

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA
SARA ELISA DORO PEREIRA**

**REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER
NA PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE

2011

SARA ELISA DORO PEREIRA

**REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER
NA 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, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ana Maria Chagas Sette Câmara

BELO HORIZONTE

2011

Pereira, Sara Elisa Doro. Reorganização da assistência à saúde da mulher na prevenção do Câncer Cérvico uterino: uma proposta de intervenção/ Sara Elisa Doro Pereira. – Belo Horizonte - MG, 2011. 35f.

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

SARA ELISA DORO PEREIRA

**REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER
NA 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, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ana Maria Chagas Sette Câmara

Banca Examinadora

Avaliador 01__Ana Maria Chagas Sette Câmara _____

Avaliador 02__Kátia Ferreira Costa Campos _____

Aprovada em Belo Horizonte, ___18___/___07___/2011_____

BELO HORIZONTE

2011

RESUMO

Esse trabalho apresenta uma proposta para a reorganização da Atenção à Saúde da Mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino, no Centro de Saúde Diamante, regional Barreiro de Belo Horizonte. O câncer cérvico-uterino é considerado um problema de saúde pública no Brasil. Mundialmente é a segunda principal causa de morte por câncer em mulheres e no Brasil, é o segundo tipo de câncer mais incidente na população feminina. A principal estratégia para a detecção precoce/rastreamento do câncer cérvico-uterino é o exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora, conhecido popularmente como Papanicolaou. O Ministério da Saúde recomenda que o exame citopatológico seja realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, e que já tiveram relação sexual. A recomendação é de que se faça o exame uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame citopatológico. Foi realizado um levantamento de dados no Centro de Saúde Diamante, no qual detectou-se que apenas 4,73% da população feminina de 25 a 60 anos estava com o exame preventivo em dia. O objetivo deste trabalho é propor estratégias para aumento da cobertura do exame preventivo entre as mulheres de 25 a 60 anos na área de abrangência deste Centro de Saúde. A revisão de literatura foi feita através da leitura de artigos nas bases LILACS, SCIELO e BIREME e de publicações do Ministério da Saúde. Evidenciou-se que a baixa adesão está relacionada à dificuldade de acesso ao exame e a obstáculos que as mulheres colocam, tais como vergonha, medo, desinformação, ausência de queixas ginecológicas. Propõe-se estratégias para a reorganização do serviço e melhoria da assistência à mulher, ações educativas para a população e capacitação dos profissionais de saúde. Espera-se com as ações propostas aumentar a cobertura do exame preventivo e reduzir a incidência e mortalidade pelo câncer cérvico-uterino.

PALAVRAS-CHAVE: exame preventivo, câncer cérvico-uterino, proposta de intervenção.

ABSTRACT

This paper presents a reorganization proposal for the Women's Health Care in the prevention of cervical cancer in the Health Center *Centro de Saúde Diamante*, regional Barreiro from Belo Horizonte. The cervical cancer is considered a public health problem in Brazil. Worldwide is the second leading cause of cancer death in women, and in Brazil is the second most frequent cancer in women. The main strategy for early detection / screening of cervical cancer is the cervicovaginal cytopathological examination and microflora, popularly known as Papanicolaou Smear. The Ministry of Health recommends that the cythopathological examination should be performed on 25 to 60 year-old women who have had sexual intercourse. The recommendation is to take the exam once a year, and every three years after two consecutive negative annual results. It is estimated that about 40% of Brazilian women have never been subjected to such tests. A data survey was conducted at the *Centro de Saúde Diamante*, where it was found that only 4.73% of the 25 to 60 year-old female population had an updated preventive examination. The aim of this paper is to propose strategies to increase the coverage of this preventive examination among 25 to 60 year-old women in the scope of this Health Centre. The literature review was performed by reading articles from the databases LILACS, BIREME, and SCIELO and from publications of the Ministry of Health. It was evident that poor adherence is related to difficulty of access to the examination and to obstacles that women faced, such as shame, fear, misinformation, lack of gynecological complaints. Strategies for the reorganization of the services and improvement of Women's Care, educational activities for the population and training of health professionals are proposed. It is hoped that the proposed actions increase the coverage of the preventive examination and reduce the incidence and mortality from cervical cancer.

