

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Fernanda Eliza de Oliveira

RASTREAMENTO DO CANCER CÉRVICO UTERINO

LAGOA SANTA / MINAS GERAIS

2014

Fernanda Eliza de Oliveira

RASTREAMENTO DO CANCER CÉRVICO UTERINO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Adriana Flávia Braga Marques

LAGOA SANTA / MINAS GERAIS

2014

Fernanda Eliza de Oliveira

RASTREAMENTO DO CANCER CÉRVICO UTERINO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Adriana Flávia Braga Marques

Banca Examinadora:

Prof.^a Adriana Flávia Braga Marques – Orientadora

Prof.^a Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG – Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 19 de julho de 2014

RESUMO

Esta pesquisa bibliográfica objetivou elaborar um projeto de intervenção com a intencionalidade de minimizar ou erradicar a baixa adesão das mulheres da comunidade ao exame preventivo que foi o problema priorizado no diagnóstico situacional na área de abrangência do Centro de Saúde Jardim Leblon situado em Belo Horizonte. Este diagnóstico mostrou os problemas considerados principais e urgentes em uma comunidade. A pesquisa foi realizada nas bases de dados do SciELO e da LILACS a partir dos descritores: Neoplasias do Colo do Útero, Esfregaço Vaginal, Prevenção Primária, Prevenção de Câncer de Colo Uterino e Programa Saúde da Família. A proposta de intervenção foi elaborada com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Espera-se que a implantação do plano de ação possibilite que as instituições se preocupem e invistam na capacitação contínua dos profissionais de saúde envolvidos no processo, o que resultará em pessoal devidamente capacitado para atender de forma eficaz as usuárias o que refletirá na diminuição da morbidade e mortalidade por causa do o câncer de colo cérvico uterino.

Palavras chave: Neoplasias do colo do útero. Esfregaço Vaginal. Prevenção primária. Prevenção de Câncer de Colo Uterino. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This literature review aimed to elaborate an intervention project which intend minimizing or eradicating the poor women adherence of the community in preventive examination, which was the prioritized problem on the situational diagnosis in the catchment area of the Health Centre situated in Leblon Jardim Belo Horizonte. This analysis showed the problems considered as urgent in a community. The survey was conducted in the databases of SciELO and LILACS using the descriptors: Uterine Cervical Neoplasms, Vaginal Smears, Prevention Primary Prevention of Cancer Cervix and Family Health Program. The proposed intervention was developed based on Situational Strategic Planning (ESP). It is expected that the implementation of the action plan will enable the institutions worrying about it as well as investing in ongoing training of health professionals involved in the process, which will result in properly trained personnel to effectively meet the users, it will reflect in decreased morbidity and mortality due to cancer of the uterine cervix cervix.

Keywords: Neoplasms of the cervix. Vaginal smear. Primary prevention. Prevention of cervical cancer. Family health program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2013) denomina-se câncer o crescimento desordenado de células que acometem tecidos e órgãos. As células doentes dividem-se rapidamente tornando-se muito agressivas e incontrolláveis, ocasionando assim a formação de tumores ou neoplasias malignas podendo também se espalhar para outras regiões do corpo (metástase).

Estima-se que o câncer de colo uterino seja a terceira neoplasia mais comum entre as mulheres no mundo, ficando atrás somente pelo câncer de pele e pelo câncer de mama sendo que, o câncer de colo uterino é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e até mesmo cura (CASARIN; PICCOLI, 2011) Na população feminina brasileira é o segundo mais incidente, com exceção dos casos de câncer de pele não melanoma. (INCA, 2011)

O câncer do colo do útero faz cerca de 4.800 vítimas fatais e apresenta aproximadamente 18.430 novos casos a cada ano, sendo que o número de óbitos registrados em 2010 foi de 4.986. (BRASIL, 2013)

Segundo o INCA, (2013), dos 100% de óbitos ocorridos em mulheres em consequência do câncer entre os anos de 2006 a 2010 no Brasil, 6,5% eram devido ao câncer do colo uterino, na região sudeste 4,8% e no estado de Minas gerais 5,1%, chegando a 223.558 os anos potenciais de vida perdidos em 2010 por câncer de colo uterino em mulheres entre 15 a 80 anos.

O exame citopatológico cérvico uterino é a principal estratégia para revelar a existência de lesões precursoras e fazer o diagnóstico do câncer de colo uterino e pode ser realizado em centros de saúde da atenção básica da rede pública que tenham profissionais capacitados. (INCA, 2013)

O acesso à informação e aos serviços de saúde são pontos imprescindíveis no controle do câncer de colo uterino e para promover a qualidade de vida da população, bem como prevenir doenças e agravos, são necessárias ações de saúde que atuam sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, nesse sentido o exame citopatológico cérvico uterino realizado na a atenção básica do Sistema único de Saúde é um exemplo de ação para prevenir complicações do câncer uterino nas mulheres. (BRASIL, 2013)

Em atividade na atenção básica, o Programa de Saúde da Família (PSF), conhecido hoje como Estratégia da Saúde da Família (ESF) por não se tratar apenas de um programa, foi criado em 1994 com o objetivo de dar assistência à saúde da população carente e de alto risco no Brasil, apresentando um novo formato de modelo assistencial e melhorando a organização dos serviços e ações de saúde. (ESCOREL *et al.*, 2007)

O processo de trabalho da ESF se caracteriza pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares de acordo com as necessidades de cada local, planejadas através de diagnósticos territoriais e criação de vínculos população/profissionais para assegurar o funcionamento da Atenção Primária, ou seja, o objeto de atenção passa a ser a família em seu ambiente de convívio. (SILVA ; CASOTTI; CHAVES, 2013)

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) citado por (BRASIL, 2013), a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma soma de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde, desenvolvidas por meio de trabalho em equipe, práticas gerenciais e sanitárias, tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, devendo com isso, resolver os problemas de saúde mais frequentes da população em diferentes contextos.

