

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
ALÍZIA GRAZIELA SILVA CARVALHO**

**PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.**

FORMIGA/MINAS GERAIS

2010

ALÍZIA GRAZIELA SILVA CARVALHO

**PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.**

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

Orientadora: Maria José Cabral Grillo

FORMIGA/MINAS GERAIS

2010

Carvalho, Alízia Graziela Silva.

Prevenção do Câncer Cérvico uterino: uma proposta de intervenção/ Alízia Graziela Silva Carvalho. – Formiga, - MG, 2010.

36f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

1. Proposta de Intervenção. 2. Exame preventivo.
I. Título.

UFMG / MG

ALÍZIA GRAZIELA SILVA CARVALHO

**PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
da Universidade federal de Minas Gerais,
para obtenção de certificado de especialista.

Orientadora: Maria José Cabral Grillo

Banca Examinadora

Prof^a. Maria José Cabral Grillo (ORIENTADORA)

UFMG

Prof^a. Dr^a Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

UFMG

Aprovada em Belo Horizonte 13 de julho de 2010

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, pela oportunidade e privilégio de freqüentar este curso, compartilhar tamanha experiência e de perceber que o limite do nosso conhecimento pessoal depende apenas do quanto estamos dispostos a investir em nós mesmos.

Ao tutor Bruno Senna, pelos conhecimentos transmitidos em aulas à distância e presenciais, em todo momento, com paciência e motivação.

À orientadora Maria José Cabral Grillo, pelo incentivo, presteza no auxílio às atividades e discussões sobre o andamento e normalização deste trabalho.

Aos demais idealizadores, coordenadores e funcionários da Universidade Federal de Minas Gerais.

Aos colegas de classe, pela troca de informações e materiais numa demonstração de amizade e união.

À minha família, parceiros pacientes em relação a minha ausência.

Que este trabalho enalteça não somente um grupo e, sim, a todos aqueles que vivem e convivem conosco.

MULHER, o belo sexo. Não precisa usar gravata e pode sentar de pernas cruzadas. Exercendo profissões predominantemente masculinas é pioneira. Possui um cérebro que dá conta do mesmo serviço com seis bilhões de neurônios a menos, ou seja, possui os neurônios mais eficientes. É capaz de prestar atenção em várias coisas ao mesmo tempo. Mulher de presidente é primeira-dama; marido de presidenta é um zero à esquerda, mesmo que seja da direita. Se casar com o herdeiro do trono, será rainha; se um homem casar com a herdeira do trono, será o marido da rainha. É a estrela no casamento, é carregada na noite de núpcias, é ela que decide quanto à reprodução, que sente o bebê mexendo, que amamenta. Exame ginecológico é mais agradável que exame de próstata. É mais resistente à dor e a infecções, tem menos problemas cardíacos, mesmo sendo o ser mais sensível. Tem um Dia Internacional e, por último, faz tudo que um homem faz, e de salto alto! É o ser MAIS MARAVILHOSO... sem sombra de dúvidas.

(autor desconhecido)

RESUMO

O exame ginecológico preventivo - Papanicolaou, criado em 1940, é considerado pelo Ministério da Saúde, a principal estratégia para a detecção precoce do câncer de colo uterino. No Brasil, esse câncer é considerado o segundo entre os tumores ginecológicos malignos e o terceiro mais comum na população feminina. Desde 1998 o Ministério da Saúde preconizou por meio do Instituto Nacional do Câncer que, no Brasil, o exame colpocitopatológico deveria ser realizado uma vez por ano em mulheres que já tenham iniciado atividade sexual e a cada três anos após dois exames anuais consecutivos negativos. Porém, ainda é baixo o número de mulheres que realizam o preventivo anualmente. Estimativas mostram que aproximadamente 40% das mulheres brasileiras nunca foram submetidas ao exame preventivo de Papanicolaou. Considerando esta realidade, que não é diferente no PSF Frei Paulo, na cidade de Nova Serrana MG, este trabalho teve como objetivo aprofundar conhecimentos sobre esta realidade e propor estratégias para melhorar a adesão ao exame preventivo. A aproximação com a realidade ocorreu no período de março a maio de 2010, por meio de leitura e análise de documentos institucionais; observação da produção do serviço de prevenção de câncer e diálogo com a equipe do PSF Frei Paulo. Foi evidenciado que, para melhorar a adesão ao exame preventivo, é fundamental que os profissionais envolvidos compreendam que a redução da mortalidade e da incidência por câncer de colo de útero só é possível através da promoção da saúde e detecção precoce dos casos de lesões precursoras com alto potencial de malignidade. É preciso, também, que entendam a importância da oferta de programas de rastreamentos bem estruturados e que a equipe de saúde esteja preparada para promover a conscientização às mulheres sobre a importância da realização do exame preventivo melhorando, assim, a adesão ao programa preventivo e diminuindo consideravelmente a alta incidência. Assim, justifica-se uma proposta de intervenção que considere o envolvimento e compromisso dos diversos atores/atrizes responsáveis por essa prática, principalmente a equipe do PSF Frei Paulo, diretamente envolvida.

PALAVRAS-CHAVE: Proposta de intervenção, exame preventivo, câncer de colo de útero.

ABSTRACT

The preventive gynecological exam – Pap smear, created in 1940, is considered by the Ministry of Health, the main strategy for early detection of cervical cancer. In Brazil, this cancer is the second among gynecologic malignant tumors and the third most common among females. Since 1998, the Ministry of Health advised by the National Cancer Institute (INCA) that, in Brazil, the colposcopic exam should be done once a year in women who have already begun sexual activity and every three years after two consecutive annual negative tests. However, it is still low the number of women who take the preventive examination annually. Estimates show that about 40% of Brazilian women never underwent the Pap test. Given this reality, not different in the Frei Paulo Family Health Program, in the city of Nova Serrana, Minas Gerais State, this study aimed to enhance the knowledge on this reality and propose strategies to improve adherence to the preventive gynecological exam. The approach to the reality occurred in the period from March to May 2010, through the reading and analysis of institutional documents, observation of the development of the cancer prevention service and dialogue with the Frei Paulo Family Health Program's team. It was shown that to improve adherence to Pap smear, it is critical that the involved professionals understand that the reduction of mortality and incidence of cervical cancer is only possible through the promotion of health and early detection of cases of high-malignancy potential precursor lesions. It's also necessary that they understand the importance of offering well structured screening programs and that the health team be prepared to promote women's awareness of the importance of taking the Pap test, improving, thus, adherence to the preventive program and decreasing considerably the high incidence rates. Therefore, it is justified an intervention proposal that considers the involvement and commitment of the several actors/actresses responsible for this practice, especially the Frei Paulo Family Health Program's team, directly involved.