KEYWORDS: Preventive examination, cervical uterine cancer, intervention proposal.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BIREME - Biblioteca Regional de Medicina

CAF – Cirurgia de Alta Frequência

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

GEREPI – Gerência Regional de Epidemiologia

HPV – Papiloma Vírus Humano

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical

OMS – Organização Mundial de Saúde

PUC – Pontifícia Universidade Católica

PSF – Programa Saúde da Família

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SISREDE- Sistema Saúde em Rede

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization

LISTA DOS QUADROS

Quadro 1: Criação do Arquivo Rotativo

Quadro 2: Mutirão de Papanicolaou

Quadro 3: Grupo de educação em saúde para mulheres

Quadro 4: Capacitação dos profissionais

SUMÁRIO

1. Introdução.....	10
1.1 Diagnóstico situacional	12
2. Justificativa	14
3. Objetivo geral	15
3.1Objetivos específicos	15
4. Metodologia	16
5. Revisão da literatura	17
5.1 O câncer cérvico-uterino	17
5.2 Fatores de risco	17
5.3 Manifestações clínicas da doença	18
5.4 Epidemiologia do câncer	18
5.5 Programas nacionais de controle do câncer cérvico-uterino	19
5.6 Ações de controle	20
5.7 Obstáculos para a realização do exame preventivo	22
6. Proposta de intervenção	24
7. Considerações finais	31
8. Referências Bibliográficas.....	33

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), anteriormente definida como Atenção Básica, constitui-se como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e orienta-se por diversos princípios, dentre eles: universalidade, acessibilidade, integralidade, humanização, equidade, participação social, e outros (CONASS, 2004).

Para Starfield (2002), a Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros. Deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde.

A APS tem como um de seus princípios a abordagem familiar, implementada a partir da estratégia de Saúde da Família. Esta estratégia constitui-se em uma reorientação do modelo assistencial e funciona nas unidades básicas de saúde através de equipes multiprofissionais que atuam através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, com a responsabilidade de acompanhar as famílias em todos os ciclos de vida, em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2001).

Dentre alguns desafios para alcançar a integralidade na assistência à Saúde da Mulher na APS, estão as ações de controle do câncer do colo do útero. No Brasil, o câncer de colo de útero é um importante problema de saúde pública. Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pela morte de 274 mil mulheres por ano. No Brasil, para 2011, são esperados 18.430 novos casos, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2011).

Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura pela prevenção e a sua maior incidência ocorre na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta à medida que se atinge a faixa etária de 45 a 50 anos (INCA, 2011).

Como principal estratégia de prevenção está o exame de Papanicolaou ou citologia oncótica, que consiste na coleta e análise do material celular da cérvix uterina. 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. 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).

O Ministério da Saúde recomenda que o exame citopatológico seja realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. (BRASIL, 2006). Estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame citopatológico (BRASIL, 2002).

Atualmente, a Prefeitura de Belo Horizonte tem trabalhado a partir de indicadores de saúde, estabelecendo metas para as Equipes de Saúde da Família atingirem. No Centro de Saúde Diamante, local em que se desenvolve este trabalho, ao analisar os indicadores, detectamos que a cobertura de exame cérvico uterino estava aquém do esperado.

Segundo dados da Gerência de Epidemiologia (GEREPI) do Barreiro, no ano de 2009 o esperado seria a realização de pelo menos 954 exames (um terço da população feminina na faixa etária preconizada), considerando-se uma população de 2861 mulheres de 25 a 60 anos na área de abrangência do Centro de Saúde Diamante, no período citado. No total, foram realizados 748 exames (78,4% do esperado).

Este, porém, não era o maior problema, uma vez que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se como uma boa cobertura a realização de pelo menos 80% de exames na população feminina na faixa etária preconizada (WHO, 2008). A cobertura do Centro de Saúde Diamante chegou a 78,4%, aproximando-se bastante da meta proposta pela OMS. Tendo os dados em mãos, a equipe percebeu a necessidade de ter um diagnóstico qualitativo, ou

seja, quais as mulheres que estavam com o exame em dia e quais aquelas que estavam com o exame em atraso.

Para tal diagnóstico, contamos com a ajuda de quatro acadêmicos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), do curso de Enfermagem, que estavam realizando seu Trabalho de Conclusão de Curso na Unidade. O resultado foi surpreendente: apenas 139 mulheres estavam com o exame em dia (4,73%), do total de 2941 mulheres. As outras 2802 mulheres (95,27%) estavam com o exame em atraso ou nunca o haviam realizado. Este foi o motivo de escolha do tema para este trabalho.

1.1 Diagnóstico situacional

O Centro de Saúde Diamante pertence ao Distrito Sanitário do Barreiro, região sudoeste de Belo Horizonte. Localiza-se na rua Maria Marcolina, nº 40, bairro Teixeira Dias. Sua área de abrangência é composta por quatorze setores censitários e dezessete microáreas classificadas por risco: 17,17% de elevado risco, 72,9% de médio risco e 9,8% de baixo risco. Conta com quatro equipes de Programa Saúde da Família (PSF) e três equipes de Saúde Bucal (ESB). Compõem sua área de abrangência os bairros Santa Helena, Teixeira Dias, Diamante e Olaria. Na área de abrangência do Centro de Saúde Diamante residem 13.493 pessoas, com média de 3,77 pessoas por família.

