



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

BRUNO DO AMOR DIVINO PEREIRA

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO MUNICÍPIO DE
ARACAJU: 2012, 2013 E 2014**

ARACAJU-SE
2015

BRUNO DO AMOR DIVINO PEREIRA

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO MUNICÍPIO DE
ARACAJU: 2012, 2013 E 2014**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito obrigatório para obtenção de título de bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Me. João Batista Cavalcante Filho

ARACAJU-SE

2015

BRUNO DO AMOR DIVINO PEREIRA

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO MUNICÍPIO DE
ARACAJU: 2012, 2013 E 2014**

Bruno do Amor Divino Pereira
Graduando

Prof. Me. João Batista Cavalcante Filho
Orientador

Aprovada em: ____/____/____

Examinador

Examinador

Dedico este trabalho a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me apoiaram nessa caminhada acadêmica.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO CIENTÍFICO

Figura 1 – porcentagem de cobertura pelo SUS para o CA do colo uterino.....33

Figura 2 – número de óbitos por CA de colo uterino em Aracaju.....34

LISTA DE ABREVIATURAS

HSIL lesão intraepitelial escamosa de alto grau

PMAQ programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica

SUS sistema único de saúde

CA câncer

SUMÁRIO

REVISÃO DE LITERATURA.....	1
A Atenção Primária à Saúde: histórico e princípios.....	1
Políticas de Saúde da Mulher: rerum novarum.....	2
Políticas de Saúde da Mulher e o Câncer de Colo de Útero.....	6
O Colo de Útero e o Câncer.....	8
Rastreamento do Câncer de Colo de Útero.....	10
Referências.....	14
REGRAS PARA A PUBLICAÇÃO.....	16
ARTIGO CIENTÍFICO.....	29
Resumo.....	29
Abastract.....	29
Resumen.....	30
Introdução.....	31
Métodos.....	31

Resultados.....	33
Discussão.....	35
Conclusão.....	36
Referências.....	37

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 A Atenção Primária à Saúde: histórico e princípios

Historicamente, o Relatório Dawson, elaborado pelo Reino Unido em 1920, é o primeiro documento a promover um conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) de vigor e ampla aceitação (LAVRAS, 2011). Diante de um sistema de saúde caro e pouco efetivo, o Ministério da Saúde do Reino Unido, através do relatório Dawson, propunha uma organização em níveis de complexidade, lastreada nos princípios de hierarquização, regionalização e integralidade (MATTA, MOROSINI, 2006). Em 1978, capitaneados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 134 países consignaram o que se denominou a Declaração de Alma-Ata. Partindo do princípio de que a saúde é um direito universal, propõe-se a criação de sistemas de saúde que devem ter como foco a APS, levando-se em conta a influência de fatores sociais e econômicos:

Fazem parte integrante [os cuidados primários de saúde] tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (Opas/OMS, 1978).

Tais concepções acabaram por repercutir no que se convencionou chamar a Reforma Sanitária na década de oitenta. Propunha-se, então, uma prática teórica produtora de conhecimento que servisse de lastro a uma prática política promotora de mudanças nas relações sociais, tendo em vista o alcance da democratização da sociedade, estabelecendo a saúde como um direito social vinculado à cidadania (PAIM, 2008). Imbuídos do ideário reformista, que não admitia mais o domínio de um modelo de assistência à saúde baseado em concepções mercantilistas e nada universais, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, representaria o estopim para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 com a nova Constituição da República Federativa do Brasil, sendo posteriormente regulamentado por leis infraconstitucionais, a saber: as leis federais 8.080/90 e 8.142/90 (ENSP, 2010).

Despontavam como princípios da APS: equânime universalidade, integralidade, descentralização e participação popular na elaboração das ações em saúde (ENSP, 2010). A necessidade do adjetivo *equânime* para o substantivo *universalidade* denuncia uma realidade social marcada por abismais desigualdades socioeconômicas, de modo que é mister dar mais a quem mais precisa a fim de que se alcance uma situação o mais próximo possível de igualdade. A descentralização, já proposta no relatório Dawson, possibilita a execução de políticas locais mais eficientes, possibilitando também a participação popular enquanto atores das ações em saúde através dos Conselhos de Saúde (MATTA; MOROSINI, 2006). A integralidade, conceito capital em atenção à saúde, se dá como uma espécie de *continuum* que vai da prevenção até a recuperação da saúde nos âmbitos individual e coletivo (SCHVEITZER, ESPER, SILVA, 2012); mas também deve ser o meio pelo qual a atenção

à saúde se dá de forma plena, levando em consideração todos os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, promovendo assim uma visão que transcenda a setorialização de mera prestação de serviços de saúde, desconsiderando toda a trama de relações a quem se submete o indivíduo e, conseqüentemente, a coletividade (NARVAI, 2005). Trata-se, portanto, a integralidade em saúde de concepção aberta, multifacetada e amplamente revisitada e repensada, como o fez Carvalho (2006), ao propor um conceito bidimensional, a um só tempo, vertical na sua visão do humano total e horizontal ao confrontar essa totalidade indivisível em todas as suas possíveis relações extramuros. A partir do que se compreende o conceito de humanização em saúde, segundo Freitas et al. (2009), como parte da integralidade, ultrapassando a mera polidez e o sorriso amigável, mas açambarcando desde questões relativas à acessibilidade até a participação na avaliação dos serviços.