KEYWORDS: Intervention proposal, preventive examination, cervical cancer

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2. CENÁRIO DA INTERVENÇÃO | 11 |
| 3. OBJETIVO GERAL..... | 13 |
| 4. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 14 |
| 5. TRAJETÓRIA METODOLOGICA..... | 17 |
| 6. ANÁLISE DOS DADOS | 19 |
| 7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 21 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| REFERENCIAS | 33 |

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de colo de útero é o segundo entre os tumores ginecológicos malignos e o terceiro mais comum na população feminina (CÉSAR *et al.*, 2003) e o terceiro mais comum em mulheres brasileiras, superado apenas pelo câncer de pele (não-melanoma) e câncer de mama (BRASIL, 2005).

Para responder à necessidade de intervenções efetivas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Viva Mulher, em 1997, que consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero e de mama. Portanto, o Programa Viva Mulher foi criado por meio do Instituto Nacional do Câncer, órgão do Ministério da Saúde (INCA/MS), em decorrência do grave quadro epidemiológico brasileiro em relação à doença e, também, incentivado pela Conferência Mundial das Mulheres, ocorrida na China, em 1995 (BRASIL, 2005).

O Programa é constituído de cinco etapas fundamentais: recrutamento da população-alvo, coleta do material para o exame de Papanicolaou, processamento laboratorial do material, tratamento dos casos diagnosticados e avaliação (MORAES, 1997).

O exame Papanicolaou (ou exame ginecológico preventivo), criado em 1940 por Doutor Georgios Papanicolaou, é considerado um sucesso por ser simples, seguro e pelo seu alto poder de detecção de doenças que acometem o colo do útero antes do desenvolvimento do câncer (RAMOS, 2007). Por esse motivo, o exame tem reduzido as mortes por câncer de colo de útero em 70% sendo considerado, pelo INCA/MS, como a principal estratégia utilizada para a detecção do câncer do colo uterino (BRASIL, 2006).

Segundo Diógenes *et al.* (2001) o exame é realizado no momento de uma consulta ginecológica, momento este em que são identificados aspectos da vida e saúde, inspeção dos órgãos genitais externos, orientações quanto à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTS) e para o câncer de mama.

Em 1988 o Ministério da Saúde brasileiro definiu que o exame Papanicolaou deve ser realizado em mulheres de 25 a 59 anos ou em mulheres que já iniciaram a

atividade sexual. O rastreamento deve ser realizado uma vez ao ano e, após 2 exames consecutivos normais, a cada 3 anos (FLORIANO *et al.*, 2007).

Porém, ainda é baixo o número de mulheres que realizam o preventivo anualmente. Segundo Ramos *et al.* (2006), estimativas mostram que aproximadamente 40% das mulheres brasileiras nunca foram submetidas ao exame preventivo de Papanicolaou. Revelam ainda que, segundo estudos do Ministério da Saúde, apenas cerca de 7,7% das mulheres brasileiras são cobertas regularmente por programas governamentais de prevenção e controle do câncer pela realização do exame colpocitológico.

Na área de abrangência da equipe de Saúde da Família da qual faço parte, no PSF Frei Paulo, está realidade não é diferente. Em conversa com a equipe, foi levantado o seguinte problema: a baixa adesão das mulheres ao exame preventivo Papanicolaou. Consultando a coordenação dos PSFs de Nova Serrana, Município do Estado de Minas Gerais, ficamos sabendo que o problema é ainda maior, pois o município não consegue atingir a meta pactuada no Programa Saúde em Casa (programa de reorganização da Atenção Básica proposto pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais).

Para reverter este quadro é fundamental que os profissionais envolvidos compreendam que a redução da mortalidade e da incidência por câncer de colo de útero só é possível através da promoção da saúde e detecção precoce dos casos de lesões precursoras com alto potencial de malignidade. É preciso, também que entendam a importância da oferta de programas de rastreamentos bem estruturados. Por último, mas tão importante quanto os aspectos anteriores, torna-se necessário que a equipe de saúde esteja preparada para promover a conscientização às mulheres sobre a importância da realização do exame preventivo melhorando, assim, a adesão ao programa preventivo e diminuindo consideravelmente a alta incidência.

2. CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

Segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) a cidade de Nova Serrana, município do Estado de Minas Gerais, está situada a 133 km da capital mineira, no centro-oeste do Estado, com cerca de 60.000 habitantes.

O município possui projeção de um grande crescimento (8% ao ano) e, por ser localizada às margens da BR- 262, recebe uma grande massa de trabalhadores visitantes e comerciantes. A principal atividade econômica é a indústria de calçados, o que coloca a cidade em terceiro lugar na produção nacional, sendo considerada a capital mineira do calçado e a capital nacional do calçado esportivo.

O PSF Frei Paulo foi implantado em 2000, no bairro com o mesmo nome, e possui, aproximadamente, 1.050 famílias cadastradas, totalizando 4.050 pessoas divididas em 08 micro-áreas. O PSF é formado por uma equipe harmônica de Saúde da Família, composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, 8 agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de limpeza e uma equipe de Saúde Bucal, com uma dentista e uma técnica em higiene dental (THD). Conta, ainda, com o apoio de um Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF), composto por um fisioterapeuta, uma assistente social, duas psicólogas, um terapeuta ocupacional, uma nutricionista e duas fonoaudióloga.

A unidade de saúde segue as normas do manual da saúde da mulher do ministério da saúde, porém não possui protocolo de rotinas para a realização do exame preventivo.

Ao discutir o resultado do programa de prevenção de câncer de colo uterino com a equipe, analisamos nossos resultados tendo como referência os seguintes fatores: cobertura efetiva da população de risco, qualidade na coleta e interpretação do material, tratamento e acompanhamento adequado. A conclusão da equipe foi que não temos problemas com qualidade na coleta, interpretação de material tratamento e acompanhamento, porém, não temos cobertura efetiva na população de risco.