A Equipe Vermelha (equipe 2), na qual é desenvolvido este trabalho, é composta por um Médico Generalista, uma Enfermeira, dois Auxiliares de Enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É responsável pelas microáreas 7, 9, 10 e 11, todas classificadas como **médio risco**. A população cadastrada é de **3167 pessoas** (BH Vida, 2010), que correspondem a **787 famílias**, com predominância do **sexo feminino** e da faixa etária de **20 a 49 anos**, que corresponde a **27,1%** da população. As **crianças de 0 a 14 anos** correspondem a **17,3%** e os **idosos**, a **13,3%**. Em relação aos aspectos epidemiológicos, a equipe possui 264 hipertensos (**26,6% da população de 25-**

59 anos), 54 diabéticos (**5,45% da população de 25-59 anos**), 15 gestantes, 14 crianças asmáticas, 1 criança desnutrida, 6 acamados (SISREDE, 2010).

No ano de 2008, a quantidade de óbitos na área de abrangência do Centro de Saúde Diamante, segundo dados da Gerência de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), foi de **58**, sendo a primeira causa de mortalidade as **doenças do aparelho circulatório** (18 óbitos, 31% do total), seguida pelas **neoplasias** (11 óbitos, 19%) e em terceiro lugar as **doenças do aparelho respiratório** (7 óbitos, 12%).

2. JUSTIFICATIVA

No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora (Papanicolaou, popularmente conhecido como “preventivo”).

A efetividade da detecção precoce associada ao tratamento em seus estádios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer. (WHO, 2008).

Considerando, portanto, que o exame preventivo é a principal estratégia para redução da incidência e letalidade do câncer cervico-uterino, e que no centro de Saúde Diamante há muitas mulheres com o exame em atraso ou que nunca o realizaram, conforme os dados anteriormente apresentados, elegeu-se este tema para realização do trabalho.

3. OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de intervenção para a reorganização da assistência à saúde da mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino na área de abrangência do Centro de Saúde Diamante.

3.1. Objetivos específicos

- Realizar uma revisão da literatura sobre as ações de controle do câncer do colo do útero.
- Elaborar um plano de intervenção.

4. METODOLOGIA

Para a revisão bibliográfica foi feita uma busca de artigos nas bases LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), utilizando como descritores; câncer cérvico-uterino, exame preventivo, saúde da mulher, conhecimento, intervenção. Também foram consultadas publicações do Ministério da Saúde referentes ao tema. Optou-se pela revisão narrativa, pois esta constitui-se, basicamente, em uma avaliação, não sistematizada, de algumas publicações sobre o tema escolhido, podendo incluir artigos, livros, dissertações, teses e publicações leigas (TAVARES, 2010).

Para o levantamento dos dados de cobertura do exame foram utilizados dados do Cadastro BH Vida (listagem das mulheres de 25 a 60 anos da área de abrangência) e também dados fornecidos pela GEREPI Barreiro. Para o diagnóstico situacional os dados foram obtidos das fichas de acompanhamento dos ACS e do SISREDE (sistema de informação em saúde do município de Belo Horizonte).

Os dados a respeito da data do último exame, intervalo entre os exames e resultado foram obtidos através do prontuário individual de cada paciente (manual e eletrônico).

Em seguida, foi elaborada a proposta de um plano de intervenção que englobasse ações assistenciais e de educação em saúde.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1. O câncer cérvico-uterino

O câncer do colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos (BRASIL, 2006).

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais e pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. Essa desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, ocorre uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau I – NIC I – Baixo Grau (anormalidades do epitélio no 1/3 proximal da membrana). Se a desordenação avança 2/3 proximais da membrana ocorre uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau II – NIC II – Alto Grau. Na Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau III – NIC III – Alto Grau, o desarranjo é observado em todas as camadas, sem romper a membrana basal (BRASIL, 2006).

5.2. Fatores de risco

Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011) são:

- Infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV – sendo esse o principal fator de risco;
- Início precoce da atividade sexual;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Tabagismo;
- Baixa condição sócio-econômica;
- Imunosupressão;
- Uso prolongado de contraceptivos orais;
- Antecedentes de doenças venéreas;
- Higiene íntima inadequada.

5.3. Manifestações clínicas da doença

O câncer do colo do útero é uma doença silenciosa e de crescimento lento, na qual existe uma fase pré-clínica, assintomática, com transformações intra-epiteliais progressivas importantes, em que a detecção de possíveis lesões precursoras é por meio da realização periódica do exame citopatológico (BRASIL, 2006).

O câncer cérvico-uterino progride lentamente por ano, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil. Nessa fase os principais sintomas são o sangramento vaginal, corrimento e dor (BRASIL, 2006).

5.4. Epidemiologia do câncer

Mundialmente, o câncer de colo uterino é a segunda principal causa de morte por câncer em mulheres. Há tempos vem ocupando um lugar de destaque nas taxas de morbi-mortalidade entre a população feminina, especialmente nos países em desenvolvimento. Atualmente, com aproximadamente 530 mil casos novos por ano, é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pela morte de 274 mil mulheres anualmente (WHO, 2008).