O modo de organização dos serviços de saúde e o conhecimento que orienta a ação dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), devem se aproximar do modo como a saúde é vivida e sentida pela população, e o que proporciona essa aproximação é a Educação Popular em Saúde. (BRASIL, 2007)

Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários. (BRASIL, 2007, p.7)

Os autores Starfield (2002); Macinko (2003); Shi (2003) e Kringos et al (2010), citados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA , 2011) indicam que, em se tratando de fatores como cuidados necessários em saúde, equidade e eficiência dos serviços de saúde, continuidade da atenção e satisfação dos usuários, os melhores resultados são obtidos nos sistemas orientados pela APS, além disso, existe certo

consenso de que a APS deve se estabelecer como base do sistema de saúde com o objetivo de organizá-lo em sua totalidade.

Em se tratando da Unidade da APS, o Centro de Saúde Jardim Leblon (CSJL) situado no município de Belo Horizonte pode-se dizer que ela é responsável por cerca de 18 mil usuários e seu processo de trabalho conta com equipes multiprofissionais que cuidam de um determinado número de pacientes.

Após a realização do diagnóstico situacional, como uma das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010) foi constatado, dentre outras coisas, que em uma das equipes, em média 30% da população feminina entre 25 a 69 anos realizam o exame citopatológico anualmente, sendo que uma boa cobertura de rastreamento seria de 80% de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). (INCA, 2011)

Situado no município de Belo Horizonte, o CSJL possui uma equipe responsável por aproximadamente 3700 habitantes de médio risco. A estratégia para que a equipe conhecesse a área sobre a qual é responsável, foi a realização de muitas reuniões entre os integrantes, além do mapeamento da área de abrangência de todas as equipes do CSJL, assim, a equipe pode estudar com maior profundidade o território que lhe foi confiado.

No CSJL cada Equipe de Saúde da Família contém: um enfermeiro, um médico, duas auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. As equipes de saúde bucal são três, cada uma contendo: um auxiliar em saúde bucal e um cirurgião dentista e possui também 1 técnico de saúde bucal de apoio.

Existem ainda os profissionais que não fazem parte da Equipe de Saúde da Família, mas que dão apoio ao atendimento sendo eles: duas médicas pediatras, uma médica clínica, dois psicólogos, três fisioterapeutas, um assistente social, um médico psiquiatra, um médico ginecologista e também a equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) contendo: um nutricionista, um fisioterapeuta, um assistente social, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo, um técnico de esporte individual e coletivo exceto futebol e um farmacêutico.

As informações seguintes sintetizam os dados coletados por uma das equipes, foram conseguidos a partir de bases de dados secundárias, Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e observação ativa durante o período de setembro a outubro de 2012, baseado no método Estimativa Rápida.

Os aspectos demográficos da equipe indicam que 15,26 % da população da equipe está na faixa etária entre < 1 mês a 9 anos, 22,84% entre 10 a 19 anos, 54,96% entre 20 a 59 anos, (sendo esta faixa etária a qual deve ser priorizada para a coleta do exame citopatológico preventivo do colo do útero, de acordo com o Ministério da saúde) e 6,94% entre 60 ≥ 80 anos, mostram ainda que cerca de 56% da população é composta de mulheres e 44% por homens.

A estrutura de saneamento básico da comunidade beneficia mais de 90% da população que recebe abastecimento de água da rede pública, ou seja, adequado 96.1,% e semi adequado 3.9,%.

Os aspectos epidemiológicos conseguidos através da análise situacional da equipe apontam que 25,8% da população adulta e idosa da equipe são hipertensos, 12% da população adulta e idosa são diabéticos, 14,2% da população adulta e idosa sofrem de dislipidemias, 39,9% da população adulta e idosa estão com excesso de peso, 15,4% da população adulta e idosa são fumantes, 2% da população feminina em idade fértil estão gestantes e em média 30% da população feminina entre 25 a 69 anos realizam o exame citopatológico anualmente, de acordo com a OMS uma boa cobertura de rastreamento seria de 80%. (BRASIL, 2013)

A equipe enfrenta vários problemas, alguns como: baixa adesão das mulheres da comunidade ao exame preventivo de câncer do colo uterino; cadastro incompleto dos pacientes no sistema Gestão (Prontuário eletrônico), o que reflete nos indicadores finais; lentidão no sistema Gestão; Infraestrutura inadequada; dificuldade de muitos pacientes diabéticos e hipertensos em aderir ao tratamento e baixo poder aquisitivo dos usuários.