A equipe reconhece que o número de mulheres faltosas à coleta do exame é grande, ou seja, cerca de 50% das mulheres faltam e não avisam antes, gerando

uma lista de espera que não acaba nunca. Conseqüentemente, como mencionado anteriormente, a baixa adesão das mulheres ao exame preventivo Papanicolaou foi apontada como um nó crítico.

As mulheres são agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a realização da coleta que fazemos duas vezes por semana; cada agente pode marcar três mulheres na segunda-feira a partir de doze horas e trinta minutos e uma na terça-feira às dezessete horas, horário disponibilizado para mulheres que trabalham durante o dia. Dispomos de uma sala específica para o atendimento e material para a coleta, que é realizada por uma enfermeira.

O acompanhamento ocorre por meio de visitas domiciliares sistemáticas; quando os resultados dos exames chegam à unidade, cada ACS recebe aqueles que são das mulheres de sua microárea e faz a entrega. Nessa oportunidade, agendam o retorno da usuária que possui resultado alterado. Junto com o resultado do exame que detectou lesões precursoras de média e alta complexidade é entregue o encaminhamento - consulta agendada - para o Centro de Referência à Mulher de Nova Serrana.

As atividades educativas dirigidas às mulheres enfocando a promoção da Saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce são realizadas com pouca freqüência, em sala de espera, ou em grupos agendados, com baixa participação.

A participação do Conselho Municipal de Saúde na definição dos serviços produzidos ainda é tímida. Essa postura, provavelmente, está relacionada com a incompreensão dos usuários quanto aos direitos de cidadania.

3. OBJETIVO GERAL

Propor estratégias para aumentar a cobertura das mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos pelo programa de prevenção de câncer de colo uterino do PSF Frei Paulo, do município de Nova Serrana- MG.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer de colo do útero é definido como um crescimento desordenado de células invasoras que podem espalhar-se e que tende a ser agressivo e incontrolável, determinando a formação de um tumor que, além de ser dispendioso para a sociedade, traz consigo um alto custo emocional.

A doença se manifesta com alterações celulares que têm uma progressão gradativa e é por este motivo que é uma doença curável, desde que descoberta no seu estado precoce. Inicialmente, o câncer de colo uterino não produz sintomas. Quando os sintomas, como secreção vaginal, sangramento irregular ou sangramento após a relação sexual ou dor, ocorrem, a doença pode estar avançada, invadindo os tecidos de fora do colo, incluindo glândulas linfáticas anteriores ao sacro (BRUNNER e SUDDARTH, 2002).

Segundo Greenwood *et al.* (2006) os fatores de risco para esse tipo de câncer são bem conhecidos: início precoce de atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, desnutrição, infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), fatores ambientais e os hábitos de vida, tais como baixa condição socioeconômica, vício de fumar (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados), maus hábitos de higiene e o uso prolongado de contraceptivos orais.

Considerando os dados epidemiológicos relacionados à doença, o câncer de colo do útero configura-se nacionalmente como um problema de saúde pública (MORAES, 1997; BRASIL, 2002). Cesar *et al.* (2003), citando dados do INCA/MS, afirmam que o câncer de o colo uterino é o segundo entre os tumores ginecológicos malignos, considerado pelo idealizadores do Programa Viva Mulher como a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres brasileiras, sendo superado pelo câncer de pele e pelo câncer de mama.

A maior incidência de câncer de colo uterino, segundo Floriano *et al.* (2007 *apud* Ayoub *et al.* 2000), ocorre entre 40 e 50 anos, sendo pouco freqüente em mulheres com menos de 25 anos, e sofre um declínio de incidência em mulheres com mais de 60 anos de idade. A incidência da neoplasia intra-epitelial cervical (NIC III) após os 20 anos de idade, mantendo-se alta até os 50 anos, sendo que a maioria das mulheres que têm câncer de colo uterino na sua fase inicial (*in situ*) tem entre 25

e 30 anos. Porém, no carcinoma invasor ocorre aumento na sua incidência a partir dos 30, anos com novo pico aos 60 anos. A chance de morrer de câncer de colo de útero também aumenta com a idade, sendo que as metades das mulheres que morrem desse tipo de câncer têm mais de 65 anos (FLORIANO *et al.*, 2007 *apud* AYUOB *et al.*, 2000; BRASIL, 2001; OTTO, 2002; KARAM *et al.*, 1996).

O câncer de colo de útero é uma relevante causa de morte no Brasil, mesmo sendo, na maioria dos casos, passível de prevenção por intermédio do exame Papanicolaou ou colpocitopatológico (LEAL *et al.*, 2003; RESENDE, 2006; RAMOS *et al.*, 2006).

De acordo com a Wikipédia Foundation - enciclopédia livre (2006), o exame ginecológico preventivo ou exame de Papanicolaou foi criado em 1940 pelo Doutor Georgios Papanicolaou, médico grego, nascido na ilha da Eubéia, considerado pioneiro no estudo da citologia e na detecção precoce do câncer. A partir 1943, quando o exame passou a ser utilizado, o câncer de colo de útero pôde ser evitado. O exame consta de análise de alterações celulares das regiões da cérvix e vagina quanto à presença de qualquer doença que afete a região, além das alterações apresentadas nas fases do ciclo menstrual.

O exame de Papanicolaou é um dos exames mais importantes para a saúde da mulher (RAMOS *et al.*, 2006; RAMOS, 2007). É um exame simples e seguro, sendo que sua realização periódica contribui para reduzir em até 70% a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco, pelo seu alto poder de detecção de doenças que ocorrem no colo do útero, antes do desenvolvimento do câncer.

O exame não é somente uma maneira de diagnosticar a doença, atua na prevenção, ou seja, determina o risco de uma mulher vir a desenvolver o câncer (RAMOS *et al.*, 2006) e é considerado por Bento (2005) a principal estratégia utilizada para a detecção do câncer do colo uterino.

O exame de Papanicolaou realizado entre 35 e 59 anos de idade tem se mostrado 30 vezes mais efetivo para detectar lesões cervicais destinadas a se tornarem invasivas do que se realizado aos 20 anos de idade e 10 vezes mais efetivo do que quando realizado aos 25 anos de idade (PINHO, 2003).