1.2 Políticas de Saúde da Mulher: *rerum novarum*

Em 1974, no Brasil, é criado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) em consonância com as sugestões estadunidenses para controle demográfico das populações latino-americanas como via para o crescimento econômico, aqui no Brasil especificado como o Plano Nacional de Desenvolvimento. Ainda de acordo com Costa (1986 apud RAMALHO et al., 2012), tal programa vinculava-se a uma concepção da mulher como corpo-fábrica, destinado à precisa finalidade biológica da concepção. Continua o autor denunciando que o PSMI foi criado na linha doutrinária da segurança nacional, com vistas a ocupar os rincões do país com uma população hígida e vigorosa, atenta aos interesses nacionais, resultando óbvia a preocupação com a saúde do concepto não necessariamente com a da mãe, como bem diz o próprio nome do programa. Ainda que tolhido pela pressão de movimentos sociais como o das feministas e, portanto, cerceado em seu poder de agir diretamente, o Estado era condescendente com movimentos particulares, alguns financiados por organismos estrangeiros, que promoviam o controle de

natalidade através da difusão de métodos contraceptivos entre a camada pobre da população, como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIME) que atuaram na década de 1960 (MESQUITA, 2011; RAMALHO et al., 2012).

Nas décadas de 1970 e 1980, ganhavam força, ao levantar a voz contra essa situação cultural e política e outras semelhantes, grupos que se manifestavam por canais alternativos à política tradicional, constituídos como movimentos populares firmes e coesos em sua linguagem e convicções, construindo diagnósticos sociais com base em leituras científicas, dentre os quais se destacavam o movimento da Reforma Sanitária e o Movimento Feminista (DOIMO, 1995 apud MESQUITA, 2011). Em 1984, portanto, antes da criação do SUS, como consequência do embate político-ideológico desses movimentos populares contra os intentos governamentais, é lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Da interação entre a noção de integralidade em saúde defendida pela Reforma Sanitária, as ideias democráticas de gênero encampadas pelo movimento feminista e as ambições político-econômicas do governo, surge um tímido, ainda que promissor, plano para aumentar e consolidar a rede de serviços básicos, tendo como lastro estudos epidemiológicos para evidenciar as necessidades mais prementes daquele segmento da população (COSTA, 2009 apud RAMALHO et al., 2012; SOUTO 2008). Contudo, se o conceito de integralidade se faz presente no PAISM, ainda o é pela metade, haja vista que a proposta do programa se restringia a uma abordagem meramente gineco-obstétrica preocupada apenas com problemas referentes ao pré-natal, parto, puerpério, doenças sexualmente transmissíveis, cânceres de colo uterino e mama, concepção e contracepção, privilegiando, por assim dizer, o vertical em detrimento do horizontal (OSIS, 1998 apud RAMALHO et al., 2012; MESQUITA, 2011). Com a criação da Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, a integralidade é ampliada, o que já pode ser notado na mudança do termo *assistência* para o termo *atenção*, o que aduz consideração pela diversidade do

segmento feminino em suas variadas realidades locais, inserido em um contexto social delineado por várias possibilidades de influência, tais quais: moradia, nutrição, lazer, trabalho, discriminações sociais e raciais, enfim, um emaranhado de relações. Ademais, cumpre recolocar a contraposição que faz Narvai (2005) entre *atenção*, que pressupõe tomar em conta os determinantes e condicionantes sociais e econômicos a que está submetido o indivíduo em suas diversas relações e *assistência* que os ignora. Também traz esse documento um breve diagnóstico relativo à morbimortalidade feminina, o que deveria servir, em tese, como ponto de partida para planejamentos mais específicos. Importa ainda frisar que a PNAISM passar a olhar para grupos específicos entre as mulheres – o que condiz com uma visão de integralidade – como o das trabalhadoras rurais, indígenas, lésbicas, presidiárias ainda que recaia sobre tal política a recalcitrância em focar nas questões relativas aos direitos sexuais e de reprodução (RAMALHO et al., 2012; SOUTO, 2008).

Diante do exposto, salta aos olhos a extrema relevância da integralidade no desenvolvimento das Políticas de Saúde da Mulher. Todavia, como falar da história desse processo, sem considerar as particularidades de seus atores, especificamente um, o Movimento Feminista que defendia uma revolução no conceito de mulher, no conceito de gênero? Como bem coloca Mesquita (2011), lastreada por uma visão neoinstitucionalista: diferentes processos históricos, encenados por determinados atores, engendram diferentes padrões relacionais entre Estado e sociedade, culminando em políticas públicas que venham a refletir tais particularidades. Disso resulta erro crasso omitir a importância dos conceitos de gênero e sua relação com o de integralidade no campo da atenção à saúde, ainda que se vá passar aqui de resvalo em tais reflexões.