No Brasil, os índices são semelhantes. O câncer do colo do útero é o segundo tipo de tumor maligno mais incidente entre as mulheres brasileiras. Em 2007, representou a quarta causa de morte por câncer em mulheres (4691 óbitos), com taxa bruta de mortalidade de 4,71/100 mil mulheres (INCA, 2011). Para 2011, no Brasil, são esperados 18.430 casos novos, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2011).

Na análise regional no Brasil, o câncer do colo do útero se destaca como o primeiro mais incidente na região Norte, com 23 casos por 100.000 mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição, com taxas de 20/100 mil e 18/100 mil, respectivamente, e é o terceiro mais incidente nas regiões Sudeste (21/100 mil) e Sul (16/100 mil). Quanto à mortalidade, é também a região Norte que apresenta os maiores valores do país, com taxa padronizada pela população mundial de 8,6 mortes por 100.000 mulheres, em 2007. Em seguida estão, neste mesmo ano, as regiões Centro-Oeste (6,1/100.000), Nordeste (5,7/100.000), Sul (4,2/100.000) e Sudeste (3,8/100.000) (INCA, 2011).

A incidência deste tipo de câncer ocorre na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta à medida que se atinge a faixa etária de 45 a 50 anos (INCA, 2011).

5.5. Programas nacionais de controle do câncer cérvico-uterino

Considerando-se as estatísticas apresentadas, pode-se concluir que o câncer cérvico-uterino é um problema de saúde pública no Brasil. O Ministério da Saúde, através do Programa Viva Mulher (Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama), tem como objetivos reduzir a ocorrência do câncer do colo do útero, a mortalidade por câncer de mama e as conseqüências trazidas por eles, além de melhorar a qualidade de vida das mulheres com câncer (BRASIL, 2006).

O Programa Viva Mulher foi implantado em todos os estados e no Distrito Federal e para atingir seus objetivos, foram implementadas ações estruturadas para a detecção precoce do câncer, garantia do tratamento adequado e monitoramento da qualidade do atendimento à mulher. Houve uma mobilização nacional no ano de 1998, na qual, dentre outras ações, foram colhidos 3 milhões de exames preventivos, detectados 60 mil com alguma alteração e foram acompanhadas e tratadas 70% das mulheres com lesões precursoras de alto grau e câncer. Foram também disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS), procedimentos ambulatoriais para o diagnóstico (exame citopatológico e exame histopatológico do colo do útero), acompanhamento e tratamento da doença (colposcopia e CAF – cirurgia de alta frequência) (BRASIL, 2006).

De 1999 a 2001, as ações pela oferta de serviços foram ampliadas, resultando na realização de 8 milhões de exames citopatológicos por ano. Em 2002, o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção básica e a ampliação de centros de referência possibilitou a realização de uma segunda fase de intensificação. Nesta fase, foram examinadas mais de 3,8 milhões de mulheres. No ano de 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, que estabeleceu o controle dos cânceres do colo de útero e mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde. Neste mesmo ano, o Plano de Ação para o controle dos cânceres do

colo do útero e de mama (2005-2007) propôs seis diretrizes estratégicas: aumento da cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas. A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde, por meio da inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios, visando a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (INCA, 2011).

5.6. Ações de controle

As ações de controle do câncer cérvico-uterino podem ser divididas em alguns eixos principais: promoção da saúde, detecção precoce/rastreamento e tratamento.

5.6.1. Promoção da saúde

Neste item, é importante ressaltar a relevância das ações educativas, que garantam à mulher o acesso à informação. Nessas ações educativas, que podem ser feitas através de grupos ou na própria consulta individual, deve-se incentivar a mulher a adotar hábitos saudáveis de vida, que previnem não apenas o câncer, mas também outras doenças. Orientar sobre uma alimentação saudável, atividades físicas regulares, controle do tabagismo e uso de preservativo nas relações sexuais são algumas das questões importantes a serem abordadas (BRASIL, 2006).

5.6.2. Detecção precoce/rastreamento

O tratamento do câncer cérvico-uterino é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos, justificando a importância das ações para a detecção precoce.

No Brasil, a principal estratégia para detecção precoce/rastreamento do câncer cérvico-uterino é o exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora,

conhecido popularmente como Papanicolaou ou citologia oncótica, que consiste na coleta e análise do material celular da cérvix uterina. 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 (BRASIL, 2006).

A efetividade da detecção precoce associada a diagnóstico e tratamento adequados e em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% - e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer. A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80 % nos locais onde o rastreamento foi efetivamente implantado (INCA, 2011).

O Ministério da Saúde recomenda que o exame citopatológico seja realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, e que já tiveram relação sexual. A priorização desta faixa etária como população-alvo do Programa justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer (INCA, 2011).

Segundo a OMS, a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 60 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução (INCA, 2011).

No Brasil, a recomendação é de que se faça o exame uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Esta periodicidade está de acordo com as recomendações dos principais programas internacionais. Justifica-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (INCA, 2011).