Atualmente, quando o exame é realizado de maneira correta, seguindo todos os passos, possibilita assistir a mulher por meio de uma visão holística. Para que isso aconteça, é necessária a realização uma consulta ginecológica, que inclui o exame de Papanicolaou (DIÓGENES *et al.*, 2001).

No contexto do Programa Viva Mulher, a consulta ginecológica é considerada uma das melhores estratégias na prevenção do câncer de colo uterino e câncer de mama (BRASIL, 2005). De acordo com Bento (2005), a consulta ginecológica é realizada nos postos de saúde ou unidades de saúde, que tenham profissionais capacitados para a realização de todas as etapas que envolvem a consulta.

Para Floriano *et al.* (2007), a enfermagem tem papel fundamental nesse processo, prestando assistência, informando e tranquilizando o paciente, principalmente durante a consulta ginecológica.

Diógenes *et al.*, 2001 registram que a consulta de enfermagem encontra-se regulamentada na lei nº 7.498/86 do Exercício Profissional de Enfermagem, bem como no Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a referida Lei, e na resolução nº 159/93 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), assegurando as ações do Enfermeiro voltadas para a prevenção e controle do câncer .

O profissional, ao realizar a consulta ginecológica de forma adequada, assiste a mulher como um todo e, com diálogo, tenta criar uma condição favorável para o exame, esclarecendo tabus, preconceito e mitos. Este momento de diálogo proporciona uma maior empatia, diminuindo a ansiedade, timidez e vergonha, que, na maioria das vezes, existem (GURGEL *et al.*, 2006).

Se as mulheres compreenderem a importância do exame ginecológico preventivo para a sua saúde e este não for considerado simplesmente como um exame desconfortável e embaraçoso, as taxas de detecção precoce melhorariam indubitavelmente e vidas seriam salvas (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

Para Pinho (2003 *apud* Ferreira, 2007) o comportamento voltado para a saúde necessita de uma ação educativa que tenha as mulheres como foco e é importante que os profissionais conheçam a opinião dessas mulheres para que a atuação seja efetiva. Estratégias articuladas, voltadas para a educação em saúde e para a redução dos agravos à saúde da mulher devem ser traçadas, considerando que o comportamento é dependente das crenças, da posição sociocultural, política e econômica das mulheres, como também da disponibilidade e do acesso aos serviços de saúde que oferecem as atividades de prevenção.

5. TRAJETÓRIA METODOLOGICA

Para elaborar uma proposta que fosse o mais coerente possível com a realidade das mulheres da área de abrangência foram utilizadas duas estratégias para levantamento de dados. Uma das estratégias teve como foco o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com autorização do gestor Municipal de Saúde de Nova Serrana – MG, e apoio da coordenadora do Programa Saúde da Família de Nova Serrana. O SIAB é alimentado com os dados da Ficha A, utilizada para cadastramento das famílias da área de abrangência de uma equipe. Neste Banco de Dados foi feito o levantamento do número de mulheres com idade entre 25 e 59 anos que estão cadastradas na Unidade. Como o Sistema precisa ser atualizado diariamente, o mês de abril foi definido como mês de referência para o levantamento dos dados.

Como segunda estratégia, e para uma estimativa rápida do problema objeto deste trabalho, isto é, a baixa adesão ao programa de prevenção, foram analisadas as agendas da unidade e dos agentes comunitários de saúde, para identificação do número de faltosas. Nesta análise a referência foram os últimos 6 meses (de novembro de 2009 a abril de 2010).

Considerando que os ACS têm uma relação mais direta, cotidiana e domiciliar com os usuários do serviço, eles foram considerados informantes-chave para levantamento dos prováveis motivos do não comparecimento das mulheres agendadas para as consultas e, conseqüentemente, para a coleta de material para o exame.

Os ACS possuem um caderno que funciona como uma agenda de marcação do exame preventivo. O exame é agendado com a usuária quando o ACS a visita em seu domicílio. Ao chegar à Unidade, o Agente transcreve a marcação do exame na agenda que fica na recepção. Também é neste caderno que o ACS faz o controle das usuárias que estão na lista de espera, das usuárias que vão à Unidade realizar o exame e, quando a mulher falta, ele registra o motivo da falta e orienta à usuária que ela voltará para a lista de espera.

Este caderno, junto com as agendas da recepção, foi utilizado para levantar o número de faltosas e os motivos da falta nos últimos 6 meses. Cada agente fez o

levantamento de sua microárea e, assim, identificamos o numero de faltosas e os motivos que alegaram.

6. ANÁLISE DOS DADOS

No mês de abril, o PSF Frei Paulo possuía 1.110 mulheres com idade entre 25 a 59 anos cadastradas no SIAB. Isto significa 51,8% do total da população do sexo feminino, da área de abrangência da Unidade cadastrada no SIAB.

A análise dos dados de marcação de consultas para o exame preventivo, coletados conforme já descrito, mostrou que foram agendadas 498 consultas com foco no exame preventivo de câncer de colo uterino, portanto 83 consultas por mês. Das mulheres agendadas, apenas 228 (45,78%) compareceram à consulta nos últimos 6 (seis) meses, quando foi realizada a coleta de material para exame, resultando em uma média de 38 consultas por mês.

Uma análise simples destes dados indica que o número de exames disponibilizados por mês não respondem ao número de mulheres que devem ser acompanhadas. Ou seja, seriam necessários 13,37 meses para atender a todas as mulheres que estão na faixa etária preconizada, considerando a média mensal de consultas agendadas (83 consultas/mês).

Contudo, o Ministério da Saúde recomenda que, após dois anos consecutivos de coleta e dois exames com resultados negativos para displasia ou neoplasia, o exame pode ser repetido a intervalos de três anos (BRASIL, 2002; COELHO; PORTO, 2009), exceto em mulheres portadoras do vírus HIV (COELHO e PORTO, 2009). Mas para que isto possa ser feito, é preciso que seja estabelecido um controle, registrando os resultados dos exames para cada mulher em local de fácil acesso para todos os membros da equipe. De acordo com Coelho e Porto (2009, p. 71) “para o controle das datas de retorno das usuárias, é importante organizar um arquivo rotativo, com uma ficha espelho que contenha dados básicos em relação à anamnese e ao exame clínico das mamas e da genitália”.