“a abordagem de gênero na saúde implica o esforço de desvendar como as ideias de feminilidade e masculinidade permeiam práticas sociais, definindo comportamentos, sentimentos e interações humanas, de modo

a possibilitar intervenções mais efetivas sobre a sua saúde” (VILLELA & OLIVEIRA, 2007 apud SOUTO, 2008, p. 319)

O Movimento Feminista propunha a compreensão sobre a necessidade de autonomia das decisões acerca do próprio corpo o que, por seu turno, inseriria a mulher no rol da cidadania, pois a desvencilharia do cárcere do corpo-fábrica, engendrando, no campo da atenção à saúde, um conceito de integralidade que levasse em conta uma revolucionária definição de gênero (SOUTO, 2008). É só em 2004, com o PNAISM, que o conceito de gênero ganha uma dimensão condizente com as históricas lutas dos movimentos populares: *“gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou mulher”* (BRASIL, 2004, p. 12 apud SOUTO, 2008).

Incluir essa abordagem na política de saúde significa reconhecer as condições feminina e masculina como estruturantes do cuidado integral à saúde e das ações e práticas desse cuidado, sendo esse um dos caminhos para a humanização e integralidade da atenção à saúde para homens e mulheres em todas as suas fases de vida. Dessa forma, existe uma indissociabilidade entre integralidade e gênero, entendendo-se que a representação simbólica do corpo feminino expressa a construção social e cultural da mulher na sociedade e que esta representação se cristaliza na assistência à saúde da mulher, definindo formas de cuidado nas quais se observa a priorização da saúde reprodutiva e a medicalização do seu corpo, negando à mulher a autonomia para escolher e decidir (SOUTO, 2008, p. 169).

1.3 Políticas de Saúde da Mulher e o Câncer de Colo de Útero

Em 1997/98, foi criado o Viva Mulher, o qual se tratava, na verdade, de um projeto-piloto para o estabelecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero, o qual seria criado pela Portaria MS/GM n. 3040/98 em 21 de junho de 1998 sob o nome Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero. Em 2011, com a

Portaria MS/GM n. 1473, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Gestor do Fortalecimento das Ações para a Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama. Em consonância com a Política Nacional de Promoção à Saúde, em 2011 foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), o qual aborda, além das doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e o diabetes, o câncer. Entre as metas: ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos, universalização dos exames de rastreamento dos cânceres de colo uterino e mama, como também tratar todas as mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer até 2022 (BRASIL, 2011). Em 2013, a Portaria n. 874/2013 instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, qual prevê, no seu segundo artigo, como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer, como também a diminuição da incidência de alguns tipos de câncer, instituindo ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Também estabelece as ações que cabem a cada uma das esferas do poder, ou seja, União, Estados e Municípios (BRASIL, 2013). O modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que seja garantido o acesso aos serviços e ao cuidado integral, o que pressupõe uma visão integral do sujeito, inserido em seu ambiente sociocultural, impondo-se assim diferentes e peculiares necessidades (CAB, 2013). Nesse contexto, as Linhas de Cuidado dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama implicam intervenções na promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, as quais partem de estratégias que organizam o atendimento aos indivíduos sob a perspectiva da integralidade em saúde (CAB, 2013)). As diretrizes para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero são em resumo: 1) prevenção e detecção precoce 2) qualidade dos exames de rastreamento 3) acesso à confirmação diagnóstica 4) tratamento adequado e em tempo oportuno (INCA, 2012). Com relação à estrutura operacional das Linhas de Cuidado do Câncer de Colo de

Útero, esta envolve desde a Atenção Primária à Saúde até a Atenção Terciária (CAB, 2013). No âmbito da Atenção Primária à Saúde, de início, deve-se realizar o cadastro e a identificação da população prioritária, levando a cabo, posteriormente, a avaliação da cobertura do rastreamento com vistas a ampliar o acesso aos exames. Ações de prevenção e educação em saúde, como também a realização da coleta do material para o exame citopatológico devem se dar nas Unidades Básicas de Saúde. Por fim, também é de incumbência das equipes de APS garantir o acompanhamento em cuidados paliativos. A depender do resultado do exame citopatológico, o paciente deve ser encaminhado para atendimento em alguma unidade da Atenção Secundária, que se constitui em referência especializada na patologia em questão para apoio diagnóstico e terapêutico. Condizente ainda com o princípio da hierarquização, caso a Atenção Secundária não possua a estrutura necessária ao diagnóstico e terapêutica para o caso em questão, o paciente deve ser referenciado à Atenção Terciária, a qual, via de regra, dispõe dos serviços de cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia. Essenciais também à operacionalização da Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero, são o Sistema de Apoio e Diagnóstico (SAD), os Sistemas de Informação e o Sistema de Regulação, os quais devem, obrigatoriamente, estar integrados. O SAD é constituído por laboratórios de referência para a realização dos exames diagnósticos, seguindo, necessariamente, as recomendações técnicas do Instituto Nacional do Câncer (Inca). Com relação aos Sistemas de Informações, uma de suas finalidades é disponibilizar informações com vistas a promover melhorias nos programas de rastreamento e diagnóstico. Destaca-se o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), o qual faz parte do Sistema de Informação do Câncer (Siscan). São usuários dos sistemas as coordenações do programa de câncer do colo do útero, unidades de saúde e os prestadores de serviço que realizam os exames citopatológicos e histopatológico. Tais sistemas permitem além da marcação de exames a elaboração de seguimentos das pacientes. Por fim, o Sistema de Regulação se constitui em um instrumento para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da

oferta e auxiliar no monitoramento e na avaliação dos pactos intergestores, promovendo equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde (CAB, 2013).

