

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ADELAXI EUGENIO TAMAYO SUAREZ**

**EXAME CITOPATOLOGICO NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE  
JARDIM ALBORADA, BELO HORIZONTE: plano de intervenção  
para aumentar a adesão sua realização**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2015**

**ADELAXI EUGENIO TAMAYO SUAREZ**

**EXAME CITOPATOLOGICO NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE  
JARDIM ALBORADA, BELO HORIZONTE: plano de intervenção  
para aumentar a adesão sua realização**

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

Orientadora: Profa.. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2015**

**ADELAXI EUGENIO TAMAYO SUAREZ**

**EXAME CITOPATOLOGICO NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE  
JARDIM ALBORADA, BELO HORIZONTE: plano de intervenção  
para aumentar a adesão sua realização**

anca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 19/10/2015

## RESUMO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Alvorada, em Belo Horizonte – Minas Gerais, conta com cinco Equipes de Saúde da Família (ESF). A ESF Laranja tem uma população de 2865 habitantes dos quais 1344 (46,91%) são homens e 1521 (53,09%) são mulheres). Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar os principais problemas encontrados nessa área de abrangência, dentro deles destacando-se: a baixa adesão das mulheres ao exame citopatológico (Teste de Papanicolaou); o elevado índice de diabéticos e hipertensos não controlados; alto índice de pacientes obesos e tabagistas; maus hábitos dietéticos e elevado índice de usuários que consome droga e álcool, entre outros. O problema de maior relevância na equipe foi a baixa adesão das mulheres à realização do exame citopatológico. Assim, este trabalho objetivou propor um plano de intervenção com vistas à melhoria da cobertura do exame citopatológico (Papanicolaou), das mulheres da abrangência da equipe laranja da UBS Jardim Alvorada, em Belo Horizonte-MG. Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados da SciELO e PUBMED com os descritores: Atenção Primária à Saúde, exame Papanicolaou, esfregaço vaginal e saúde da mulher. Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Espera-se com a criação do projeto de intervenção garantir melhor adesão das mulheres à realização do exame de Papanicolaou, para um melhor controle e seguimento das mulheres na prevenção do câncer de colo uterino.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde. Exame Papanicolaou. Esfregaço vaginal. Saúde da mulher.

## ABSTRACT

The Basic Health Unit (BHU) Jardim Alvorada in Belo Horizonte - Minas Gerais, has five Family Health Teams (FHT). Orange ESF has a population of 2865 inhabitants of which 1344 (46.91%) are men and 1521 (53.09%) are women. After conducting a situational diagnosis of the territory studied was possible to identify the main problems encountered in this area of coverage within them particularly: the low adherence of women to the Pap smear (Papanicolaou test); the high rate of diabetic and hypertensive patients not controlled; high rate of obese and smokers; bad dietary habits and high rate of users who consume drugs and alcohol, among others. The most relevant issue in the team was the poor adherence of women to Pap smear testing. This work aimed to propose an action plan aiming will improve the coverage of cervical cancer screening (Pap), women's coverage of the Orange team UBS Jardim Alvorada in Belo Horizonte - MG. Literature search was conducted in the databases of SciELO and PUBMED with the descriptors: Primary Health Care, Pap smear, vaginal smear and women's health. Programs were also surveyed the Ministry of Health and Ministry of Health of Minas Gerais. It is hoped that the creation of the intervention project to ensure better adherence of women to the realization of the Pap smear, for better control and monitoring of women in the prevention of cervical cancer.

**Key words:** Primary Health Care. Papanicolaou Test. Vaginal Smear. Women's Health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>19</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>25</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Belo Horizonte é um município brasileiro, capital de Minas Gerais, segundo estado mais populoso do Brasil. Possui área de aproximadamente 330 km<sup>2</sup>, com geografia diversificada (morros e baixadas). É cercada pela Serra do Curral, que é uma referência histórica. O município faz limites com Nova Lima e Brumadinho a sul; Sabará e Santa Luzia a leste; Santa Luzia e Vespasiano a norte; e Ribeirão das Neves, Contagem e Ibirité a oeste.

A população de Belo Horizonte, de acordo com a mais recente estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) , em 2013 foi de 2 479 175 habitantes, sendo o mais populoso município de Minas Gerais, o terceiro da Região Sudeste, depois de São Paulo e Rio de Janeiro, e o sexto mais populoso do Brasil.

Minas Gerais foi habitado por índios do tronco linguístico macro-jê, cujas tribos foram quase exterminadas pela ação dos bandeirantes procedentes de São Paulo, que chegaram à região em busca de escravos e de pedras preciosas.

A topografia da região favoreceu o estabelecimento de povoados trabalhando na agricultura e à vida pastoril. Algumas poucas fábricas, ainda primitivas, instalaram-se na região, onde se produzia algodão e se fundia ferro e bronze. Das pedreiras, extraía-se granito e calcário, e frutas e madeiras eram comercializadas para outros locais. Das trinta ou quarenta famílias inicialmente existentes, a população saltou para a marca de 18 mil habitantes (IBGE, 2013).

A capital de Minas Gerais, era a cidade de Ouro Preto, que não apresentava alternativas viáveis ao desenvolvimento físico urbano, o que gerou a necessidade da transferência da capital e que através do governador Augusto de Lima instituiu-se que a capital fosse construída nas terras do arraial de Belo Horizonte. Em 1893, o arraial foi elevado à categoria de município e capital de Minas Gerais, sob a denominação de Cidade de Minas. Em 1897, em ato público solene, o então presidente de Minas, Crispim Jacques Bias Fortes, inaugurou a nova capital, que em 1901, seu nome foi modificado para Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2014).