Por outro lado, considerando o número reduzido de comparecimento à consulta, em uma proposta de intervenção que tenha como meta aumentar o número de atendimentos, seria possível dobrar este número, considerando a capacidade de atendimento da equipe. Isto significa dizer que a oferta de consultas em número menor que o número de mulheres na faixa etária indicada não se coloca

como problema para a equipe neste momento, apesar de ser um sério problema para as mulheres o fato de não serem monitoradas.

Em relação aos dados qualitativos levantados junto aos ACS, um relato comum é o de que a maioria das mulheres não avisa, com antecedência, que não poderá comparecer à consulta, o que prejudica a possibilidade de sua substituição. Conseqüentemente, a lista de espera não acaba nunca. Relatam, ainda, que as justificativas de ausência mais freqüentes são: esquecimento da data agendada e ocorrência de menstruação no dia do exame. Para Coelho e Porto (2009) a organização do arquivo rotativo também é indicada para que os agentes comunitários de saúde façam a busca ativa em caso de esquecimento do dia aprazado, por parte das mulheres.

Em relação às mulheres que nunca realizaram o exame, de acordo com as ACS, o motivo de ausência mais comum tem relação com o exame propriamente dito, ou seja, falta de coragem ou vergonha de realizá-lo. Ainda em relação a estas mulheres, um fator agravante é que alguns ACSs relataram dificuldades para orientar as mulheres da importância do exame preventivo. Talvez, para estas mulheres que nunca fizeram o exame, a visita domiciliar realizada pelo enfermeiro tivesse um efeito mais positivo, pelo estabelecimento de um vínculo de confiança a partir do domicílio.

Um fato importante, apontado pelos ACSs, e que ainda não havia sido percebido pelos demais profissionais da Unidade é a incompatibilidade entre o horário do atendimento iniciado às doze e trinta horas, nas segundas-feiras, e o horário de trabalho das usuárias e a dificuldade que têm de justificar ausência no serviço. Isto é, a maioria das mulheres de Nova Serrana está inserida no mercado de trabalho e, mesmo levando declaração de comparecimento à Unidade Básica de Saúde, muitas empresas não aceitam, descontando o dia não trabalhado ou, então, cortam gratificações ou cesta básica. Por outro lado, o horário de dezessete horas oferecido pela Unidade não comporta o atendimento de todas que se encontram nesta situação.

A análise dos dados, portanto, permite afirmar que há uma demanda reprimida ao mesmo tempo em que mulheres que, provavelmente, não precisariam repetir o exame, anualmente, estão repetindo.

7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após organização de todos os dados coletados, foram realizadas reuniões com os profissionais que atuam na Unidade para discuti-los, elencar os problemas e propor soluções. Depois, foi realizada uma reunião com a coordenação dos PSFs para apresentar os problemas encontrados e as propostas de intervenção que poderiam ser executadas para minimizá-los ou resolvê-los, buscando seu apoio para a implantação dessas propostas.

Além da reflexão sobre os dados coletados, as reuniões foram importantes, também, como fontes de dados complementares que contribuíram para caracterização do problema tais como: desconhecimento, por parte da equipe, de todas as mulheres na faixa etária pesquisada; as ACS relatam dificuldade para fazer abordagens pedagogicamente adequadas sobre a importância da realização do exame.

Entre os resultados deste processo identificamos os seguintes problemas que podem estar relacionados com a baixa adesão das mulheres ao exame preventivo Papanicolaou.

- a equipe não conhece todas as mulheres de suas microáreas na faixa etária de 25 a 59 anos e, portanto, não sabe como está a cobertura do atual programa preventivo;
- a Unidade de Saúde não possui protocolo para a realização do exame preventivo;
- as atividades educativas dirigidas às mulheres enfocando a promoção da Saúde, prevenção de doenças e diagnósticos precoce, são realizadas com pouca frequência, em sala de espera, ou em grupos agendados, com baixa participação (a equipe do PSF Frei Paulo não tem programas educativos voltados efetivamente à saúde da mulher);
- falta de controle, com registro dos resultados dos exames para cada mulher em local de fácil acesso para todos os membros da equipe, preservando o sigilo (arquivo rotativo), possibilitando agenda anual ou de 3/3 anos, conforme a necessidade;

- mulheres não avisam, com antecedência, que não poderão comparecer à consulta, o que prejudica a possibilidade de sua substituição;
- há uma demanda reprimida, ao mesmo tempo em que mulheres que, provavelmente, não precisariam repetir o exame anualmente, o estão fazendo.
- nem todos os ACS do PSF Frei Paulo sabem ou utilizam ferramentas pedagógicas adequadas para orientar as mulheres da importância do exame preventivo;
- a incompatibilidade entre o horário do atendimento iniciado às doze e trinta horas, nas segundas-feiras, e o horário de trabalho das usuárias;
- dificuldade que as usuárias têm de justificar ausência no serviço. (mesmo levando declaração de comparecimento à Unidade Básica de Saúde correm o risco de desconto do dia não trabalhado ou corte de gratificações ou cesta básica.
- o horário de dezessete horas oferecido pela Unidade não comporta o atendimento de todas que se encontram nesta situação;
- as empresas de Nova Serrana, não são parceiras da secretaria de saúde em relação à saúde da mulher;
- a participação do Conselho Municipal de Saúde na definição dos serviços produzidos ainda é tímida;
- incompreensão dos usuários quanto aos direitos de cidadania.

Tendo como referência os problemas identificados e analisados, foi elaborada a proposta de intervenção apresentada a seguir, tendo como objetivo geral: reorganizar o programa de prevenção de câncer de colo uterino na perspectiva de aumentar a cobertura das mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos. Para tanto, foram estabelecidas as seguintes metas:

- 1 – identificar, nominalmente, todas as mulheres na faixa etária entre 25 a 59 anos moradoras na área de abrangência do PSF Frei Paulo em 02 meses.
- 2 – implantar um protocolo de atenção à mulher na prevenção do câncer do colo uterino incluindo arquivo rotativo (para controle dos exames realizados, mensalmente, possibilitando agendamento de retorno com um ano ou 03

anos, conforme o resultado do exame), programa educativo e horários alternativos de atendimento, em 01 ano.

- 3 – desenvolver um programa de capacitação sobre práticas educativas e conteúdo técnico sobre câncer de colo uterino para as ACS, nos próximos 06 meses.
- 4 – Construir alternativas para atendimento às mulheres que trabalham fora de casa em 01 ano.