Observa-se que, no Brasil, a maior parte do exame preventivo é realizada em mulheres com menos de 35 anos, o que leva a subaproveitar a rede, já que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco. A identificação das mulheres na faixa etária de maior risco, especialmente aquelas que nunca realizaram o exame na vida é o objetivo da captação ativa (BRASIL, 2006).

5.6.3. Tratamento

Uma vez diagnosticado o câncer, seu tratamento deve ser conduzido nas unidades especializadas. Entre os tratamentos mais comuns para o câncer do colo do útero estão a cirurgia e a radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, tais como idade e desejo de preservação da fertilidade (INCA, 2011).

5.7. Obstáculos para a realização do exame preventivo

Apesar das ações de prevenção e detecção precoce desenvolvidas no Brasil, as taxas de incidência e mortalidade têm-se mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos. Algumas das razões para esse fato encontram-se nos próprios serviços de saúde, que dificultam o acesso da população feminina com uma agenda que não é compatível com a disponibilidade das mulheres, pouca oferta de vagas, falta de materiais e profissionais capacitados, etc. Outros fatores que podem estar relacionados à manutenção das taxas são: baixa capacitação de recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, a capacidade do sistema público em absorver a demanda que chega às unidades de saúde, a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Um obstáculo de grande importância para o aumento da cobertura do exame preventivo relaciona-se à baixa adesão das mulheres. Estudos mostram que as mulheres, muitas vezes, são as principais barreiras para a realização do exame. Estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza, no período de

abril a agosto de 2004, buscou compreender a percepção das mulheres a respeito do exame. Duavy *et al.* (2007) apontam que os principais motivos mencionados pelas mulheres para a não realização do exame são: não ter com quem deixar os filhos, medo, vergonha, limitações do serviço (falta de material, número insuficiente de vagas), desinformação sobre o exame, medo.

Em uma pesquisa realizada no município de São Paulo (SP) em 2000, com 1.172 mulheres, a respeito da prevalência da realização do teste de Papanicolaou alguma vez na vida e nos últimos três anos, os principais motivos relatados para a realização ou não do exame foram: não achar necessário, "ser saudável/ausência de problemas ginecológicos", "fazer o exame é embaraçoso/desconfortável", vergonha ou medo e dificuldades de acesso (PINHO e JUNIOR, 2003).

Estudo realizado em uma Escola de Enfermagem de uma Universidade pública de São Paulo, do qual participaram 63 funcionárias não docentes, constatou que 8 das mulheres nunca se submeteram ao exame. As razões referidas por elas para não terem se submetido ao exame foram: "porque o médico nunca solicitou", "por falta de tempo", "por esquecimento", "por vergonha", "por achar incômodo" e "desnecessário" (MERIGHI, HAMANO e CAVALCANTE, 2002).

Oliveira *et al.* (2006) realizaram uma pesquisa com o objetivo de estimar a cobertura e a periodicidade para identificar fatores associados à não realização do exame de papanicolau, com 465 mulheres de 25 a 49 anos residentes no município de São Luís, Maranhão. Alguns dos fatores identificados foram: idade (quanto menor a idade, maior foi o risco de não ter realizado o exame), baixa escolaridade, não ter companheiro, ausência de queixas ginecológicas, não ter realizado consulta médica nos últimos três meses, tabagismo, não ter conhecimento sobre o câncer cérvico-uterino, ter medo de realizar o exame.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para a realização desta proposta de intervenção, inicialmente foram listados alguns problemas, para que os mesmos norteassem as ações a serem executadas. Abaixo estão listados os problemas considerados prioritários pela equipe:

- Desorganização das informações a respeito do histórico de exames de cada paciente, não havendo um registro dos resultados (nem mesmo nos prontuários, na maioria dos casos);
- Busca do exame por demanda espontânea das mulheres, o que gera duas situações: algumas realizam o exame anualmente, sem necessidade, e outras nunca o realizam;
- Número de vagas de exame preventivo insuficiente para atender à população feminina da área de abrangência;
- Mulheres não aceitam fazer o exame com enfermeiras e generalistas;
- Não há atividades educativas com foco na saúde da mulher;
- Falta capacitação dos profissionais que realizam o exame, principalmente no que se refere à interpretação dos resultados e à abordagem da mulher durante o exame.

Foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação do arquivo rotativo; mutirão de Papanicolaou; grupo de educação em saúde para mulheres e a capacitação dos profissionais.

Os quadros abaixo descrevem a correlação de cada ação proposta aos problemas identificados e como podem ampliar a cobertura do exame preventivo de câncer cérvico-uterino e melhorar a assistência prestada, pautando-se na literatura pesquisada sobre o tema.