1.4 O colo do útero e o câncer

Parte de outro órgão, o útero, mais precisamente seu terço inferior, o colo do útero mede, em mulheres adultas não-grávidas, cerca de 2,5 cm ao comprimento (MOORE & DALLEY, 2007). Superiormente, em comunicação com o corpo do útero, tem-se o óstio interno do colo do útero; inferiormente, ao abrir-se para a vagina, tem-se o óstio externo do colo do útero. Em decorrência de sua relação com a vagina, é possível dividi-lo em duas porções: supravaginal e vaginal (STANDRING, 2010). Mantém relações indiretas com a bexiga anteriormente e com a escavação retouterina posteriormente (MOORE & DALLEY, 2007). Histologicamente, o colo do útero difere do restante do útero. Internamente, a mucosa é constituída por epitélio colunar simples secretor de muco, ganhando essa porção interna o nome de endocérvice; externamente, em sua relação com a vagina, o epitélio é do tipo pavimentoso estratificado, região essa que foi batizada como ectocérvice. Outra característica importante que diferencia o colo do restante do útero é o fato de constituir-se aquele de 85% de tecido conjuntivo denso com reduzida massa muscular lisa (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2008). O ponto em que os dois epitélios supracitados se encontram no colo do útero é chamado de junção escamocolunar (JEC), sendo esse local de encontro variável de acordo com características anatômicas e hormonais. Ao longo dos anos, a JEC desloca-se em direção superior, tomando o epitélio pavimentoso estratificado o lugar do epitélio colunar simples glandular, acabando por gerar a dita zona de transformação, composta por células escamosas imaturas, as quais são mais suscetíveis à infecção pelo papilomavírus humano (HPV), sendo esta área o sítio de desenvolvimento das lesões pré-cancerosas e cancerosas (KUMAR et al., 2010).

Sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, é responsável por cerca de 270 mil mortes por ano (OMS, 2013). Todavia,

algo nada raro, a distribuição dos casos e de seus corolários se dá de modo social e economicamente dependente ao redor do globo, o que fica claro quando se compara, por exemplo, a incidência e mortalidade para o câncer de colo do útero na Finlândia de 3,7: 100.000 e 0,9: 100.000, respectivamente, com as da Tanzânia de 50,9: 100.000 e 37,5: 100.000 (OMS, 2008). De fato, os extremos de um termômetro. Não se enquadrando como país dito desenvolvido, o Brasil, de acordo com dados divulgados pelo Inca, houve aumento, em números absolutos, na mortalidade por esse tipo de câncer ainda que, em números relativos tenha diminuído modestamente, sendo o terceiro tipo de câncer que mais mata no país. Ainda segundo esse mesmo órgão, a incidência para o ano de 2014 foi estimada em 15.590 casos novos (Inca, 2014). Por região, o câncer de colo de útero segue, obviamente, o mesmo padrão socioeconômico marcante em derredor do mundo, com as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentando os piores resultados (CAB, 2013). Como fatores de risco, o câncer de colo de útero apresenta: infecção genital persistente por HPV de alto de risco, tabagismo, início da vida sexual e paridade precoces, número elevado de parceiros sexuais, parceiro sexual promíscuo, multiparidade, doenças sexualmente transmissíveis, infecção por clamídias, uso de anticoncepcional oral, baixo nível socioeconômico, imunodeficiência pelo HIV e falta de acesso aos programas de rastreamento do câncer de colo do útero (FILHO et al., 2009; KUMAR et al., 2010; OMS, 2013; CAB, 2013). Com relação à etiopatogenia, a associação entre a infecção pelos representantes do grupo oncogênico do HPV e o câncer de colo uterino foi demonstrada em estudos clínicos e laboratoriais (FILHO et al., 2009). Em trabalho desenvolvido por Vidal et al. (2014), foi encontrada associação com os seguintes tipos de HPV: 16, 18, 45, 35, 58, 31, 33, 39, 52, 59, 73, 68, 26 e 51. Ainda que necessária, a infecção pelo HPV não é a única condição para que haja o desenvolvimento da lesão cancerosa (KUMAR et al., 2010; IARC, 2007). Portanto, as altas taxas de infecção pelo HPV, com prevalência variando de 13,7% a 54,3%, reforçam políticas de vacinação contra os tipos oncogênicos do HPV, sobretudo os tipos 16 e 18, responsáveis por 70% dos cânceres de colo