Entre as décadas de 1930 e 1940 houve o avanço da industrialização, além da criação do Conjunto Arquitetônico da Pampulha, inaugurado em 1943. Na década de

1960, a cidade tornou-se metrópole, com ampliação dos municípios vizinhos se ampliou e a cidade atingiu mais de um milhão de habitantes (IBGE, 2013).

No início da década de 90, a cidade era marcada pela pobreza e degradação, com 11% da sua população marcada pela miséria absoluta e com 20% das crianças sofrendo de desnutrição. O restante da década de 1990 foi marcado pela valorização dos espaços urbanos e pelo reforço da estrutura administrativa do município, com a aprovação em 1990 da Lei Orgânica do Município e do Plano Diretor da cidade, em 1996. A gestão municipal se democratizou com a realização anual do Orçamento participativo ( BELO HORIZONTE, 2014).

Atualmente, Belo Horizonte tem se destacado pelo desenvolvimento do setor terciário da economia: o comércio, a prestação de serviços e setores de tecnologia de ponta (destaque para as áreas de biotecnologia e informática). Alguns dos investimentos recentes nesses setores são as implantações do Parque Tecnológico de Belo Horizonte, e do moderno centro de convenções Expo Minas.


A cidade comporta eventos importantes como congressos, convenções, feiras, eventos técnico-científicos e exposições, tem fomentado o crescimento dos níveis de ocupação da rede hoteleira e do consumo dos serviços de bares, restaurantes e transportes. O setor artístico-cultural, principalmente pelas políticas públicas e privadas tem sido estimulado através da realização de eventos fixos em nível internacional e o crescimento do número de salas de espetáculos, cinemas e galerias de arte.

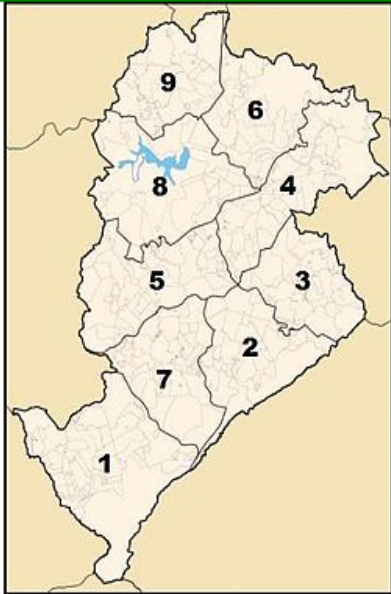
A cidade de Belo Horizonte foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do estado mineiro sob influência das ideias do positivismo. Já foi indicada pelo *Population Crisis Committee*, da ONU, como a metrópole com melhor qualidade de vida na América Latina e a 45ª entre as 100 melhores cidades do mundo. Hoje a cidade tem o quinto maior PIB entre os municípios brasileiros, representando 1,33% do total das riquezas produzidas no país.

O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros., conforme Figura 1.



Figura 1- Regionais do Município de Belo Horizonte, 2015

Administrações Regionais				
	Regional	População	Superfície (km <sup>2</sup> )	Densidade <sup>1</sup>
1	<a href="#">Barreiro</a>	262.194	53,51	4.899,9
2	<a href="#">Centro-Sul</a>	258.786	31,53	8.207,6
3	<a href="#">Leste</a>	256.311	28,52	8.987,1
4	<a href="#">Nordeste</a>	274.060	39,59	6.922,5
5	<a href="#">Noroeste</a>	337.351	38,16	8.840,4
6	<a href="#">Norte</a>	194.098	33,21	5.844,6
7	<a href="#">Oeste</a>	268.124	33,39	8.030,1
8	<a href="#">Pampulha</a>	145.262	47,13	3.082,2
9	<a href="#">Venda Nova</a>	242.341	27,80	8.717,3
	<b>Belo Horizonte<sup>2</sup></b>	<b>2.452.617</b>	<b>330,95</b>	<b>7.410,8</b>



Notas: (1)Os dados de população e área das regionais são do PNUD/2000.<sup>129</sup> (2)Os dados referentes à população do município são da projeção populacional do IBGE/2009.<sup>130</sup>

A cidade é mundialmente conhecida e exerce significativa influência nacional e internacional, do ponto de vista cultural, econômico e político. Conta com importantes monumentos, parques e museus, como o Museu de Arte da Pampulha, Museu de Artes e Ofícios, Museu de Ciências Naturais da PUC Minas, Circuito Cultural Praça da Liberdade, Conjunto Arquitetônico da Pampulha, Mercado Central e a Savassi, além de eventos de grande repercussão, como o Festival *Creamfields* Brasil, o Festival Internacional de Teatro, Palco e Rua (FIT-BH), Festival Internacional de Curtas e o Encontro Internacional de Literaturas em Língua Portuguesa. É também nacionalmente conhecida como a "capital nacional dos botecos", por existirem mais bares *per capita* do que em qualquer outra grande cidade do Brasil (BELO HORIZONTE, 2014).

Na capital mineira, 22% da população total da cidade vivem em ocupações irregulares, distribuídas em 209 áreas de ocupação informal. Conjuntamente estas áreas irregulares perfazem uma população estimada de 507.378 habitantes e 125.629 domicílios, distribuídos em uma área aproximada de 15,7 km<sup>2</sup> dos 335 km<sup>2</sup> do Município. Isto indica que os 22% da população de vilas e favelas ocupam

apenas 5% do território municipal apontando para uma marcada disparidade no processo de ocupação do solo na cidade.