Quadro 1 Criação do Arquivo Rotativo

Operação	Problemas relacionados	Ações	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo
Criação do arquivo rotativo	<ul style="list-style-type: none"> -Desorganização das informações a respeito do histórico de cada paciente; -Mulheres que realizam o exame anualmente e outras que nunca o realizam; -Número de vagas do exame insuficiente para atender à população feminina da área de abrangência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de uma ficha contendo o nome da paciente, endereço, data de nascimento, data e resultado dos exames preventivos, problemas ginecológicos (quando for o caso); - Organização das fichas no arquivo, que será dividido de acordo com os meses do ano. A ficha será colocada no mês em que a mulher deverá realizar o exame; - No início de cada mês a enfermeira irá agendar os exames para as pacientes que estão previstas e o ACS levará em casa, permitindo inclusive a mudança da data com antecedência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informações a respeito do resultado dos exames organizadas e de fácil acesso à equipe; - Possibilidade de previsão do número de vagas necessárias para o exame preventivo, por mês; - Captação das usuárias que não comparecem ao serviço espontaneamente. 	Enfermeiras, auxiliares de enfermagem, ACS	3 meses para o arquivo pronto

Justificativa: com a criação do arquivo, espera-se que as equipes tenham maior controle sobre a cobertura do exame, possibilidade de programar a agenda para atender à demanda mensal de preventivos e também de fazer busca ativa, com maior agilidade, das usuárias que não comparecerem. Com a ficha do arquivo rotativo, as equipes obrigatoriamente terão que registrar o resultado dos exames, o que também será um grande avanço no controle do câncer cérvico-uterino.

Segundo Brenna *et.al.* (2001), alguns países desenvolvidos somente conseguiram melhorar a cobertura populacional para o rastreamento do câncer de colo uterino quando introduziram uma sistemática de controlar e convocar as mulheres para fazer periodicamente o exame de Papanicolaou.

Quadro 2 Mutirão de Papanicolaou

Operação	Problemas relacionados	Ações	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo
Mutirão de Papanicolaou	-Número de vagas insuficiente para atender à população feminina da área de abrangência* (seriam necessárias 67 vagas semanais e no momento têm sido disponibilizadas apenas quarenta vagas, divididas entre ginecologista e enfermeiras)	- Relacionar as pacientes na faixa etária de 25 a 60 anos com o exame em atraso ou aquelas que nunca o realizaram, através dos dados do prontuário e inquérito domiciliar realizado pelos ACS; - Solicitar material à CME e almoxarifado (espéculos, escovas, espátulas) para realização dos exames; - Agendar mutirão em alguns sábados por semestre, de acordo com a disponibilidade dos profissionais.	- Redução da “fila de espera” do exame preventivo; - Cumprimento da meta anual de preventivo.	Enfermeiras, ginecologista, auxiliares de enfermagem, ACS	1 ano

*Cálculo do número de vagas necessárias para regularização dos exames em atraso em um ano – 2802 mulheres com exame em atraso: 42 semanas = 66,71.

Observação: a Secretaria Municipal de Saúde considera 42 semanas de trabalho/ano (MINAS GERAIS, 2010)

Justificativa: com a demanda que se acumulou nos últimos anos devido à ausência de um sistema eficiente de controle por parte das equipes, é insuficiente o número de vagas para o exame disponibilizadas no momento. Considerando que as equipes já estão sobrecarregadas com outras atividades e que seria impossível aumentar o número de vagas disponibilizadas atualmente, o mutirão possibilita ampliar o acesso (inclusive favorecendo aquelas que não podem comparecer durante a semana devido à incompatibilidade de horários) e aumentar a cobertura do exame.

Quadro 3. Grupo de educação em saúde para mulheres

Operação	Problemas relacionados	Ações	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo
Grupo de educação em saúde para mulheres	- Mulheres não aceitam fazer o exame com enfermeiras e com generalistas (estes por serem homens); - Não há atividades educativas com foco na saúde da mulher.	-Realizar grupos mensais com foco na saúde da mulher, abordando temas diversos, tais como sexualidade, DST's, violência contra mulher, prevenção do câncer, dentre outros; -Reservar salão de reuniões da Igreja próxima ao Centro de Saúde (onde já acontecem outros grupos); -Enviar convite às usuárias.	- Mulheres com maiores informações a respeito de sua saúde; - Mulheres mais orientadas sobre a importância da realização do preventivo e mais esclarecidas a respeito da técnica e finalidade do mesmo.	Enfermeiras, ginecologista, generalistas,	2 meses para o início das atividades

Justificativa: embora não tenha sido realizada uma pesquisa nesse sentido, sabe-se que muitas mulheres da área de abrangência recusam-se a realizar o exame com as enfermeiras por acharem que estas profissionais não estão capacitadas para tal atividade. Isso gera uma sobrecarga na agenda da ginecologista e subutilização das vagas disponíveis na agenda das enfermeiras. Em relação aos generalistas, três dos quatro que trabalham na Unidade são homens e as mulheres recusam-se a fazer com eles. Nesse ponto, a equipe procura respeitar o desejo das mulheres, sabendo que um dos fatores para não realização do exame, conforme mencionado nos estudos anteriores, é a vergonha e o constrangimento. Espera-se que, através dos grupos, o receio de fazer o exame com outros profissionais que não o ginecologista seja diminuído.

