA, M.; SOUZA, A. **Realização periódica do Papanicolau: uma contribuição de empoderamento através de oficina.** Rev Enferm Cuid Saúde, v.9, n.1, e12929, 2020. Disponível em: <<https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/12929>>. Acesso em: 01 jun. 2025.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: second edition.** Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>>. Acesso em: 01 jun. 2025.