O Índice de Desenvolvimento Humano do município é considerado alto, de acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Sua taxa de Urbanização é de 100%, e a renda média familiar mostra a desigualdade salarial entre domicílios dos bairros de Belo Horizonte, que varia mais de 2.000%, de acordo com dados do Censo 2010 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). Pesquisas revelam que em bairros da Região Centro-Sul de Belo Horizonte, a renda mensal média chega a R\$ 15 mil por residência. Enquanto a de moradores de bairros populares não ultrapassa R\$ 710,00.

A Companhia de Saneamento é a COPASA, que é responsável pelo abastecimento de água tratada no município Belo Horizonte e de todo o estado de Minas Gerais. O recolhimento de esgoto por rede pública também é feito pela COPASA que atende aproximadamente 65% da população, com 129 estações de tratamento de esgoto (ETE) em operação, com projeção de melhorias futuras.

As principais atividades econômicas que se destacam em Belo Horizonte são a agricultura, mineração (aço e seus derivados, ouro, manganês e pedras preciosas, etc), com grande desenvolvimento na indústria têxtil e produção de automóveis. É também um centro cultural, com grandes universidades, museus culturais, bibliotecas, espaços de arte, etc. É conhecido como um centro de excelência em biotecnologia, ciência da computação, medicina e turismo (BELO HORIZONTE, 2014).

Quanto aos aspectos demográficos, à cidade apresenta uma taxa de crescimento anual de 59%, a densidade demográfica é de 7 491,09 hab./km<sup>2</sup>, com uma proporção de 14,2% de moradores abaixo da linha de pobreza (dados de 2000). Em 2010, 95,6% da população vivia acima da linha de pobreza, 3% encontrava-se entre as linhas de indigência e de pobreza e 1,4% estavam abaixo da linha de pobreza. Segundo o Cadastro Único dos Programas do Governo Federal (CadÚnico), a base de dados atual é de 185.909 famílias, das 70.913 mil são beneficiárias do Bolsa Família, ou seja, possuem renda *per capita* de até R\$140,00 (IBGE, 2013).

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) no Estado de MG é de 63,8% (sendo que no Brasil é de 63,7%), e a taxa de escolarização de 73,7%.

O sistema local de saúde conta com o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH), criado oficialmente em 3 de junho de 1991 é regulado pela Lei Federal nº 8.142/90 e pelas Leis Municipais nº. 5.903/91 e nº. 7.536/98. O CMSBH funciona em caráter permanente, deliberativo e colegiado, com a função de atuar na formação de estratégias da política de saúde, controle da execução da política de saúde, inclusive seus aspectos econômicos e financeiros. Portanto, os conselheiros fiscalizam e aprovam as contas da Secretaria Municipal de Saúde, representando a população na saúde pública.

A representação dos segmentos do Conselho é composta de: 50% de usuários (eleitos nos movimentos comunitários, associações de moradores, associações dos portadores de deficiência, movimentos de mulheres e aposentados, entre outros que possam existir no município), 25% de trabalhadores da área da saúde - sindicatos gerais e sindicatos de categorias profissionais (eleitos em plenárias específicas dos segmentos, que devem ser convocados pelo CMSBH) e 25% de Governo e prestadores de serviços - gestores da saúde, prestadores públicos, filantrópicos, privados e formadores de recursos humanos (indicados pelo chefe do Poder Executivo Municipal). Em Belo Horizonte, são 36 conselheiros titulares e 36 suplentes. As reuniões ordinariamente acontecem uma vez por mês e as reuniões extraordinárias são agendadas de acordo com a demanda de discussões às quintas-feiras.

O Fundo Municipal de Saúde é uma unidade orçamentária dentro da Secretaria Municipal de Saúde e não uma unidade gestora. Os recursos que se destinam ao financiamento de ações e serviços de saúde deverão ser separados do montante de receitas municipais administrado por sistema de caixa único, para compor um fundo especial, o Fundo Municipal de Saúde.

Belo Horizonte ganhará sete Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), sendo três novas unidades e quatro substituições, e duas novas maternidades (Maternidade Venda Nova e a do Hospital Odilon Behrens). Até 2016 serão construídos 19 centros de saúde e 61 serão substituídos por novas unidades, números que se somarão aos

147 centros de saúde existentes hoje. Os novos postos e os reformados terão infraestrutura com farmácia, sala de coleta, sala de aplicação de vacinas, consultórios odontológicos e instalações para profissionais como ginecologistas, médicos de saúde da família e profissionais de apoio, permitindo um atendimento adequado ao cidadão.