META 1

Cadastrar todas as mulheres na faixa etária entre 25 a 59 anos moradoras na área de abrangência do PSF Frei Paulo no Programa de prevenção de câncer de colo uterino em 02 meses.

| Problema | Ação/atividade | Responsável | Cronograma |
|---|---|---|--------------------------|
| - A equipe não conhece todas as mulheres de suas microáreas na faixa etária de 25 a 59 anos e, portanto, não sabe como está a cobertura do atual programa preventivo. | - Elaborar um formulário para que o ACS registre dados sobre as mulheres de sua área de abrangência relacionando à idade e realização de exame preventivo (nunca fez; data da última vez que fez e, se souber, qual foi o resultado do exame entre outros dados). | Enfermeira | Agosto/2010 |
| | - Reunir com os ACS e discutir a importância de conhecer todas as mulheres das microáreas correspondentes na faixa etária de 25 a 59 anos e orientar sobre o registro no formulário. | Enfermeira | Agosto/2010 |
| | - Coletar os dados solicitados; | ACS | Agosto/ Setembro/2010 |
| | - Reunir, periodicamente, com os ACS, cobrando os dados solicitados. | Enfermeira | Agosto/ Setembro/2010 |
| | - Sistematizar os dados cadastrando a mulher no programa por meio da inclusão de uma ficha, com seu nome e data de nascimento, no arquivo rotativo. | Enfermeira e Auxiliar de enfermagem | Setembro/2010 |

META 2

Implantar um protocolo de atenção à mulher na prevenção do câncer do colo uterino incluindo arquivo rotativo (para controle dos exames realizados, mensalmente, possibilitando agendamento de retorno com um ano ou 03 anos, conforme o resultado do exame), programa educativo e horários alternativos de atendimento, em 01 ano.

| Problemas | Ações/atividades | Responsáveis | Cronograma |
|--|---|---|--|
| <p>- Há uma demanda reprimida, não quantificada, ao mesmo tempo em que mulheres que, provavelmente, não precisariam repetir o exame, anualmente, estão repetindo.</p> <p>- Falta de controle, com registro dos resultados dos exames para cada mulher em local de fácil acesso para todos os membros da equipe, preservando o sigilo (arquivo rotativo), possibilitando agenda anual ou de 3 em 3 anos, conforme a necessidade</p> | <p>- Fazer levantamento nos prontuários das mulheres na faixa etária entre 25 a 59 anos, a partir dos dados levantados pelos ACS.</p> | <p>Enfermeira; Auxiliar de Enfermagem.</p> | <p>Outubro/2010 Janeiro/2011</p> |
| | <p>- Solicitar um arquivo rotativo na Secretaria Municipal de Saúde (que pode solicitar à Secretara de Estado da Saúde); caso não consiga, encomendar a um marceneiro do município.</p> | <p>Enfermeira; Coordenação do PSF</p> | <p>Agosto/2010</p> |
| | <p>- Agendar consultas para realização do exame, priorizando aquelas mulheres que nunca fizeram ou que fizeram há mais de 03 anos.</p> | <p>ACSs e Enfermeira</p> | <p>Janeiro/2011</p> |
| | <p>- Distribuir as fichas de marcação dentro do arquivo rotativo, de acordo com o mês da consulta, para que o ACS avise à usuária.</p> | <p>Enfermeira; Auxiliar de Enfermagem; e ACSs</p> | <p>Janeiro/2011 Fevereiro/2011</p> |
| | <p>- agendar visita domiciliar da enfermeira para as usuárias que nunca fizeram o exame e que tem maior dificuldade para a realização deste.</p> | <p>Enfermeira</p> | <p>Fevereiro/2011</p> |
| <p>- A Unidade de Saúde não possui protocolo de atenção para prevenção de câncer de colo uterino.</p> | <p>- Identificar se já existem protocolos (nacional, estadual, municipal) e analisá-los quanto à pertinência de aplicação ou se há necessidade de adaptação;</p> | <p>Enfermeira e Coordenação PSFs</p> | <p>Agosto/2010</p> |

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
| | <p>- Definir o Protocolo que será utilizado pela equipe (entre os existentes ou adaptado);</p> | <p>Todos os membros da equipe, a coord. dos PSFs e outros atores sociais envolvidos com a problemática. Coordenação PSFs e Secretário Municipal de Saúde.</p> | <p>Setembro/2010</p> |
| | <p>- Adaptar (se for a opção) o Protocolo Assistencial através de um processo de construção coletiva, envolvendo os diversos profissionais da equipe e parceiros externos, considerando a necessidade de ações intersetoriais;</p> | <p>Todos os membros da equipe, a coord. dos PSFs e outros atores sociais envolvidos com a problemática. Coordenação PSFs e Secretário Municipal de Saúde.</p> | <p>Setembro/2010</p> |
| | <p>- Caso a adaptação realizada altere ações específicas da enfermagem ou de outros profissionais, enviar a proposta de protocolo para análise e parecer dos Conselhos Profissionais</p> | <p>Coordenação PSFs, Secretário Municipal de</p> | <p>Outubro/2010</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | <p>- Apresentar o Protocolo Assistencial para o Conselho Municipal de Saúde – CMS buscando respaldo para sua aplicação (se protocolo já existente) ou para a análise, aprovação e elaboração de Resolução, se for Protocolo adaptado.</p> <p>- Pactuar a implantação do protocolo (adaptação ou um daqueles já existentes) com o conjunto dos trabalhadores da(s) Unidade(s) de Saúde, visto que o trabalho em saúde requer ação interdisciplinar, compondo o trabalho em equipe em benefício de uma assistência integral ao usuário.</p> | <p>Saúde e equipe.</p> <p>Coordenação PSFs Enfermeira</p> <p>Coordenação PSFs</p> | <p>Janeiro /2011</p> <p>Março/2011</p> |
| <p>- As atividades educativas dirigidas às mulheres enfocando a promoção da Saúde, prevenção de doenças e diagnósticos precoce, são realizadas com pouca frequência, em sala de espera, ou em grupos agendados, com baixa participação (a equipe do PSF Frei Paulo não tem programas educativos que atinjam efetivamente a saúde da mulher)</p> | <p>- Criar cronograma diário de apresentação de pequenas palestras ministradas pelos ACSs, em sala de espera, com temas variando de acordo com a necessidade e a realidade.</p> <p>- Definir um dia específico para realização de um grupo de planejamento familiar onde as mulheres, além de receber informações, poderão renovar suas receitas de métodos contraceptivos mediante consulta médica.</p> <p>- Realizar cronograma de palestras e utilizar horário alternativo (dezenove e trinta horas), horário após a missa, onde ao final da missa as mulheres são convidadas a ficar para assistir a palestra, no próprio salão da igreja.</p> <p>- Realizar parcerias com outros profissionais, principalmente ginecologistas e psicólogos para ministrarem as palestras.</p> | <p>Enfermeira e ACSs.</p> <p>Enfermeira e médico.</p> <p>Enfermeira e equipe.</p> <p>Enfermeira e coordenação dos PSFs.</p> | <p>Setembro/2010</p> <p>Setembro/2010</p> <p>Outubro/2010</p> <p>Outubro/2010</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>- Mulheres não avisam, com antecedência, que não poderão comparecer à consulta, o que prejudica a possibilidade de sua substituição</p> | <p>- Manter as fichas do arquivo rotativo atualizadas em relação à agenda de consultas.</p> <p>- Verificar no arquivo rotativo, em todas as últimas semanas do mês, quais são as mulheres que têm consulta agendada para o mês seguinte e avisá-las por meio de visita domiciliar.</p> <p>- Supervisionar o processo de comunicação das consultas agendadas às mulheres.</p> | <p>Enfermeira, médico, agente responsável pela recepção</p> <p>Agentes Comunitários de saúde</p> <p>Enfermeira.</p> | <p>Agosto/2010</p> <p>Agosto/2010</p> <p>Agosto/2010</p> |
|--|--|---|--|