Alguns determinantes importantes desses problemas poderão ser: população com nível de escolaridade baixo, moradia e saneamento inadequado e baixa renda familiar; deficiência na capacitação dos profissionais de saúde a respeito de vários assuntos que são necessários no cotidiano da equipe.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) citado por (BRASIL, 2013), o governo vem ampliando a cobertura da ESF para reorganizar o modelo de atenção à saúde e fortalecer a APS, transformando-a em sua principal porta de entrada para o sistema de saúde, devendo a ESF pautar suas ações em cinco princípios: a) caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência à saúde; b) atuação territorial; c) desenvolvimento de atividades em função do planejamento local, focadas na família e comunidade; d) busca de integração com instituições e organizações

sociais para o estabelecimento de parcerias; e e) ser um espaço de construção de cidadania.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, muitas ações para o controle do câncer cérvico uterino são executadas em nível da APS como, por exemplo, aquelas voltadas para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), as dirigidas para a detecção precoce do câncer e voltadas para a melhoria da cobertura do exame que envolve: informação e esclarecimento da população sobre o assunto, identificação da população feminina na faixa etária prioritária, identificação de mulheres com risco aumentado, convocação para exame, realização da coleta da citologia, identificação de faltosas e reconvocação, recebimento dos laudos, identificação das mulheres com resultados positivos ao rastreamento para vigilância do caso, orientação e encaminhamento das mulheres para unidade secundária, avaliação da cobertura de citologia na área, avaliação da qualidade da coleta e supervisão dos técnicos para coleta, planejamento e execução de ações, vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento, identificação de falhas no acesso e fechamento dos casos. (BRASIL, 2013)

É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adstrita. A partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizaram, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame. Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames e dos exames insatisfatórios no caso do colo do útero. (BRASIL, 2013, p. 28)

Um dos fundamentos da APS é possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde a população e dentre eles está o exame citopatológico cérvico uterino que pode ser realizado na atenção básica, pois possui boas condições de acesso a população feminina e uma vez diagnosticadas lesões intraepiteliais do colo do útero a mesma deve ser encaminhada à unidade secundária para confirmação diagnóstica e tratamento. (INCA, 2011)

Analisando os dados do diagnóstico situacional realizado pela equipe e levando em conta a importância, prevalência, gravidade, capacidade de enfrentamento/resolução e a possibilidade de intervenção dos problemas encontrados, foi selecionado “Baixa adesão das mulheres da comunidade ao exame

preventivo” como problema para ser elaborado um projeto de intervenção. Dos muitos problemas encontrados na equipe, esse foi selecionado por ser uma equipe de maioria feminina, por ser um problema que tenha uma possibilidade muito grande de resolução ou melhora e também por ser o câncer de colo de útero uma doença grave com grande possibilidade de diagnóstico precoce.

O exame citopatológico preventivo do câncer de colo uterino foi implantado na rede de saúde pública brasileira em 1999 com a finalidade de detectar precocemente as neoplasias e suas lesões pela análise citológica do esfregaço conseguido pela coleta do material utilizando a técnica de Papanicolau, mas apesar de constantes esforços por parte da rede pública no Brasil para educar a população em relação à importância da prevenção do câncer de colo uterino, continuam crescentes as taxas de incidência e mortalidade no país. (GOMES *et al.*, 2011)

A realização periódica do exame citopatológico do colo uterino por parte das mulheres tem impacto direto na diminuição da taxa de morbimortalidade, porém alguns fatores dificultam a sua realização como o baixo poder econômico das usuárias, dificuldades geográficas, ineficácia do serviço de saúde ou ainda questões culturais como medo, vergonha, preconceito, desconhecimento da importância do exame ou da gravidade da doença. (RODRIGUES NETO; FIGUEIREDO; SIQUEIRA, 2008)

Desse modo, este trabalho apresentará considerações sobre as Políticas de Saúde para o controle do câncer cérvico uterino, contemplando um breve histórico das ações para controle do câncer do colo do útero no Brasil, a realização do exame citopatológico preventivo do câncer de colo uterino, alguns fatores que influenciam na sua cobertura e o projeto de intervenção abrangendo algumas estratégias que possam ajudar a ampliar a sua adesão.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo torna-se relevante por serem importantes outras fontes que auxiliem no planejamento de ações preventivas eficientes no combate ao câncer de colo uterino e que ajudem a diagnosticar precocemente essa doença, reduzindo assim sua incidência.

Para os profissionais de saúde é importante buscar novas estratégias para aumentar a adesão das mulheres ao exame, diminuir a morbidade e a mortalidade da população feminina de sua abrangência em relação à doença e melhorar a qualidade de vida dessas mulheres,

Tendo em vista o grande número de novos casos e de óbitos registrados a cada ano devido ao câncer de colo uterino, buscou-se neste estudo avaliar o contexto inserido na realização do exame citopatológico cérvico uterino, em mulheres de uma comunidade do município de Belo Horizonte.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção com a intencionalidade de minimizar ou erradicar a baixa adesão das mulheres da comunidade ao exame preventivo.

3.2 Objetivos específicos:

Avaliar os fatores associados com a não realização do exame citopatológico cérvico uterino.

Identificar as ações que estimulam a adesão ao exame citopatológico cérvico uterino, em uma Unidade básica de saúde no município de Belo Horizonte.

4 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa bibliográfica narrativa com vistas à sustentação teórica para elaboração do projeto de intervenção. Este foi desenvolvido a partir do levantamento de dados coletados por meio do diagnóstico situacional de uma das equipes do CSJL, onde ocorreu o estágio prático do curso de Especialização em saúde da Família da Universidade federal de Minas Gerais.