Duavy *et al.* (2007) consideram relevantes as atividades educativas junto às mulheres como estratégia de aumento da adesão ao exame. Pinho e Junior (2003) apontam a necessidade da construção de espaços de diálogo entre homens, mulheres e profissionais de saúde para a discussão de questões

relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST`s), violência nas relações de gênero, dentre outras.

Thum *et al.* (2008) detectaram em pesquisa qualitativa que mulheres desinformadas realizam o exame a cada seis meses, mesmo que o último não mostre alteração. Apontam a necessidade de uma intervenção educativa, seja em grupo ou individual, buscando adequar essa periodicidade com vistas a uma melhor detecção precoce de alterações cervicais sem custos desnecessários. Neste ponto, portanto, as atividades educativas, além dos outros benefícios mencionados, ajudariam também a reduzir a taxa de exames realizados sem necessidade.

Silva, Franco e Marques (2005) apontam a importância de intervenções fortemente direcionadas à prevenção, através de ações educativas, devido à necessidade de melhoria na informação sobre o assunto, uma vez que a falta de informação a respeito do exame é um dos fatores que diminui a adesão das mulheres.

Moura *et al.* (2010) concluem, em estudo sobre o conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou, que a fragilidade ou ausência de práticas de Educação em Saúde no local da pesquisa é um dos pontos que necessitam de mudança e aprimoramento. Destacam a educação em saúde como um guia para a elucidação das questões apontadas pelas mulheres, agindo diretamente sobre elas através de grupos educativos para fornecer informações e esclarecer dúvidas sobre o exame.

Quadro 4 Capacitação dos profissionais

Operação	Problemas relacionados	Ações	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo
Capacitação dos profissionais que realizam o exame	Falta capacitação dos profissionais que realizam o exame, principalmente no que se refere à interpretação dos resultados e à abordagem da mulher durante o exame	- Curso teórico/prático para os profissionais da Equipe de Saúde da Família	Profissionais com maior aptidão para realização do exame	Ginecologista e gerente do Centro de Saúde, referência técnica em Atenção à Saúde da mulher do Distrito Sanitário Barreiro	6 meses para treinar todos os profissionais

Justificativa: os generalistas e as enfermeiras do Centro de Saúde Diamante receberam formação em sua graduação para a realização do exame, porém alguns deles relataram dificuldades na detecção de alterações cervicais e interpretação do resultado dos exames.

Uma outra finalidade dessa capacitação é a sensibilização dos profissionais a respeito da abordagem adequada à mulher durante o exame. Thum *et al.* (2008) apontam que os profissionais de saúde devem repensar sua prática, diante do sentimento de vergonha, medo e ansiedade apontado pelas mulheres em seu estudo, no sentido de não expor procedimentos e orientações tão-somente técnicos e adotar uma postura compreensiva, entendendo cada mulher como reflexo do meio em que ela vive, de sua cultura e de suas vivências.

Em estudo realizado com funcionárias não docentes de uma Escola de Enfermagem, ficou evidente nos discursos das entrevistadas que o exame de Papanicolaou depende da relação profissional-cliente. Merighi, Hamano e Cavalcante (2002), autoras do estudo, apontam como um dos caminhos para favorecer a aderência das mulheres ao programa preventivo o resgate de uma prática mais humanizada por parte dos profissionais de saúde, desenvolvendo a capacidade de interação, agindo não só com preparo técnico, mas também com sensibilidade.

Moura *et al.* (2010) consideram que a realização cuidadosa do exame e a humanização são de suma importância. Indicam a necessidade de que o

profissional mostre à mulher o material utilizado no exame, possua habilidade para decodificar a linguagem científica, exponha somente a porção do corpo necessária, evite o trânsito desrespeitoso de profissionais na sala do exame e encoraje-a, tentando evitar o medo e a vergonha.

Segundo Ferreira (2007), é necessária uma atuação diferenciada dos profissionais de saúde com as mulheres em relação ao exame de citologia oncológica. É necessária uma atuação com envolvimento, com respeito à sua intimidade, à sua privacidade, ao seu direito de conhecer e poder conversar sobre a doença e a saúde. Esses, portanto, são temas importantes a serem abordados nessa capacitação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre a prática profissional, mais especificamente no que se refere à prevenção do câncer cérvico-uterino, a partir da literatura trouxe dois sentimentos: a angústia de saber como é o modelo ideal e sua distância da realidade atual, mas por outro lado, o desejo de fazer diferente, de aperfeiçoar as ações já realizadas, enfim, de modificar o contexto no qual estou inserida.

Diante de tudo que foi exposto ao longo do trabalho, fica evidente a relevância dessa proposta para aumentar a cobertura do exame e melhorar a assistência à saúde da mulher. O câncer cérvico-uterino é um problema de saúde pública no Brasil e as Equipes de Saúde da Família (ESF) possuem um grande potencial para a redução de sua incidência e letalidade, principalmente pelo vínculo que possuem com a população. O exame preventivo é simples, barato, pode ser realizado por diversos profissionais, o que aumenta ainda mais o potencial de ação das ESF's.