uterino (OLIVEIRA et al., 2013). Por fim, deve-se chamar a atenção para a nomenclatura das lesões pré-cancerosas, pois a conduta no âmbito da APS será estabelecida a partir dos achados do exame citopatológico, o que exige um domínio mínimo dos conceitos usados. Aqui, não há o que se possa chamar unanimidade, tendo em vista que a literatura apresenta, ao menos, duas classificações para as lesões pré-cancerosas. Em 1967, Richart propôs o conceito de Neoplasias Intraepiteliais (NIC), as quais seguem graus crescentes de gravidade, indo de displasias leves, NIC I, a displasias graves, NIC III, passando pelas displasias moderadas, NIC II (FILHO et al., 2009; KUMAR et al., 2010). Mais tarde foi proposta nova classificação, a qual reorganiza os conceitos anteriores, classificando a NIC I como Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LSIL) e as NIC II e NIC III em Lesões Intraepiteliais Escamosas de Alto Grau (HSIL) (KUMAR et al., 2010). Somente uma pequena parte, cerca de 10%, das LSIL progredem para HSIL, não havendo progressão direta para carcinoma, ao contrário das HSIL, as quais, via de regra, são o objetivo do rastreamento pelo exame citopatológico (KUMAR et al., 2010; INCA, 2011; INCA, 2015).

1.5 Rastreamento do Câncer de Colo de Útero

De acordo com as *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*, um sistema ideal de rastreamento deve incluir:

- (1) recrutamento da população-alvo, idealmente por meio de um sistema de informação de base populacional;
- (2) adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, que inclui definição da população-alvo e do intervalo entre as coletas, assim como elaboração de guias clínicos para o manejo dos casos suspeitos;
- (3) recrutamento das mulheres em falta com o rastreamento;
- (4) garantia da abordagem necessária para as mulheres com exames alterados;
- (5) educação e comunicação;
- (6) garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis do cuidado.

O Inca, através das *Diretrizes*, estabelece o método a ser usado para o rastreamento, a cobertura populacional, a periodicidade e a população-alvo. Em resumo, com relação ao método de rastreamento, diante de dados conflitantes na literatura científica e da análise de custo-benefício, recomenda-se o exame citopatológico convencional (Papanicolaou), almejando a uma cobertura superior a 70%, o que levaria a uma redução de mortalidade para algo em torno de 2:100.000/ano (ANTILA et al., 2009; ARBYN et al., 2009 apud INCA, 2011). Ainda de acordo com as Diretrizes do Inca, ficou estabelecido – com base em sólidas evidências científicas, sobretudo, no que se refere à idade de início – que a população-alvo do rastreamento para o câncer do colo uterino é aquela compreendida na faixa etária dos 25 aos 64 anos, sendo interrompidos quando, chegada a idade-limite, as mulheres tiverem, pelo menos, dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Segundo dados divulgados pelo Inca, a proporção de exames citopatológicos nessa faixa etária aumentou de 73,7% para 78,7% no período de 2007 a 2013 (INCA, 2015). No tocante à periodicidade geral, o rastreamento deve ser realizado anualmente até que haja dois exames negativos consecutivos anuais, quando, então, o intervalo deve ser de três anos. 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. Sendo ambos negativos, exames adicionais são desnecessários (INCA, 2011). De acordo com recente publicação, a proporção de mulheres que, já tendo feito o Papanicolaou em anos anteriores, passaram a fazê-lo apenas trienalmente ainda é baixo, 11%, o que pode indicar o excesso de exames (INCA, 2015).

Partindo do pressuposto que as ações de rastreamento do câncer de colo uterino visam à captura do estágio de lesão pré-cancerosa, mais precisamente, HSIL, é lógico que se avalie tal sistema de rastreamento através de um índice que relacione o número de HSIL e o de câncer invasor. Em 2013, no Brasil, a razão entre HSIL e câncer invasor apresentou aumento em relação aos anos anteriores, com melhores índices na região Sul (INCA, 2015). Outro parâmetro bastante útil é o

porcentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%, situação essa que indica necessidade de maior investimento em qualificação profissional (INCA, 2015).

No que se refere à qualidade da amostra, em 2013, entrou em vigor a Portaria MS/GM n. 3388, a chamada Portaria QualiCito. Entre outros itens, essa portaria dispõe sobre os critérios a que devem atender os laboratórios para que possam integrar a rede de laboratórios credenciadas; como também, lista os parâmetros que servirão de pedra-de-toque para avaliação da qualidade das amostras, quais sejam: (1) Índice de Positividade, que deve ser calculado pela fórmula (número de exames alterados por ano/número de exames satisfatórios) x 100 (2) percentual de células escamosas atípicas de significado indeterminado entre os exames satisfatórios (ASC/Satisfatórios), calculado pela fórmula (número de ASC/número de exames satisfatórios) x 100 (3) percentual de células escamosas atípicas de significado indeterminado entre os exames alterados (ASC/Alterados), calculado pela fórmula (número de ASC/número de exames alterados) x 100 (4) razão entre células escamosas atípicas de significado indeterminado e lesão intra-epitelial escamosa (ASC/SIL), calculado pela fórmula número de ASC/número de exames SIL (5) percentual de lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL), calculado pela fórmula (número de HSIL/número de exames satisfatórios) x 100 (6) percentual de insatisfatórias, calculado pela fórmula (número de amostras insatisfatórias no mês/total de exames no mês) x 100 (7) tempo médio de liberação dos exames, calculado pela soma dos dias transcorridos entre a entrada dos materiais e a liberação dos laudos, dividido pelo total de exames liberados no período, o qual não deve ultrapassar o limite de 30 (trinta) dias a partir da entrada do material no laboratório (BRASIL, 2013). As siglas citadas na portaria pertencem à Nomenclatura Citológica Brasileira, que se baseia no sistema Bethesda (INCA, 2011).