O projeto de intervenção inclui ações inseridas no contexto do Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido após o diagnóstico situacional de uma determinada comunidade ou área de abrangência. O PES foi criado pelo Prof. Carlos Matus na década de 80, buscando planejar para preparar a ação e para agir sendo necessário aumentar a capacidade de governar. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

O PES possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções. Na Estratégia de Saúde da Família, é necessário lançar mão de ferramentas como o PES para possibilitar e qualificar as práticas cotidianas em saúde. (CECHINEL; CAMINHA, 2012, p. 131)

O PES é um método de criado para resolver problemas complexos e mal estruturados, no qual primeiramente se conhece e compreende os problemas existentes em uma comunidade, depois se desenha o plano de intervenção, analisa-se a viabilidade do plano e por último ocorre a implementação, e para que se alcance sucesso na execução do plano é necessário uma comunicação efetiva, definir responsabilidades, mecanismos de prestação de contas e principalmente ter flexibilidade frente às novas mudanças. (ARTMANN, 2000)

Conforme mencionado anteriormente, fez-se a pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (2010), baseia-se em materiais publicados em bibliotecas e também em base de dados como livros, revistas, teses e dissertações. Estes reúnem conhecimento acerca de um assunto que facilita a fundamentação de um estudo a ser desenvolvido.

Leopardi (2002) afirma que a pesquisa em saúde vai além de uma reunião de trabalhos científicos com assuntos semelhantes, abrange do mesmo modo, aprender a perceber, pensar e sentir, refletindo sobre as condições em que essa pesquisa é executada, levando em conta as pessoas envolvidas de forma individual e coletiva.

De acordo com Lakatos e Marconi (2010), os documentos consultados para uma pesquisa podem ser de fontes primárias estando incluídos, por exemplo, dados históricos, documentação pessoal, etc. ou podem ser de fontes secundárias sendo obras literárias e imprensa em geral. Para o presente estudo foram investigados documentos de fonte secundária, pois permite ao pesquisador a cobertura ampla acerca de estudos já publicados, além dos dados obtidos através do diagnóstico situacional.

Este trabalho fundamentou-se também na investigação de artigos publicados no período de 2001 a 2013, em periódicos científicos nacionais encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), e na Literatura latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) que expõem artigos pertinentes ao tema.

Para determinar a amostra dos estudos foram escolhidos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), sendo eles: Neoplasias do Colo do Útero, Esfregaço Vaginal, Prevenção Primária, Prevenção de Câncer de Colo Uterino e Programa Saúde da Família.

Foram comparadas as características das pesquisas em relação aos fatores que impedem ou dificultam na cobertura e adesão ao exame citopatológico cérvico uterino, assim como estratégias para melhorar esse problema. Essas informações foram confrontadas com os dados do diagnóstico situacional para assim poder ser iniciado o processo de construção do plano de intervenção.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Políticas de Saúde para o controle de câncer no Brasil:

A abordagem do câncer como problema sanitário se deu no Brasil em meados do século XX, sendo criado em 1941 o Serviço nacional de Câncer (SNC) com o objetivo de orientar e controlar a campanha de câncer em todo o Brasil. (PARADA *et al.*, 2008)

O Ministério da Saúde elaborou em 1983 o “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher” com o objetivo de ampliar o modelo de atenção que havia no Brasil até aquele momento que abrangia a mulher no período gravídico-puerperal, tendo o novo modelo uma forma de priorizar as ações de saúde a partir das necessidades da população feminina. (BRASIL, 2013)

Em 1986 foi criado pelo Ministério da Saúde o “Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde” (Pro-Onco), primeiramente com o intuito de servir como estrutura técnico-administrativa da hoje extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer sendo posteriormente transferido para o INCA para coordenar programas de controle de câncer com o objetivo de educar e informar a população sobre o assunto. (INCA, 2011)

Reconhecendo a necessidade de um programa de âmbito nacional dirigido ao controle do câncer do colo do útero, o Ministério da Saúde juntamente com a colaboração de órgãos nacionais e internacionais, iniciou em 1995 a elaboração de um estudo que em 1998 se transformou no “Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero”. (BRASIL, 2013)

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero adotou estratégias para estruturar a rede assistencial existente, instituiu em 1999 o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) para gerenciar as ações do programa, além de obter várias informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino. (INCA, 2011)

Entre os anos de 1999 a 2001 foram ampliadas as ações e a oferta de serviços para combate e controle do câncer do colo uterino, resultando na realização

de cerca de oito milhões de exames citopatológicos preventivo do câncer de colo uterino por ano. (BRASIL, 2013)

Em 2005 foi lançada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Oncológica determinando que os planos estaduais e municipais de saúde renunciassem fundamentalmente o controle dos cânceres do colo do útero e da mama em seus serviços, nesse mesmo ano, o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama propôs diretrizes para aumentar a cobertura da população, garantir a qualidade do serviço, fortalecer o sistema de informação, desenvolver capacitações, planejamento de estratégias para mobilização social e também desenvolvimento de pesquisas. (INCA, 2011)

No ano seguinte foi salientada pelo Pacto pela Saúde a importância da detecção precoce do câncer, através de indicadores e metas pré-estabelecidas a serem atingidas nos estados e municípios com o objetivo de melhorar o desempenho das ações. (BRASIL, 2013)

Em março de 2011 foi novamente ressaltada a priorização do controle do câncer do colo uterino através do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, lançado pela presidente da República Dilma Roussef, que prevê investimentos para intensificar as ações de controle ao câncer do colo uterino. (INCA, 2011)

5.2 Câncer de colo uterino:

“O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância”. (BRASIL, 2013, p. 42)

Dados do INCA, (2011) mostram a razão entre exames citopatológicos e a população feminina. No estado de Minas Gerais, a quantidade de exame citopatológico cérvico uterino realizada em 2012 foi de 958, 815 em uma população de 4, 797,416 mulheres que se encaixam no perfil para a realização do exame, ou seja, 0,20% em comparação com o município de Belo Horizonte que foi de 9,960 exames em uma população de 165,933 mulheres que se encaixam no perfil para a realização do exame, ou seja, 0,06%.