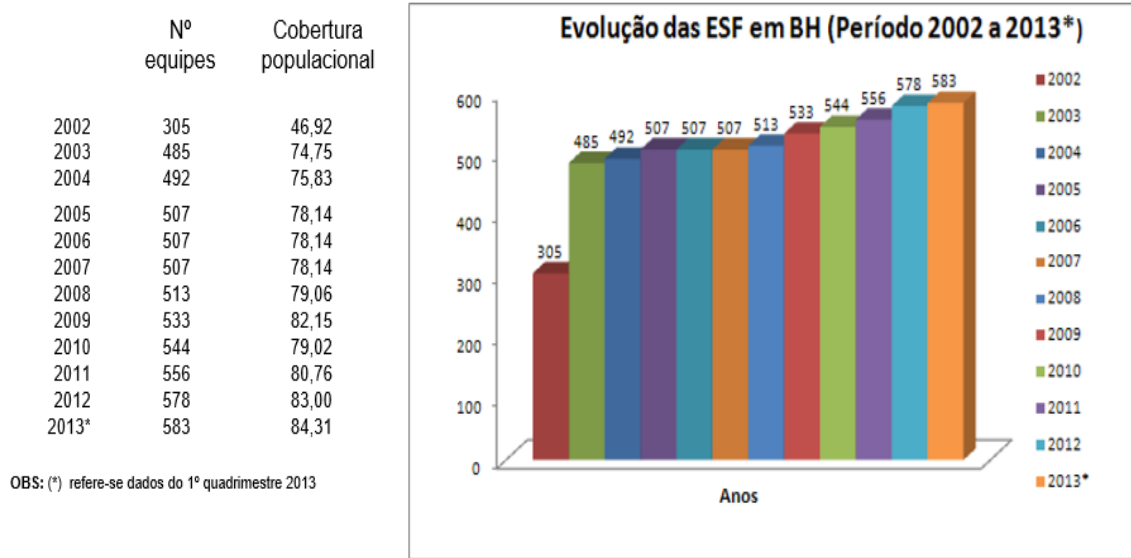
O Programa Saúde Família que constitui a rede Básica de Saúde apresenta uma taxa de cobertura, em Belo Horizonte, de 75% (2009). A capital conta ainda com 146 centros de saúde, distribuídos nos nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência e devem ser as primeiras a serem procuradas no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. São 556 equipes de saúde da família, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Nas unidades de saúde, o usuário tem: consultas médicas e de enfermagem, encaminhamentos médicos, consultas especializadas agendadas, pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas. Oferecem, ainda, vacinas, medicamentos com receita médica, consultas odontológicas, orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), Belo Horizonte tem 147 Centros de Saúde, 63 Academias da Cidade, 10 Centros de Especialidades Médicas, oito Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), 10 Centros de Referência em Saúde Mental e 58 equipes de saúde mental além de demais 108 equipamentos. São 556 Equipes de Saúde da Família e 58 Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BELO HORIZONTE, 2014)..

O Gráfico 1 apresenta o número de Equipes de Saúde da Família, em Belo Horizonte, no período de 2002 a 2013

Gráfico 1- Número de equipes da ESF, em Belo Horizonte, período de 2000-2013

**Número de Equipes de Saúde da Família, BH - 2002-2013\***

Dados 2013 referentes :janeiro a abril

O sistema de referência e contra referência é um modo de organização dos serviços, configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, que visa assegurar a atenção integral aos usuários através da hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos, reforçando vínculos em diferentes dimensões: intra equipes de saúde, inter equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2011).

Em relação às redes de média e alta complexidade Belo Horizonte tem nove centros de Especialidades, quatro Unidades de referencia secundária, uma Policlínica, um Núcleo de cirurgia ambulatorial, um Centro Municipal Oftalmológico, um Centro municipal de Imagem e oito Ambulatórios de Convergência.

Em relação aos recursos humanos em Saúde, cada ESF possui um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e três ou quatro agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada profissional tem carga horária semanal de 40h, exceto os médicos que podem ter 20h. Os profissionais que

trabalham 40 horas têm 32h de dedicação mínima para atividades na ESF, podendo ser dedicadas até 8h para prestação serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Quanto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ele é composto por médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, médicos ginecologista/obstetra, pediatra, psiquiatra, geriatra internista, médico do trabalho, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico veterinário, profissionais com formação em arte e educação (Arte educador), sanitarista. Os profissionais do NASF devem cumprir horário nunca inferior a 20h semanais.

Discorrendo acerca do território do distrito Pampulha, este tem um total de 342245 habitantes, dos quais 175841 são mulheres e 166404 são homens. O nível de alfabetização vem se reduzindo nos últimos 30 anos, tanto no município como no país (no Brasil, a taxa de analfabetismo é de 13,6%). Os maiores índices de analfabetismo na capital encontram-se nas faixas etárias que vão de 45 a 59 anos (7,0%) e de 60 anos ou mais (14,9%). Entre a população de 10 aos 19 anos de idade, a taxa de analfabetismo é de 1,5%, situando Belo Horizonte entre as cinco capitais brasileiras com menor número de analfabetos também nesta faixa etária (IBGE, 2013).

Falando a respeito da Unidade onde exerço minhas atividades profissionais, ela se chama Unidade Básica de Saúde Jardim Alvorada. A maior parte da sua população adscrita vive com dificuldade financeira embora muitos trabalhem. O número de idosos aposentado é relativamente grande. A causa de óbito mais frequente em nossa área de abrangência são as doenças cardiovasculares e respiratórias, dentre outras.

Na área de abrangência da equipe de saúde Jardim Alvorada, cerca de 100 % dos domicílios têm abastecimento de água tratada, rede de esgoto, coleta de lixo e energia elétrica. A Unidade Básica de Saúde, Jardim Alvorada fica no distrito

Pampulha e foi fundada há aproximadamente 24 anos. A acessibilidade a ele é por meio de ônibus, carro e/ou a pé.

A UBS Jardim Alvorada tem uma área física de 25,2Km<sup>2</sup> aproximadamente e conta com 10 consultórios, uma sala de vacina, sala de expurgo, sala de coleta, farmácia, uma sala de curativo, sala de esterilização, zoonose, sala de reunião, uma cozinha, consulta de odontologia com três cadeiras odontológicas, sala de espera e três banheiros, dois para funcionários e um para pacientes.

Em relação às equipes de saúde, a UBS Jardim Alvorada tem cinco ESF, cada uma com médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e três ou quatro ACS. Tem, ainda, um ACS e auxiliar de enfermagem de apoio. Na saúde bucal são três cirurgiões-dentistas, dois ACD e dois técnicos de saúde bucal.

A UBS conta, também, com um médico de apoio, um pediatra, um ginecologista, um psiquiatra e um assistente social. No NASF contamos com o apoio de uma fonoaudióloga, um farmacêutico, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma psicóloga. A zoonose conta com 11 trabalhadores.