REFERÊNCIAS:

1. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. *Revista Saúde em Debate*. 2009; 33 (81): 27-37.
2. Souto KMB. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *Revista SER Social*. 2008; 10 (22): 161-182.
3. Narvai PC. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV (org). *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p. 28-42.

4. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 13. Brasília: Editora MS; 2013. 124p.
5. Inca. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero. Rio de Janeiro: CEDC; 2011. 104p.
6. Inca. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Informativo Detecção Precoce. 2015; 6 (1): 1-8.
7. Murata IMH et al. Cobertura do Papanicolaou em Mulheres de 25 a 59 anos de Maringá – PR, Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia. 2012; 58 (3): 409-415.
8. Navarro C et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. Revista Saúde Pública. 2015; 49 (17): 1-8.
9. Brito-Silva K et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. Revista Saúde Pública. 2014; 48 (2): 240-248.
10. Speck NMG et al. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. Revista Einstein. 2015; 13 (1): 52-57.
11. Tomasi E et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo do útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil. 2015; 15 (2): 171-180.
12. Lamarca G, Vettore M. Por que algumas mulheres não fazem o exame preventivo de colo do útero? Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2013 [acesso 2015 Ago 19]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2013/12/por-que-algumas-mulheres-nao-fazem-o-exame-preventivo-de-colo-de-utero/>
13. Leal A. Incidência do câncer de colo do útero cai em dez anos. Brasília: EBC Agência Brasil; 2014 [acesso 2015 Ago 17]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-11/mortes-por-cancer-de-colo-de-utero-tem-leve-queda-em-dez-anos>
14. DATASUS. Informações de Saúde. [acesso 2015 Out 11]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

15. IBGE. Indicadores. [acesso 2015 Out 11]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao
16. DEEPASK. O mundo e as cidades através de gráficos e mapas. [acesso 2015 Out 11]. Disponível em: <http://www.deepask.com/>
17. ANS. Taxa de cobertura de planos de saúde. [acesso 2015 Out 11]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def
18. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Sáude Soc.* 2011; 20 (4): 867-874.
19. Matta GC; Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* 2006.
20. Schweitzer MC et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. *O Mundo da Saúde.* 2012; 36(3): 442-451.
21. Ramalho KS et al. Política de Saúde da Mulher à Integralidade: efetividade ou possibilidade? *Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais Fits.* 2012; 1(1). 11-22.
22. Mesquita CG. Saúde da Mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do PAISM. *ANPUH.* 2011

2. REGRAS PARA A PUBLICAÇÃO: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Submissões Online

Já possui um login/senha de acesso à revista Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade?

[Acesso](#)

Não

tem

login/senha?

[Acesse a página de cadastro](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Diretrizes para Autores

1. APRESENTAÇÃO E PREPARO DOS MANUSCRITOS

1.1. Formato: os textos devem ser formatados em arquivo DOC. O padrão de formatação exigido é Word for Windows – versão 6.0 ou superior, página padrão A4, fonte Arial (tamanho 11), espaçamento entre linhas 1,5 e numeração seqüencial em todas as páginas. Margem esquerda e superior 3cm e margem direita e inferior 2cm. **Notas de rodapé não são permitidas.** Os conceitos e opiniões expressos nos manuscritos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

IMPORTANTE:

- Os arquivos DOC não devem conter nomes e instituição de nenhum dos autores do artigo.
- Durante o processo de submissão do manuscrito até a publicação do artigo, a identificação de autoria é informação restrita aos Editores da RBMFC, sendo incluída somente no campo de cadastro de metadados, durante a submissão eletrônica.

1.1.1 Originalidade: no sentido de fortalecer a **originalidade científica dos artigos publicados na RBMFC é necessário que os Artigos Originais explicitem quatro pontos obrigatórios na seção Discussão, organizados em subtópicos: (1) Resumo dos principais achados do estudo; (2) Fortalezas e limitações do estudo; (3) Comparação com a literatura já existente; e (4) Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais.**

1.2 Apresentação (arquivo DOC)

1.2.1 Título: deve ser apresentado nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Os autores também devem fornecer um título resumido no idioma do artigo. **O título completo deve ser conciso e representar com precisão o conteúdo do artigo.** Evitar títulos longos e com abreviaturas. **Os títulos devem ser chamativos a fim de atrair o interesse dos leitores para facilitar a divulgação dos conteúdos publicados na RBMFC.**

1.2.2 Resumos: devem ser apresentados em Português, Inglês (*Abstract*) e Espanhol (*Resumen*), estruturados no formato "Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão" dependendo da seção. O limite de palavras pode variar de acordo com a [seção](#) de submissão. Devem ser evitadas abreviaturas nos resumos.