O diagnóstico citopatológico no estado revelou um número de 296 lesões de alto grau e 1 carcinoma invasor e o diagnóstico histolopatológico mostrou 68 mulheres com NIC III. (INCA, 2011)

Na maioria dos casos, a evolução do câncer se dá de forma lenta com fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, sendo o câncer do colo do útero o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, podendo chegar próximo a 100% quando diagnosticado precocemente e ainda podendo ser tratado a nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos. (CASARIN; PICCOLI, 2011)

As alterações celulares que podem dar início ao câncer são facilmente reveladas no exame preventivo e por isso é tão importante a sua realização periódica, pois se descoberto no início as chances de controle são bem maiores. (BRASIL, 2013)

De acordo com o INCA (2011) é essencial que as instituições de saúde informem às pacientes sobre o que é o exame e qual a importância de sua realização periódica, permitindo assim, a redução da mortalidade por câncer do colo uterino.

Segundo Casarin e Piccoli (2011), para que ocorra uma redução dos casos do câncer uterino é necessária uma abrangência de 85% da população feminina, mas estima-se que cerca de 40% das mulheres nunca tenham realizado o exame citopatológico do colo do útero.

As causas do princípio do câncer podem ser multifatoriais, ambientais ou genéticas podendo se iniciar em diferentes tipos de células como, por exemplo, as células do útero feminino. Esses fatores podem se interagir de várias formas, aumentando a possibilidade de transformar as células normais em células malignas. (BRASIL, 2013)

5.3 Cobertura, população-alvo e periodicidade e coleta do material:

Apresentando boa cobertura (80%) e sendo realizado dentro dos padrões de qualidade, o rastreamento do câncer cérvico uterino pode modificar efetivamente as taxas de incidência e mortalidade da doença segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). (BRASIL, 2007)

De acordo com Anttila *et al.* (2009) e Arbyn *et al.* (2009) citados por (BRASIL, 2013), para que se tenha uma redução significativa da incidência e da mortalidade

do câncer de colo uterino, é essencial atingir uma alta cobertura da população abrangente. De acordo com o mesmo autor, em países com cobertura acima de 50% do exame citopatológico cérvico uterino no intervalo de três a cinco anos, as taxas foram inferiores a três mortes por ano a cada 100 mil mulheres e, nos países com cobertura acima de 70% esse taxa é igual ou menor que duas mortes a cada 100 mil mulheres.

Para Quinn *et al.* (1999) citados por (BRASIL,2013), a cobertura do rastreamento do câncer cérvico uterino no Reino Unido foi de 42% no ano de 1988, após serem entregues cartas-convite às mulheres, a cobertura aumentou para 85% em 1994. Esse aumento na cobertura foi possível, passando de um rastreamento oportunístico durante o atendimento eventual, para um atendimento organizado. No Brasil não existe, até o momento, um cadastro consistente e universal de base populacional e isso impede o recrutamento de mulheres como acontece no Reino Unido, por exemplo, mas outra possibilidade é o cadastramento de mulheres por cada unidade básica e o controle de seu comparecimento por profissionais da ESF.

O exame deve ser realizado prioritariamente nas mulheres entre 25 a 69 anos, pois a incidência do câncer em mulheres de até 24 anos é muito baixa, tomando como exemplo os dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) entre 2000 a 2009, de um total de 11.729 casos de carcinoma invasor de todos os estágios, 121 deles eram em mulheres com até 24 anos de idade, ou seja, 1,03%. (BRASIL, 2013)

Toda mulher que tem ou teve atividade sexual deve realizar o exame citopatológico do colo do útero periodicamente até os 69 anos de idade, se a mulher apresentar dois resultados anuais seguidos negativo para displasia ou neoplasias ela poderá repetir num intervalo de três anos, exceto para portadoras de HIV que dever realizar anualmente independentemente do resultado. (COELHO; PORTO, 2009)

Para as mulheres que nunca realizaram o exame e tem mais de 64 anos, devem ser realizados dois exames com intervalo de um a três anos, se ambos os resultados forem negativos, essas mulheres podem ser isentadas de exames adicionais. (INCA, 2011)

Considerando os conhecimentos do papel do papiloma vírus humano (HPV) na carcinogênese do câncer cérvico uterino e sendo a infecção viral ocorrida por via sexual, não há indicação para rastreamento nas mulheres sem história de atividade

sexual, pois o risco de desenvolvimento de neoplasias nessas mulheres é desprezível. (BRASIL, 2013)

Estudo realizado em 22 países dos cinco continentes demonstrou a prevalência do HPV em 99,7% dos carcinomas cervicais uterinos, dessa forma, ficou determinado que a infecção pelo HPV é uma causa necessária para que se desenvolva o cancer cérvico uterino. Ainda segundo o autor, o HPV é um vírus de DNA do grupo papovavírus em que existem atualmente mais de 100 tipos reconhecidos, 40 dos quais podem infectar o trato genital inferior e, ainda, de 12 a 18 tipos sendo considerados oncogênicos para o colo uterino. (BRASIL, 2013)