Desde o início do meu trabalho na UBS Jardim Alvorada estou inserido na equipe laranja composta por uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e três ACS. Nossa área de abrangência tem um total de 1454 famílias cadastradas.

Os resultados do diagnóstico situacional feito como uma das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) foram coletados na busca ativa pelo método de Estimativa Rápida. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundários (como, por exemplo, o SIAB), entrevistas com informantes-chave e observação ativa.

De acordo com o que é apresentado na tabela 1, dos 4255 habitantes da área de abrangência da Equipe laranja, 1839 (43,21%) são homens e 2416 (56,78%) são mulheres, predominando o sexo feminino.

**Tabela 1:** População segundo a faixa etária e o sexo, da área de abrangência da equipe azul, UBS Jardim Alvorada, Município Belo Horizonte, 2014.

Faixa etária Anos	Feminino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
< 1 m	0	0	0	0	0	0
1 a 11 m	17	1,2	9	0,4	26	0,7
1 a 4	69	5,2	53	2,7	122	3,7
5 a 9	85	6,4	79	4,0	164	5,0
<b>Subtotal Crianças</b>	<b>171</b>	<b>12,9</b>	<b>141</b>	<b>7,3</b>	<b>312</b>	<b>9,5</b>
10 a 14	119	8,9	83	4,3	202	6,2
15 a 19	126	9,5	147	7,6	273	8,3
<b>Subtotal Adolescente</b>	<b>245</b>	<b>18,5</b>	<b>230</b>	<b>11,9</b>	<b>475</b>	<b>14,6</b>
20 a 24	93	7	134	6,9	227	6,9
25 a 29	83	6,2	140	7,2	223	6,8
30 a 34	98	7,4	134	6,9	232	7,1
35 a 39	76	5,7	108	5,5	184	5,6
40 a 44	99	7,4	95	4,9	194	5,9
45 a 49	91	6,8	93	4,8	184	5,6
50 a 54	94	7,1	102	5,2	196	6,0
55 a 59	89	6,7	95	4,9	184	5,6
<b>Subtotal Adulto</b>	<b>723</b>	<b>54,6</b>	<b>901</b>	<b>46,6</b>	<b>1624</b>	<b>49,9</b>
60 a 64	41	3,0	155	8,0	196	6,0
65 a 69	33	2,4	141	7,3	174	5,3
70 a 74	41	3,0	145	7,5	186	5,7
75 a 79	38	2,8	126	6,5	164	5,0
<b>Maior ou igual a 80 anos</b>	<b>31</b>	<b>2,3</b>	<b>91</b>	<b>4,7</b>	<b>122</b>	<b>3,7</b>
<b>Subtotal Idosos</b>	<b>184</b>	<b>13</b>	<b>662</b>	<b>34,3</b>	<b>846</b>	<b>26,0</b>
<b>Total</b>	<b>1323</b>	<b>40,6</b>	<b>1930</b>	<b>59,4</b>	<b>3253</b>	<b>100</b>

Fonte: Cadastro familiar. Data 30/01/2013



É importante ressaltar que a população com idade adulta é predominante e, por conseguinte, a população mais velha será um número significativo da população total, o que significa que devemos planejar ações para trabalhar com os fatores de risco das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o tratamento adequado e o melhor controle deles, que são muito comuns nesta fase da vida

Destaca-se que as doenças para as quais os usuários procuram mais por consultas constituem problemas que podem ser resolvidos pelos profissionais, tornando-se importante analisar as causas dos mesmos. A falta de informação e a utilização inadequada e insuficiente de serviços médicos são problemas comuns que impedem a nossa comunidade obter o diagnóstico precoce. Como médico, eu tenho a responsabilidade de incentivar a comunidade a ser proativa e aprender sobre a sua saúde. A educação é a chave para o controle e prevenção das doenças.

É muito importante conhecer os principais problemas da comunidade quando planejamos as ações de saúde. Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nessa área de abrangência. Na análise situacional, foram levantados dados do Ministério da Saúde e da própria prefeitura de Belo Horizonte. A Unidade Básica de Saúde possui arquivos com dados importantes. Foi observada também a área de abrangência.

Dentro dos principais problemas encontrados destacam-se: a baixa adesão das mulheres ao exame citopatológico (Papanicolaou); o elevado índice de diabéticos e hipertensos não controlados; alto índice de pacientes obesos e tabagista; maus hábitos dietéticos e elevado índice de usuários que consome droga e álcool entre outros.

O problema de maior relevância na equipe foi a baixa adesão das mulheres à realização do exame citopatológico (Papanicolaou). É interessante discutir sobre ele por ser considerado um método preventivo que contribui diretamente para detecção e o tratamento precoce do câncer do colo do útero, e conseqüentemente, para elevado percentual de cura desta doença.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2010). Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS) para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico, realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (ANTTILA *et al.*, 2009; INCA, 2011).

Devido à importância da detecção precoce do câncer do colo do útero, verifica-se a necessidade identificar as mulheres na faixa de 25-59 anos de idade residentes na área de abrangência da equipe laranja da UBS Jardim Alborada, do município Belo Horizonte - MG, que não realizaram o exame citopatológico (Papanicolau) com a finalidade de buscar estratégias para diminuir o número de mulheres que nunca fizeram o exame preventivo e aquelas com exame atrasado ainda, além fazer a detecção precoce dos casos de câncer do colo do útero.

## 2 JUSTIFICATIVA

Na atualidade, o câncer do colo de útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. No Brasil a incidência de câncer de colo de útero é alta e apenas este ano estima-se a ocorrência de cerca de 15.590 mil novos casos, o que significa o terceiro câncer mais comum entre as brasileiras, atrás apenas dos tumores de mama e colo retal (exceto os casos de câncer de pele não melanoma) (INCA, 2014).