1.2.3 Palavras-chave: em Português, Inglês (*keywords*) e Espanhol (*palabras clave*): mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho de acordo com o vocabulário estruturado e trilingue [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde](#) da [BIREME \(Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde\)](#).

Observação: a versão final do título, resumo e das palavras-chave para os idiomas inglês e espanhol ficarão sob responsabilidade da própria Revista.

1.3 Texto principal: de acordo com a estrutura recomendada para cada [seção](#) da RBMFC. Observação: a designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

1.3.1 Nomenclatura: devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

1.4 Ilustrações (tabelas, quadros, gráficos, e figuras) devem ser enviadas junto ao texto principal, conforme a ordem de aparecimento. Todo o material

ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto sempre como figuras, exceto as tabelas, os quadros e gráficos que têm indicações próprias. As fórmulas e equações devem ser descritas no texto. As ilustrações devem ser confeccionadas em programas digitais que permitam boas condições para editoração e reprodução. São consideradas ilustrações:

1.4.1 Tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.).

1.4.2 Quadros (elementos demonstrativos com informações textuais).

1.4.3 Gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações).

1.4.4 Figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, como também por meio de desenhos ou fotografias).

1.4.5 Fórmulas e Equações (expressões matemáticas ou químicas) devem ser apresentadas na sequência normal do texto, destacando-as para facilitar a leitura e compreensão. Por exemplo, no parágrafo as fórmulas e equações devem estar centralizadas e identificadas por algarismos arábicos consecutivos colocados entre parêntese na extrema direita da linha (Exemplo 2), enquanto que sua citação no texto deve ser indicada pela palavra seguida do número entre parênteses, conforme abaixo:

Exemplo 1:

[...] conforme mostra a equação (1).

[...] conforme mostra a fórmula (2).

Exemplo 2:

$\text{HO}_2 + \text{CS}_2\text{N}_3 \text{ ® } \text{HO}_2 + \text{CS}_2\text{N}$ (1)

$x^2 + y^2 + z^2$ (2)

1.5 Referências: é de responsabilidade dos autores citar as referências diretas das fontes originais de pesquisa, formatadas no estilo Vancouver e limitadas às citações no texto.

[CLIQUE AQUI](#) e acesse o Guia para as Normas do Estilo Vancouver

1.5.1 Utilizar o sistema numérico, no qual as referências devem seguir a mesma ordem numérica crescente e devem ser indicadas com algarismos sobrescritos e numeradas segundo a ordem de aparecimento no texto.

1.5.2 Identificar as referências tabelas e legendas, por meio de números arábicos sobrescritos após o texto - um pouco acima da linha do texto, após a pontuação. Exemplo:

- Com base nos achados histológicos, os FHM foram divididos em cinco tipos histológicos.⁴
- Marcadores imunohistoquímicos para histiócitos e células derivadas do mesênquima, como a alfa-1 antitripsina, “têm se mostrado úteis na discriminação entre os FHM e as neoplasias de origem epitelial.”⁸

As referências citadas somente em tabelas ou em legendas devem ser numeradas de acordo com a seqüência estabelecida pela primeira identificação no texto da tabela ou figura particular.

1.5.3 Informar as URLs (links ativos) para as referências online. Dar preferência para links persistentes como o DOI (Digital Object Identifier). [CLIQUE AQUI](#) para pesquisar o DOI das referências citadas.

1.5.4 Idiomas: a RBMFC aceita manuscritos em **Português, Inglês ou Espanhol**.

2. ÉTICA EM PESQUISA

2.1 Princípios éticos: a pesquisa deve ter sido conduzida dentro dos padrões exigidos pelos órgãos de ética em pesquisa e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

A [Plataforma Brasil](#) é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios - desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela Conep, quando necessário - possibilitando inclusive o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas (quando concluídas). Pela Internet é possível a todos os envolvidos o acesso, por meio de um ambiente compartilhado, às informações em conjunto, diminuindo de forma significativa o tempo de trâmite dos projetos em todo o sistema CEP/CONEP.

2.2 Parecer CEP: todos os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos deverão vir acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética correspondente (parecer CEP aprovado), na forma de "documento suplementar" (item 04 da submissão eletrônica).

2.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: casos clínicos devem submeter documento suplementar com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo paciente ou seu responsável legal autorizando a publicação do caso.

Acesse o [MODELO TCLE](#) sugerido pela RBMFC.