Situações especiais também exigem atenção no rastreamento do câncer cérvico uterino, são elas: as gestantes, as mulheres na pós-menopausa e as hysterectomizadas. Para as gestantes, o rastreamento deve seguir as recomendações da faixa etária que ela se encontra, para as mulheres na pós-menopausa seguir as recomendações para as demais mulheres, as mulheres com hysterectomia total devido a lesões benignas, sem história pregressa de diagnóstico e tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser isentadas do rastreamento com a condição de que apresentem exames anteriores normais e as mulheres com hysterectomia por lesão precursora ou câncer de colo uterino devem ser acompanhadas de acordo com a lesão tratada. (INCA, 2011)

Na realização do exame citopatológico cérvico uterino, primeiramente é introduzido o espécúlo ou bico de pato na vagina e realizando a inspeção visual do colo do útero e do exterior e interior da vagina, a seguir, o profissional promove a escamação da superfície externa do colo do útero com a espátula de Ayre e a escamação da superfície interna do colo do útero com a escova endocervical, as células colhidas são colocadas em uma lâmina de vidro identificada com as iniciais do nome da paciente e com o número do frasco, coloca-se a lâmina em um frasco de plástico numerado contendo álcool para preservar o material recolhido, assim é enviado para análise em laboratório especializado em citopatologia. (BRASIL, 2013)

O material para o exame citopatológico cérvico uterino pode ser coletado pelo profissional enfermeiro ou médico, aproveitando esse momento para também realizar o exame físico das mamas na paciente com o intuito de detectar sinais de alterações celulares. (COELHO; PORTO, 2009)

No que se refere à coleta do exame citopatológico cérvico uterino, é atribuição do enfermeiro e do médico, realizar consulta de enfermagem e médica

respectivamente além de realizar a coleta do material para o exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária. (BRASIL, 2013)

Apesar de comprovada cientificamente à eficácia e eficiência do exame na diminuição da morbimortalidade, sua cobertura ainda é insuficiente devido a vários fatores que influenciam na adesão da mulher ao exame citopatológico. (RODRIGUES NETO; FIGUEIREDO; SIQUEIRA, 2008)

Segundo Rafael e Moura (2010), a decisão de pacientes de aderir a métodos preventivos está baseada em aspectos como vulnerabilidade, gravidade da doença, benefícios e barreiras associadas à ação proposta e a percepção de cada paciente sobre esses aspectos influencia na sua decisão relacionada ao processo saúde/doença.

5.4 Fatores que influenciam na cobertura e adesão do exame citopatológico preventivo do câncer de colo uterino

Um estudo realizado em Rio Branco, AC em 2012, mostrou que as mulheres que pertencem à faixa etária de 25 a 50 anos, casadas ou com união estável, possuem o ensino superior ou mais, trabalham fora de casa, que possuem renda acima de dois salários mínimos e praticam atividade física apresentam maior prevalência para a realização do exame citopatológico cérvico uterino. (BORGES *et al.*, 2012)

Outro estudo realizado no serviço de referência em oncologia ginecológica do Hospital Dílson Godinho no norte de Minas Gerais em 2011 com pacientes diagnosticadas com neoplasia invasora do colo uterino revelou que 33,8% dessas mulheres nunca haviam sido informadas sobre a importância do exame citopatológico cérvico uterino. (GOMES *et al.*, 2011)

Estudo no município de Santo Ângelo/RS em 2007, com 60 mulheres com idade entre de 15 a 60 anos, mostrou que 68% delas relataram estar com o exame citopatológico cérvico uterino em dia embora 32% informaram que não estavam e 7% nem tinham conhecimento sobre o mesmo, ou seja, a maioria estava com o exame em dia. (CASARIN; PICCOLI, 2011)

Uma pesquisa realizada em 2008 na cidade de Montes Claros/MG com mulheres acima de 20 anos revelou que 71,1% das mulheres não realizavam o exame citopatológico cérvico uterino e desse total, 84,4% possuíam até oito anos de

estudo e renda mensal de até 600,00 reais e 87,5% não trabalhavam. (RODRIGUES NETO; FIGUEIREDO; SIQUEIRA, 2008)

Os fatores que levam as mulheres a não realizarem o exame citopatológico cérvico uterino são muitos como, por exemplo, constrangimento, medo, desconhecimento da importância do mesmo na prevenção do câncer, uma forma de impedimento para a mulher cumprir com as “obrigações sexuais” para com o marido e dificuldade para se ausentar de casa. (CASARIN; PICCOLI, 2011)

Rodrigues Neto; Figueiredo e Siqueira, (2008) informam que um dos principais motivos das mulheres não realizarem o exame citopatológico cérvico uterino é o fato de não estarem doentes ou não apresentarem sintomas, além de se sentirem constrangidas, isso mostra a existência de uma cultura fundamentada historicamente no modelo de medicina curativa que encorajavam as pessoas a procurarem cuidados de saúde quando estavam apresentando sintomatologia e não como medida preventiva.