O Câncer de colo do útero (CCU) é o câncer mais incidente, na região Norte do Brasil (22/100.000). Nas regiões Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000) representa o segundo tumor mais incidente. Na região Sudeste é o terceiro mais frequente (18/100.000). Este câncer afeta raramente as mulheres com idade inferior a 30 anos; sendo mais frequente nas mulheres com mais de 40 anos (INCA, 2014).

As lesões que antecedem o câncer do colo do útero não têm sintomas, mas podem ser descobertas por meio do exame Papanicolaou e se diagnosticado na fase inicial, as chances de cura são de 100%. O exame de Papanicolau é um procedimento de baixo custo, fácil execução e consiste na coleta da secreção do colo do útero, utilizando espátula e escovinha (BRASIL, 2007).

O Ministério de Saúde (BRASIL, 2002) relata que no Brasil existem cerca de seis milhões de mulheres na faixa de 35 a 49 anos que nunca realizaram um exame citopatológico (Papanicolau). Comenta ainda que é nessa faixa de idade que ocorre maior número de casos positivos de câncer de colo do útero. Essa situação tem como consequência milhares de mulheres ultimadas pelo câncer de colo do útero a cada ano.

Por meio do diagnóstico situacional, nossa equipe descobriu, após revisar os dados fornecidos pelo SIAB, que no ano 2013 a razão de coleta de exames citopatológicos de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, foi baixa; considerando a população feminina entre 25 e 64 anos que representam um total de 630 mulheres (segundo cadastro familiar) só o 17 % das mulheres fizeram o exame de Papanicolaou.

A falta de acesso aos serviços de saúde e a vulnerabilidade social, ocasionada por diferentes fatores como, por exemplo: dificuldades socioeconômicas, geográficas ou pela oferta insuficiente de serviços de saúde aumentada pelo medo e questões culturais têm levado esse grupo de mulheres a não realizarem o exame preventivo em tempo hábil (BRASIL, 2002)

A prevenção do câncer de colo de útero está diretamente associada ao esclarecimento e avanço educacional da população a respeito dos fatores de risco e de como evitá-los. Dada a importância do diagnóstico precoce, as mulheres precisam ser permanentemente orientadas sobre a necessidade de consultar o ginecologista e fazer o exame de Papanicolaou nas datas previstas, como forma de identificar possíveis lesões ainda na fase de pré-malignidade.

É muito importante que toda mulher seja consciente de que o exame de Papanicolaou realizado periodicamente representa uma estratégia de rastreamento do câncer de colo uterino que pode salvar vidas. Para isso as atividades de ensino pelo profissional de saúde é uma ferramenta fundamental para prevenção do câncer de colo do útero.

A atitude de prevenção é determinada pelas crenças e percepções da mulher sobre o que é saúde, doença, o exame de prevenção e, também, pelas experiências vivenciadas por ela, para prevenção, manutenção ou tratamento de sua saúde.

Acredita-se ser necessária uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde com as mulheres em relação ao exame de prevenção. Uma atuação com envolvimento, com respeito a sua intimidade, a sua privacidade, ao seu direito de conhecer e poder conversar sobre o câncer de colo uterino e a prevenção. Estes dados mostram a importância de ações educativas para a população feminina sobre a necessidade e o período para iniciar o exame de prevenção do câncer.

Para que haja diminuição da mortalidade das mulheres e melhora da cobertura dos exames, é necessário rastreamento daquelas que nunca realizaram o exame de Papanicolaou ou que não o realizam com a periodicidade desejada para atender ao aspecto da prevenção do câncer de colo do útero.

Surge, então, considerando o exposto anteriormente, a proposta de realização de um projeto de intervenção, para enfrentar a baixa adesão das mulheres para fazerem exame o Papanicolau, na equipe azul da UBS “ Jardim Alvorada”. Buscasse, então, garantir melhor assistência no programa de atenção à mulher e melhorar o rastreamento do câncer do colo do útero aumentando a cobertura das mulheres para a realização do exame citopatológico.

Desenvolvendo este trabalho estaremos promovendo alguns dos pilares do PSF: a prevenção de doenças e promoção de saúde, considerando que o câncer de colo de útero é uma neoplasia que apresenta elevada taxa de incidência e de mortalidade, de detecção precoce e de cura quando realizado diagnóstico em seu início.

### **3 OBJETIVO**

Propor um plano de intervenção com vistas á melhoraria da cobertura do exame citopatológico (Papanicolau), das mulheres da abrangência da equipe laranja da UBS Jardim Alvorada, em Belo Horizonte- MG

## 4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção elaborado para este estudo se baseou, primeiramente, no diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS Jardim Alvorada e que dentre os principais problemas identificados, escolheu-se a baixa adesão ao exame citopatológico Papanicolau.

Para a construção deste projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases do PUBMED e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Também foram utilizados os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Agora ([www.nescon.medicina.ufmg.br/agora](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/agora)). Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes que foram utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Programas do Ministério da Saúde e arquivos da própria unidade de saúde Jardim Alvorada.

Os descritores utilizados neste trabalho foram: Atenção Primária à Saúde, exame Papanicolau, esfregaço vaginal e saúde da mulher.

Na elaboração do plano de ação foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O plano foi desenvolvido pautado em quatro etapas:

- 1- Levantamento nas fichas de cadastro do quantitativo de mulheres na faixa de idade de 25 a 59 anos, residentes na área de abrangência da equipe laranja da UBS Jardim Alvorada, no período de janeiro a dezembro do ano 2013.
- 2- Levantamento do livro de registro quantitativo de exames preventivos realizados no período de Janeiro a Dezembro do ano 2013.
- 3- Pesquisa bibliográfica sobre o câncer do colo de útero e exame preventivo citopatológico.
- 4- Elaboração do plano de ação a ser implementado.