META INTERMEDIÁRIA 3

Desenvolver um programa de capacitação sobre práticas educativas e conteúdo técnico sobre câncer de colo uterino para as ACS, nos próximos 06 meses.

| Problema | Ação/atividade | Responsável | Cronograma |
|--|---|-----------------------------------|---------------|
| - Nem todas as agentes comunitárias de saúde do PSF Frei Paulo sabem ou utilizam ferramentas pedagógicas adequadas para orientar as mulheres da importância do exame | - Realizar reunião com todas as ACS para conhecer as dificuldades encontradas por elas na orientação do exame, o que as mulheres querem saber, e o nível de conhecimento de cada uma sobre o exame. | Enfermeira | Agosto/2010 |
| | - Fazer levantamento de principais dificuldades encontradas pelos ACS | Enfermeira | Agosto/2010 |
| | - Convidar equipe multidisciplinar para participar da capacitação. | Enfermeira e coordenação dos PSFs | Setembro/2010 |
| | - Definir metodologia e material didático a ser usada em uma capacitação | Enfermeira | Outubro/2010 |
| | - Realizar capacitação dos agentes de saúde, com método de avaliação, para saber se os agentes estão capacitados e com capacidade de colocar o que aprenderam em prática. | Enfermeira e coordenação dos PSFs | Outubro/2010 |

META 4

Construir alternativas para atendimento às mulheres que trabalham fora de casa, em 01 ano.

| Problema | Ação/atividade | Responsável | Cronograma |
|---|---|--|---|
| - A incompatibilidade entre o horário do atendimento iniciado às doze e trinta horas, nas segundas-feiras, e o horário de trabalho das usuárias. | - Propor para a secretaria de saúde de Nova Serrana, que o horário de doze horas e trinta minutos seja com um número menor de vagas e que, no horário de dezessete horas, um número maior de vagas possa ser disponibilizado. | Enfermeira | Outubro/2010 |
| - O horário de dezessete horas oferecido pela Unidade não comporta o atendimento de todas que se encontram nesta situação. | - Propor a secretaria de saúde que seja realizado mais um dia na semana o horário das dezessete horas ou que seja criado o dia do trabalhador no sábado, uma vez por mês. | Enfermeira | Outubro/2010 |
| - As empresas de Nova Serrana, não são parceiras da secretaria de saúde em relação à saúde da mulher. - Dificuldade que as usuárias têm de justificar ausência no serviço. (mesmo levando declaração de comparecimento à Unidade Básica de Saúde correm o risco de desconto do dia não trabalhado ou corte de gratificações ou cesta básica. | - Realizar reunião com o sindicato dos trabalhadores e, se necessário, nas empresas, para que os empresários de Nova Serrana sejam conscientizados dos problemas relacionados a saúde da mulher. - Fazer articulações para que o Secretário Municipal de Saúde encaminhe correspondência às empresas solicitando que liberem as mulheres por meio período de um dia para realizar o exame preventivo uma vez ao ano, sem prejuízos para as mesmas, desde que apresentem declaração da UBS. - Fazer articulações para que o Secretário Municipal de Saúde encaminhe correspondência ao Conselho Municipal de Saúde relatando a situação e solicitando que façam articulações junto aos empresários para que liberem as mulheres por meio período de um dia para realizar o exame preventivo, uma vez ao ano, sem prejuízos para as mesmas, desde que apresentem declaração da UBS. | Coordenação dos PSFs Coordenação dos PSFs e secretário de saúde Coordenação dos PSFs, enfermeira e secretário de saúde | Novembro/2010 Novembro/2010 Novembro/2010 |

| | | | |
|--|---|--|---------------|
| | - Fazer articulações para que o Secretário Municipal de Saúde encaminhe correspondência ao sindicato dos trabalhadores relatando a situação e solicitando que façam articulações junto aos empresários para que liberem as mulheres por meio período de um dia para realizar o exame preventivo uma vez ao ano, sem prejuízos para as mesmas, desde que apresentem declaração da UBS, e que os seus representantes mobilizem o Conselho Municipal de Saúde. | Coordenação dos PSFs e secretário de saúde | Novembro/2010 |
| - A participação do Conselho Municipal de Saúde na definição dos serviços produzidos ainda é tímida; | - Levar para a reunião do conselho a proposta de intervenção a ser realizada e conscientizar da importância de sua participação na resolução destes problemas. | Enfermeira | Agosto/2010 |
| - Incompreensão dos usuários quanto aos direitos de cidadania. | - Propor, ao Conselho Municipal de Saúde, uma campanha educativa sobre os direitos dos usuários do SUS envolvendo toda a população do município. | Enfermeira | Dezembro/2010 |

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu que a equipe do PSF Frei Paulo, conhecesse a sua realidade em relação à saúde da mulher. Realidade, que não se difere da realidade brasileira, onde um grande número de mulheres nunca realizou o exame preventivo Papanicolaou.