As dificuldades para a realização do exame são divergentes para cada faixa etária, para as mulheres mais jovens que trabalham fora a maior dificuldade é sair do emprego e realizar o controle, pois as empresas não incentivam a prática preventiva, já para as mulheres com idade mais avançada a maior dificuldade está na limitação física, outras dificuldades relatadas por todas as mulheres incluem: vergonha/nervosismo; dor na hora da coleta; distância da unidade e sangramento após a coleta. (FELICIANO *et al.*, 2010)

Enfatizando alguns fatores que influenciam a não realização do exame, Ferreira (2009) afirma que dentre os principais motivos estão o desconhecimento das pacientes sobre a doença, a técnica e a importância do exame, medo durante a realização, medo de receber um resultado positivo para câncer, vergonha e constrangimento, ausência de um modelo adequado de comportamento entre os membros da família e dificuldades de acesso ao serviço.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para realizar educação em saúde com a comunidade que se pretende, é necessário envolver nesse processo de aprendizagem, informações sobre a doença, como evitá-la, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la, não se esquecendo de levar em conta os fatores sociais e ambientais que afetam essa comunidade, a fim de buscar um meio capaz de modificar o comportamento da população criando assim, uma cultura de vida saudável. (PRADO; SILVEIRA, 2010)

Antes de se desenvolver uma proposta de intervenção, é necessário formular estratégias para identificar, descrever e explicar os problemas considerados principais e urgentes em uma comunidade, considerando informações como dados quantitativos, normas, rotinas e a percepção dos envolvidos sobre os problemas analisados e nesse estudo foi realizado um diagnóstico situacional da equipe para conhecer os problemas existentes. (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011)

Problema:

- ✓ Baixa adesão das mulheres da comunidade ao exame preventivo de câncer do colo uterino.

Nós críticos:

- ✓ Indisponibilidade de horário das mulheres para a realização do exame;
- ✓ Desconhecimento das pacientes sobre a gravidade do câncer de colo uterino;
- ✓ Desconhecimento sobre a técnica e a importância do exame por parte das mulheres;
- ✓ Vergonha, constrangimento e medo;
- ✓ Profissionais de saúde não inovam os métodos para atrair as mulheres para a realização do exame;
- ✓ Dificuldade em sair do emprego para realizar o exame, pois as empresas não incentivam a prática;

Possíveis consequências:

- ✓ Redução da qualidade de vida das mulheres afetadas;
- ✓ Aumento da morbidade e mortalidade das mulheres;
- ✓ Aumento dos custos para tratamentos contra o câncer do colo uterino;

Quadro 1 - Plano de ação

Ação	Metas Resultados Produtos esperados	Atividades	Prazo	Responsáveis	Recursos necessários
<p>Desenvolver um grupo operativo (mensal) para as usuárias da equipe sobre saúde da mulher. O grupo terá a duração de aproximadamente 40 minutos a 1 hora. Encontrar-se-á no centro de saúde, a enfermeira, médico e auxiliares de enfermagem da equipe serão os responsáveis em desenvolver as atividades com o grupo de usuárias.</p>	<p>Meta: espera-se que as usuárias consigam aprender mais sobre a importância da saúde da mulher, criando hábitos de vida mais saudáveis. Resultado: Aumentar a adesão das usuárias ao exame preventivo. Produtos: grupo operativo mensal “Clube da Luluzinha”.</p>	<p>Organizar as atividades do grupo: - Dinâmicas; - Apresentações em data show; - vídeos sobre saúde da mulher.</p> <p>Encaixar em um horário disponível para todos da equipe participarem do encontro.</p> <p>Convidar as usuárias para participarem.</p> <p>Executar as atividades do grupo.</p>	<p>15 dias</p> <p>1 dia</p> <p>1 mês</p> <p>1 dia por mês</p>	<p>. Enfermeira, médico e auxiliares de enfermagem da equipe.</p> <p>Enfermeira da equipe.</p> <p>ACS's da equipe.</p> <p>Enfermeira, médico e auxiliares de enfermagem da equipe.</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre saúde da mulher e estratégias pedagógicas para atrair as mulheres; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, materiais de escritório e brindes para as usuárias. Materiais: sala para o encontro, cadeiras, mesa, televisão, retroprojektor, materiais didáticos e materiais de escritório (caneta, papel, tesoura, cola).</p>
<p>Organizar a agenda da equipe para fornecer</p>	<p>Meta: espera-se que com a reorganização da</p>	<p>Organizar a agenda eletrônica da enfermeira e do médico de</p>			<p>Organizacional: organização das agendas; Financeiro:</p>

<p>consultas de preventivo em horários diversos.</p>	<p>agenda ocorra à disponibilização de horários variados para consultas de preventivo. Resultado: Aumentar a adesão das usuárias ao exame preventivo em 35%. Produtos: agenda da equipe com mais vagas e horários variados para consultas de preventivo.</p>	<p>forma que fiquem disponíveis horários diversos para as consultas de preventivo. Organizar uma agenda de papel para a enfermeira e outra para o médico.</p>	<p>1 semana para reorganizar as agendas.</p>	<p>Médico e enfermeira da equipe.</p>	<p>para aquisição de duas agendas de papel. Materiais: duas agendas de papel e agenda eletrônica.</p>
<p>Desenvolver um dia voltado à mulher durante um sábado (a cada três meses) para várias atividades ligadas a saúde da mulher.</p>	<p>Meta: espera-se que as usuárias tenham uma oportunidade e a mais de aprender sobre a importância da saúde da mulher e de realizar o exame preventivo. Resultado: Aumentar a adesão das usuárias ao exame preventivo em 35%.</p>	<p>Organizar uma “mesa redonda” para levantar os principais questionamentos das usuárias em relação à saúde da mulher (entre 40 minutos à 1 hora de duração). Mutirão do preventivo: duas salas preparadas para o</p>	<p>7 dias para organizar e 1 dia para realizar com as usuárias. 1 dia</p>	<p>Enfermeira, médico e auxiliares de enfermagem da equipe. Enfermeira e médico da equipe</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre saúde da mulher e estratégias pedagógicas para atrair as mulheres; Financeiro: para aquisição de materiais de escritório e brindes para as usuárias. Materiais: sala para o encontro, cadeiras, mesa, papel e caneta.</p>