Os motivos mencionados pelas mulheres nos estudos para a não adesão ao exame (vergonha, medo, constrangimento, não ter problemas ginecológicos, não saber para que serve o exame, dentre outros) estão diretamente relacionados à falta de conhecimento não apenas sobre o câncer cérvico-uterino, mas sobre a própria saúde. Isso torna as ações educativas prioritárias nesse contexto de reorganização da assistência à mulher.

Outro ponto relevante é a necessidade de reorganização do processo de trabalho. Acredito que após a criação do arquivo rotativo e da sistematização dos dados a respeito dos exames, será mais fácil para cada equipe atingir sua meta anual de exames preventivos e reduzir a taxa de procedimentos realizados sem necessidade (mulheres com dois exames consecutivos sem alterações que continuam fazendo anualmente o preventivo). Também diminuirá a sobrecarga das equipes e permitirá dedicar a atenção necessária a outras atividades.

Por fim, considero preocupante saber que os profissionais de saúde são também responsáveis pela má adesão das mulheres ao exame. Conforme mencionado nos estudos, para muitas delas a falta de sensibilidade do profissional, o constrangimento pela exposição das partes íntimas do corpo, a falta de informações durante a consulta sobre os procedimentos a serem

realizados, o tratamento frio e indiferente, aumentam as barreiras para a realização do preventivo. Portanto, a capacitação dos profissionais visa os aspectos técnicos da realização do exame mas, principalmente, preparar os profissionais para prestarem um atendimento mais humanizado às mulheres e, com isso, diminuir essas barreiras.

É necessário um trabalho em equipe, no qual todos os profissionais, cada um dentro de sua competência, ajudem a conscientizar as mulheres a respeito da importância do cuidado com sua saúde e consigam auxiliá-las a romperem essas barreiras, reduzindo, com isso, a alta incidência e mortalidade pelo câncer cérvico-uterino.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 67 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do câncer de colo de útero*. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 16 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres de colo de útero e de mama. *Cadernos de Atenção Básica*, n 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 132 p.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer. *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero*. Brasília: INCA, 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio>. Acesso em 19 mai. 2011.

BRENNNA, S.M.F. *et.al*. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad. saúde pública* = Rep. public health;17(4):909-914, jul.-ago. 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=305106&indexSearch=ID>>. Acesso em 27 fev. 2011.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários. *Atenção Primária, Seminário para a estruturação de consensos*. Brasília, n.2, 2004. 44 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/geral/conass_documenta2.pdf>. Acesso em 2 abr. 2011.

DUAVY, L.M. *et al* . A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.3, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000300024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 ago. 2010.

FERREIRA, M.L.S.M. Análise da percepção de mulheres de uma unidade básica de saúde sobre o exame de papanicolaou e de mama. *Ver. Ciênc.Méd.*, Campinas; 16(1): 5-13, jan.fev. 2007. Disponível em <<http://www.puccampinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/v16n1a1.pdf>>. Acesso em 18 abr. 2011.

MERIGHI, M.A. B; HAMANO, L; CAVALCANTE, L.G. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. *Rev. Esc. Enferm. USP*;36(3):289-296, set. 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/IsisScriptiah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=510632&indexSearch=ID>>. Acesso em 27 fev. 2011.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Belo Horizonte: Oficina VI – A agenda das Equipes de Saúde e os Contratos Internos de Gestão*. Belo Horizonte: ESPMG, 2010. Guia do participante. 96 p.

MOURA, Ana Débora Assis *et al.* Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de Enfermagem. *Rev. RENE*; 11(1): 94-104, jan – mar. 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/11.1/vol11n1_pdf/a10v11n1.pdf>. Acesso em 27 fev. 2011.

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau de *et al.* Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 9, n. 3, set. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 ago. 2010.

PINHO, Adriana de Araujo; FRANCA-JUNIOR, Ivan. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 3, n. 1, mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292003000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 ago. 2010.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em 2 abr. 2011.

SILVA, Nancy Capretz Batista da; FRANCO, Maria Aparecida Paiva; MARQUES, Susi Lippi. Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo do útero. *Paidéia* (Ribeirão Preto);15(32):409-416, set.-dez. 2005. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=445620&indexSearch=ID>>. Acesso em 27 fev. 2011.

TAVARES, Eduardo Carlos. *Sobre revisão narrativa, sistemática e integrativa*. Belo Horizonte: NESCON, 2010. Disponível em: <<http://agora.nescon.medicina.ufmg.br/ambiente/index.php?m=start&ma=portaArquivos>>. Acesso em 9 mai. 2011.

THUM, Magali *et al.* Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção - DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v7i4.6659. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Brasil, 7 mar. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6659/3917>>. Acesso em 27 fev. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008*. Lyon, 2008a. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 22 mai. 2011.