A equipe pode perceber que o exame preventivo é um exame simples, que se realizado de acordo com o que o Ministério da Saúde preconiza, pode reduzir o alto número de mortes causadas pelo câncer de colo uterino.

No entanto, é preciso envidar esforços no sentido de alcançar as mulheres, principalmente àquelas com maior risco de adoecer e morrer por estas causas.

Para isso, temos que realizar estratégias utilizando diversos recursos, onde podemos considerar as equipes de Saúde da Família um recurso ímpar, devido ao grande número de ações que podem realizar utilizando o vínculo entre a mulher e equipe.

A busca ativa de mulheres pelo ACS durante as visitas domiciliares regulares que ele realiza pode constituir-se em um mecanismo bastante eficiente. Para que isso aconteça, torna-se necessário que, assim como os ACS, todos os demais profissionais envolvidos entendam a importância da oferta de programas de rastreamentos bem estruturados; que a equipe de saúde esteja preparada para promover a conscientização às mulheres sobre a importância da realização do exame preventivo, melhorando assim, a adesão ao programa preventivo e diminuindo consideravelmente a alta incidência.

Assim, esta proposta de intervenção, propõe medidas voltadas para a melhoria de ações ofertadas a saúde da mulher, e considera que o envolvimento e compromisso dos diversos atores/atrizes responsáveis por essa prática, principalmente a equipe do PSF Frei Paulo, diretamente envolvida, no cumprimento de todas as metas, trará um atendimento eficaz e de qualidade.

REFERENCIAS

BENTO, José. Câncer do colo do Útero: HPV – Uma epidemia sem controle. **Revista Geração Saúde**. São Paulo: Minuano, ano 1, nº. 9, 2005.28-29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Estimativas da incidência por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: 2001. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/conteudo-view.asp?id=426>>. Acesso em: 27 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. 59 págs. Ilustrações. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Conhecendo o Viva Mulher: Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama**. Rio de Janeiro: 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/conteudo-view.asp?id=140>>. Acesso em: 27 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Brasília, 2006.

CESAR, Juraci Almeida *et al.* Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?scriPt=scriPt=sci_arttext&pid=S0102-3111>. Acesso em: 30 ago. 2009.

COELHO, Suelene; PORTO, Franco, Yuka. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed,2009. 115p.: ilustrado. Disponível em: <<http://www.nescon>

.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/1920.pdf>.

Acesso em: 14 jun. 2010.

DIOGÉNES, Maria Albertina Rocha *et al.* **Prevenção do Câncer: Atuação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem Ginecológica - Aspectos Éticos e Legais da profissão.** 1º ed. Fortaleza: Pouchain Ramos, 2001.106 p.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Análise da percepção de mulheres de uma unidade básica de saúde sobre o exame de Papanicolaou e de mama. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 16(1):5-13, jan./fev., 2007. Disponível em: <http://basesbirem.e.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=489560&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 ago. 2009.

FLORIANO, M; *et al.* Conhecimentos sobre fatores de risco associados ao câncer do colo uterino em idosas em Umuarama-PR. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 3, p. 199-203, set/dez. 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=501990&indexSearch=ID>. Acesso em: 07 set. 2009.

GREENWOOD, Suzana de Azevedo *et al.* Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104>. Acesso em: 06 abr. 2007.

GURGEL, Najla Maria *et al.* Consulta de enfermagem em Ginecologia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 2006, Porto Seguro. **Anais.** Porto Seguro: Núcleo de Assessoramento a Pesquisa, 2006. p. 23

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: IBGE@Cidades. **Informações de acordo com a divisão territorial - MG, 2008.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadessat/default.php>>. Acesso em: 02 nov. 2009.

KARAM, S. M. *et al.* Prevenção do carcinoma do colo uterino em uma Unidade Sanitária da UFPel. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 42, n. 2. p. 87-91, 1996.

LEAL E. A. S *et al.* Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco-Acre. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2003 mar; 25(2):81-6.

MORAES, Marcos F. Programa Viva Mulher. Editorial. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Vol.43 n° 2 Abr/Mai/Jun 1997. s/p. Disponível em: <<http://www.agenciaminas.mg.gov.br/component/controlemultimedia/video/1151-fichario-rotativo-e-ferramenta-simples-e-util-na-identificacao-e-prevencao-do-cancer-uterino>>. Acesso em: 14 jun. 2010.

OTTO, S. E. **Oncologia**. Revisão técnica de Marléa Chagas Moreira; tradução Ivan Lourenço Gomes, Maria Angélica Borges dos Santos. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

PINHO, A. A. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública.** 2003; 19 (2):303-13.

RAMOS, Aline da Silveira *et al.* Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104>. Acesso em: 08 ago. 2009.

RAMOS, Sérgio dos Passos. **Exame Ginecológico Preventivo do Câncer Papanicolaou: Citologia Oncótica**. Atenção a Saúde da Mulher. Campinas; 2007. Disponível em: <<http://www.gineco.com.br/exame2.htm>>. Acesso em 08 ago. 2009.

RESENDE, Tatiana Carneiro. O exame ginecológico na perspectiva da mulher idosa. **Caderno Espaço Feminino**, v.14, n.17, Ago./Dez. 2006. Disponível em: <<http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/01112009-012730resende.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2009.

SMELTZER, Suzane C., BARE, Brenda G. Histórico e tratamentos: Problemas relacionados aos Processos Reprodutivos Femininos. In: BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 9 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara/Koogan, 2002. v. 2, cap.42, p.1136-1151.

_____. Histórico e tratamento dos processos Fisiológicos Femininos. In: BRUNNER, Lilian S.; SUDDARTH, Dóris Smith. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara/Koogan, 2005. v. 2, cap.46, p.1460.

WIKIPEDIA FOUNDATION. **Papanicolaou**. Apresentação de conteúdo enciclopédico. 2006. Disponível em: <<http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Papanicolaou>>. Acesso em: 26 fev. 2007.