O trabalho será realizado com a equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e agentes de saúde em parceria com a secretária de saúde do município e secretaria educacional.



## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Sabe-se que a mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, desde que diagnosticado em fase inicial, pois várias ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precedentes. Dentre as diversas ações de prevenção, destaca-se o controle do câncer de colo do útero, conforme citação do Ministério da Saúde:

O Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero é resultado da evolução de iniciativas que começaram a ser organizadas e consolidadas a partir do Programa de Saúde Materno-Infantil (1977) e que, a partir da década de 1990, expandiu-se consideravelmente. Atualmente, cerca de 12 milhões de exames citopatológicos são realizados anualmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das necessidades de um programa organizado com esse objetivo é utilizar recomendações padronizadas para condutas clínicas para o cuidado adequado às mulheres identificadas como possíveis portadoras de lesões precursoras ou invasivas (BRASIL, 2011, p.3).

Ainda que se tenha registrado cerca de 11 milhões de exames citopatológicos no Brasil no ano de 2009 e, apesar dos avanços em nível da atenção primária e de todo Sistema Único de Saúde (SUS), reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no país ainda é um desafio a ser vencido (BRASIL, 2011).

Para o rastreamento do câncer do colo do útero uma estratégia de grande importância é a realização periódica do exame citopatológico (WHO, 2010). Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (ANTTILA *et al.*, 2009).

De acordo com Sellors e Sankaranarayanan (2003), o câncer do colo do útero é antecedido por uma longa fase de doença pré-invasiva, denominada de neoplasia intraepitelial cervical (NIC). A NIC é categorizada em graus I, II e III, dependendo da

proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas. Os graus mais graves da NIC (II e III) apresentam uma maior proporção da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas e, devido a sua maior probabilidade de progressão para o câncer, se deixadas sem tratamento (McCREDIE *et al.*, 2008), são consideradas seus reais precursores.

Ainda Sellors e Sankaranarayanan (2003) afirmam que a maioria das NIC I regride em períodos entre 12 a 24 meses ou não progride à NIC II ou III e, portanto, não é considerada lesão precursora. A infecção persistente, provocada por um ou mais dos tipos oncogênicos de Papilomavírus humano (HPV), é uma causa necessária da neoplasia cervical, porém, a maioria das alterações cervicais causadas pela infecção do HPV tem pouca probabilidade de progredir

Para o Ministério da Saúde, o Teste de Papanicolaou se baseia na preparação citológica de células coletadas da superfície de uma mucosa e coradas com coloração de Papanicolaou. Na realização do teste é feita a coleta de secreções do fórnix vaginal posterior para avaliação citológica (esfregaço vaginal) (BRASIL, 2014).

Para uma descrição completa das categorias diagnósticas atualmente utilizadas no Brasil, recomenda-se a consulta à Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas (BRASIL, 2011, p.19), conforme exposto no Quadro 3.

Quadro 1 - Nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

Classificação citológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Classificação Citológica Brasileira (2006)
Classe I	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve Displasia moderada e acentuada	NIC I NIC II e NICIII	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL AIS
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Fonte: Brasil, 2011.

Recomendações para a realização do Teste de Papanicolaou (BRASIL, 2011, p.33-34):

- O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual (A).
- O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual (A).
- Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (B).
- Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (B).

Essas recomendações não se aplicam para mulheres com história prévia de lesões precursoras do câncer do colo uterino, ou nas situações especiais, tais como: gestantes, pós-menopausa, hysterectomizadas, mulheres sem história de atividade sexual e de doenças imunossupressoras (BRASIL, 2011).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Antes de apresentar o plano de ação, destaca-se que a abordagem do problema observado pode-se utilizar de várias estratégias, como por exemplo: abrir agenda específica para atendimento de mulheres que procuram o serviço de saúde por qualquer motivo, criando um tempo exclusivo para atenção a mulher. Pode-se também incluir essas usuárias em grupos operativos de saúde da mulher, realizando atividades de ensino, explicando sobre a doença do câncer do colo do útero, fatores de risco, evolução da doença, exames para seu diagnóstico, muito importante explicar o que é o exame preventivo de Papanicolau, sua importância, como fazê-lo, e ainda uma dinâmica para manuseio dos instrumentos utilizados para realização do exame. Também propor a implantação de um fichário rotativo que facilite o acompanhamento dessas mulheres e na busca ativa das mesmas pelas ACS. Este fichário pode constituir uma ferramenta para auxiliar no acompanhamento e na busca das mulheres faltosas.

Em relação ao desenho das operações pretende-se aumentar o nível de informação das mulheres sobre o câncer do colo de útero e exame citopatológico (Papanicolau). Para isso, serão criados grupos operativos específicos. Estratégias de comunicação serão necessárias para que se tenha mobilização da população participante. Para a realização desse projeto de intervenção será preciso articular parceria entre unidade básica de saúde e setor de comunicação social, secretaria de educação e secretaria de saúde do município. Outro ponto importante é o de garantir distribuição dos recursos necessários para fazer o exame preventivo. Serão necessários recursos financeiros e espaço apropriado para as atividades.

Existe a necessidade de manter contato direto com centro de referência de propeidêutica do colo uterino do município para que seja possível alcançar bons resultados e fazer acompanhamento das mulheres com resultados positivos para neoplasia de útero. Objetiva-se melhorar a forma de abordagem dessas mulheres pelo profissional no acolhimento, respeitando a privacidade da paciente, as crenças e costumes. É muito importante que o profissional aproveite esse primeiro contato para criar confiança e explicar às mulheres a importância da realização regularmente do exame preventivo e fluxo para fazê-lo.