	Produtos: O “dia da mulher” durante um sábado (a cada três meses).	médico e a enfermeira da equipe atender as usuárias nas consultas de preventivo			
--	--	---	--	--	--

O acompanhamento e avaliação dos resultados das ações serão realizados através da observação dos indicadores finais da equipe contidos em arquivos eletrônicos do município, analisando os dados, além de ser observada também a participação das mulheres nas atividades, ouvindo suas opiniões à respeito do andamento das ações, podendo ser feita adaptações caso os resultados não estejam dentro do esperado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo permitiu conhecer alguns dos muitos fatores que dificultam as mulheres a aderir à realização do exame preventivo do colo uterino, com isso, foi possível identificar vários mecanismos que podem auxiliar a aumentar a cobertura e conseqüentemente a adesão dessas mulheres ao exame.

Observou-se que várias mulheres podem apresentar uma cultura embasada historicamente na medicina curativa e não realizam o exame por não apresentar sinais e sintomas, outras ainda possuem esse hábito por terem na família mulheres que também não realizam o exame, ou seja, falta um modelo familiar que possua bons hábitos de vida em relação a atividades de prevenção, isso dificulta o trabalho da equipe de promover a saúde e prevenir agravos, pois mudança de hábitos de vida requer paciência e persistência podendo ter resultados somente em longo prazo.

Esta investigação mostrou que é importante valorizar todas as etapas do processo da realização do exame, desde antes da coleta, passando a informação correta e sanando as dúvidas das pacientes, durante a coleta conversando com as mulheres com o objetivo de diminuir o medo e o constrangimento que muitas vezes elas sofrem e por fim, na entrega do resultado, pois é essencial que os profissionais passem segurança para as pacientes.

Por meio do diagnóstico situacional obteve-se uma lista dos principais problemas enfrentados pela equipe, suas causas e conseqüências, assim, pode-se elaborar um projeto de intervenção com ações direcionadas para os nós críticos encontrados, alcançando assim o objetivo principal do estudo.

Em uma realidade onde existe uma infinidade de questões complexas e problemas de várias naturezas, o planejamento deve contar com a participação e organização de todos os atores sociais envolvidos, tanto dos profissionais como também da comunidade que deve buscar exercer sua cidadania.

Salienta-se que é indispensável que os profissionais de saúde ampliem e aprimorem seu conhecimento científico sobre o câncer de colo cérvico uterino e o seu rastreamento e também é necessário que as instituições se preocupem e invistam na capacitação contínua dos profissionais de saúde envolvidos no processo, pois isso resultará em pessoal devidamente treinado para atender de forma eficaz as usuárias de suas equipes, gerando assim um exame qualificado, o

que refletirá na diminuição da morbidade e mortalidade por causa do o câncer de colo cérvico uterino.

Para que ocorra o aumento da cobertura e adesão das usuárias na realização do exame, é necessário que se realize um rastreamento das mulheres que nunca realizaram o exame, sem esquecer-se de levar em conta a individualidade, intimidade, privacidade e o direito que cada mulher possui de conhecer sobre o procedimento que irá realizar e todos os aspectos envolvidos.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.** Oficina Social Nº 3: Desenvolvimento Social: COPPE/UFRJ, 25p. 2000.

BORGES, M. F. S. O. et al. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não realização do exame. **Caderno de Saúde Pública** [online]., v.28, n.6, p. 1156-1166, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.(Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. v.16, n.9, p. 3925-3932, 2011.

CECHINEL, C.; CAMINHA, M. E. P. **Planejamento estratégico situacional na Estratégia de Saúde da Família: vivência teórico-prática.** Congresso Sul-Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade. Florianópolis, 2012 Abril; 1(1): 131.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 118p.

ESCOREL, S., et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v.21, n.2-3, p. 164-176, 2007.

FELICIANO, C. et al. Câncer de Colo Uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. **Revista de enfermagem UERJ.** v....., n.....p. 75 - 79. 2010.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem.** v....., n....., p. 378-384. 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 175 p.

GOMES, C. H. R. et al. Câncer Cervicouterino: Correlação entre Diagnóstico e Realização Prévia de Exame Preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.58, n.1, p.41-45, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. 104p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica – Rio de Janeiro: INCA, 2011. 14p.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. O Planejamento Estratégico Situacional no Ensino da Gestão em Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**. v.. 20, n.1, p. 184-193, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010. 312 p.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFCS/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002, 39p.

PARADA, R., et al. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer. **Rev. APS**. v. 11, n. 2, p. 199-206,2008.

PRADO, M. R. M. C.; SILVEIRA, C. L. P. Atenção Primária à Saúde da Mulher: um enfoque educativo-preventivo no combate ao câncer de colo de útero. **Revista de enfermagem UFPE**. p. 1417- 1425. 2010.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Barreiras na realização da colpocitologia oncológica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.26, n.5, p. 1045-1050, 2010.

RODRIGUES NETO J. F.; FIGUEIREDO M. F. S.; SIQUEIRA L. G. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v.10, n.3, p. 610-21, 2008.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.18, n.1, p. 221-232, 2013.