Para aumentar a cobertura de atendimentos será preciso fazer adequação da agenda do médico e da enfermeira.

Para cada nó crítico identificado por meio do diagnóstico situacional, elaborou-se uma operação, os resultados e produtos esperados bem como os recursos necessários e respectivos responsáveis, de acordo com o apresentado no Quadro 1.

**Quadro 2 - Plano de ação para melhorar a cobertura do exame citopatológico (Papanicolau)**

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Desconhecimento sobre o câncer de colo uterino e baixa percepção do risco de apresentar a doença</b>	<b><i>População sabendo +.</i></b>	População mais informada sobre o câncer de colo uterino.	Avaliação do nível de informação da população sobre o câncer de colo uterino; Campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; Capacitação dos ACS.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional : organização da agenda; Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.	Médico e enfermeira
<b>Desconhecimento da técnica e da importância do exame citopatológico (Papanicolau).</b>	<b><i>População melhor informada</i></b>	População mais informada sobre a técnica e a importância do exame citopatológico; Aumentar a um 60% da cobertura de exames citopatológico da minha ESF em um ano	Avaliação do nível de informação da população o exame citopatológico; Campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; Capacitação dos ACS.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional : organização da agenda; Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização	Médico e enfermeira

		.		social.	
<b>Estrutura dos serviços de saúde.</b>	<b>Melhorando a estrutura do serviço.</b>	Garantia de medicamentos, materiais e insumos previstos para fazer a coleta exame citopatológico em 33% das mulheres de 25 a 64 anos.	Capacitação de pessoal; Contratação de compra de medicamentos, materiais e insumos previstos; Consultas especializadas	<i>Políticos:</i> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; <i>Financeiros:</i> aumento da oferta de exames e consultas e <i>Cognitivo :</i> elaboração do projeto de adequação.	Gerente  Aux.Enfermagem:  ACS
<b>Processo de trabalho da Equipe</b>	<b>Linha de cuidado</b>	Cobertura de 80% da população feminina acima dos 15 anos; Aumentar a cobertura de exame preventivo	Linha de cuidado para atenção à mulher; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado.	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional : adequação de fluxos.	Médico e Enfermeira  Coordenador de ABS

O plano será acompanhado quinzenalmente pela equipe da ESF para, desde o início, verificar o que está frágil ou com erros na busca de solução.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento desta investigação, pretende-se oferecer educação para saúde para as mulheres que procuram o serviço de saúde da equipe laranja na UBS Jardim Alborada e dessa forma se conheça a importância de fazer o exame preventivo, contribuindo ao rastreamento do câncer de colo do útero e evitar complicações e óbitos devido a esta doença, que pode ter cura se detectada precocemente e que repercutem em maior custo econômico a família e a sociedade.

A grande importância deste trabalho consiste em melhorar a qualidade de assistência que é prestada pela equipe de saúde na atenção da mulher na área de abrangência, este estudo poderá contribuir para que a usuária tenha uma melhor qualidade de vida. A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

O projeto já foi discutido na reunião de equipe com todos os profissionais que vão participar nele, também discutido com a gerente da UBS. Encontra-se agora em organização das atividades propostas devido aos recursos que precisamos para o desenvolvimento do projeto.

Diante das dificuldades apontadas pelas mulheres para a realização do exame preventivo e das dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde de família para aumentar o número e a adesão das mulheres para a realização desse exame, várias ideias foram propostas para desenvolver neste projeto.

Com isso espera-se que ocorra um aumento de exames Papanicolau na área de abrangência da minha equipe de saúde; e aumentar desta forma a detecção precoce do câncer de colo do útero diminuindo sua mortalidade.

## REFERÊNCIAS

- ANTTILA, A. *et al.* Cervical cancer patterns with automation-assisted and conventional cytological screening: A randomized study. **International Journal of Cancer**. v.128, n. 5, p. 1204-1, 2011; Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25677/abstract>. Acesso em: 17/05/2015.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte, PBH/HISTÓRIA ANOS 80 E 90. **Os cidadãos redescobrem Belo Horizonte**. [online], BELO HORIZONTE, 2014. Disponível em: <http://www.visiteobrasil.com.br/historiasdascidades/mg-belo Horizonte.php>. Acesso em: 21/02/2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Humaniza SUS**. Referência e Contra Referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE. Cidades**. Minas Gerais. Belo Horizonte. [online], 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310620>. Acesso em: 18/01/2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro (RJ), 2011. Disponível em: [http://www.diagnosticodobrasil.com.br/arquivos\\_site/14355150143a7fc7a25ca5001a294df0\\_arquivo.pdf](http://www.diagnosticodobrasil.com.br/arquivos_site/14355150143a7fc7a25ca5001a294df0_arquivo.pdf). Acesso em: 12/04/2015.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE Brasil em números. v.21, 2013
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2014. Incidência de câncer no Brasil. Síntese de resultados e comentários. 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acesso em: 22/06/2015.
- McCREDIE, M.R. *et al.* Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. **Lancet Oncol**. v.9, n. 5, p. 425-34, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18407790>. Acesso em: 16/05/2015.
- SELLORS, J.W.; SANKARANARAYANAN, R. Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2003. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/doc/colpochapterforward.pdf>. Acesso em: 16/05/2015.



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Programmes and projects. Cancer. Screening and early detection of cancer. 2010. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/policy/screening-and-early-detection>. Acesso em: 17/05/2015.