O Conselho Editorial da RBMFC se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

2.4 Plágio: significa copiar ou assinar uma obra - em partes ou totalmente reproduzida- sem dar os devidos créditos ao autor original. Considerado crime de violação de direito autoral previsto no código penal brasileiro e na lei 9610. Para evitar plágio, sugerimos aos autores que estejam atentos às recomendações a seguir:

2.4.1 Paráfrase: coloque a ideia com suas próprias palavras. Certifique-se para não copiar literalmente mais de duas palavras em uma linha do texto. Caso utilize trechos maiores é necessário colocá-los entre aspas.

2.4.2 Citação: siga as diretrizes de formatação de documentos do estilo Vancouver. Envolve a adição dos nomes dos autores e a data da publicação ou

informação similar. Não citar corretamente pode constituir plágio. Ao citar uma fonte, utilize a frase exatamente como aparece no texto original. Citações em bloco, ou seja, citações de 40 palavras ou mais, são desaconselhadas.

2.4.3 Citando citação: essa prática envolve a adição de um número de página ou um número de parágrafo, no caso de conteúdo web.

2.4.4 Auto citação: caso os autores utilizem ideias próprias, porém já publicadas anteriormente, devem se auto citar. Utilizar material já publicado sem referenciá-lo adequadamente denomina-se autoplágio.

IMPORTANTE:

- **Em caso de identificação de plágio no manuscrito, tanto por nossos avaliadores como pelos editores, a submissão será rejeitada e arquivada e os autores informados na sequência.**

2.5 A RBMFC publica **somente artigos inéditos e que não estejam sob avaliação em nenhum outro periódico científico.** Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico o artigo será desconsiderado pelos editores.

3. CONFLITO DE INTERESSES

Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

[CLIQUE AQUI](#) e acesse Modelo de Declaração de Conflito de Interesses.

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte,

institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. SUBMISSÃO ELETRÔNICA

A submissão de artigos para a RBMFC é feita eletronicamente apenas, e os textos deverão ser remetidos por meio da plataforma SEER, acessada em www.rbmfc.org.br. O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Durante o processo de submissão eletrônica, o autor correspondente deverá seguir os seguintes passos:

Passo 1. Iniciar submissão

- Selecionar a seção a que se destina o artigo de acordo com as [Políticas de Seção](#) da RBMFC;
- selecionar o idioma do artigo;
- ler e aceitar as Condições para submissão;
- ler e aceitar a Declaração de Direito Autoral.

Passo 2. Transferência do manuscrito

- Fazer *upload* do arquivo do manuscrito em formato DOC, DOCX ou ODT;
- para garantir o anonimato dos autores, esse arquivo não deve conter nome de nenhum dado que possa revelar a identidade dos autores;

- substituir palavras no texto, como nome de instituições, cidade, estado, país, local onde a pesquisa foi realizada, porXXXXXXXXXX e só devem ser reveladas pelo autor no manuscrito final após aprovação;
- remover a identificação do autor das propriedades do documento.

Passo 3. Metadados da submissão (Indexação)

- Selecionar o idioma do artigo para preencher o formulário;
- preencher todos os campos do formulário, inclusive os que não possuem asterísco (* Indica campo obrigatório) de acordo com a norma gramatical vigente. O uso de caixa alta somente para siglas;
- o sistema apresenta os dados do autor correspondente e este deve inserir os demais autores clicando em "Incluir autor", localizado antes do campo "Título";
- inserir nomes dos autores na ordem de publicação (no formato: somente iniciais maiúsculas). Exemplo: João Francisco da Silva;
- informar o e-mail individual de cada autor;
- informar ORCID. O identificador ORCID pode ser obtido no [registro ORCID](#). Você deve aceitar os padrões para apresentação de iD ORCID e incluir a URL completa (por exemplo: <http://orcid.org/0000-0002-1825-0097>);
- usar o campo URL para informar o [Currículo Lattes](#);
- informar afiliações institucionais (no formato: Instituição (SIGLA). Cidade, Estado). A afiliação do autor deve incluir somente local onde o autor trabalha atualmente ou a universidade onde a pesquisa foi realizada, se o autor for aluno da pós-graduação dessa universidade;
- selecionar o País da instituição informada;
- declarar eventuais conflitos de interesses dos autores
- informar um resumo da biografia (Ex.: departamento e área). Não é necessário incluir histórico de formação do autor.
- o título completo deve ser chamativo, conciso e representar com precisão o conteúdo do artigo. Evitar títulos longos e com abreviaturas.

- resumo deve ser estruturado no formato "Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão" dependendo da seção. O limite de palavras pode variar de acordo com as [Políticas de Seção](#). Devem ser evitadas abreviaturas.
- inserir assunto e palavras-chave de acordo com [Descritores em Ciências da Saúde da BIREME](#). Use a ferramenta [MeSH on Demand](#) para identificar termos que melhor descrevem seu texto.

Passo 4. Transferência de documentos suplementares

- arquivo PDF do parecer aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa para trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para casos clínicos;
- declaração de conflitos de interesses dos autores quando houver.

Passo 5. Confirmação da submissão

- Verifique se todos os documentos submetidos estão na lista e para finalizar clique em "Concluir submissão".

6. CRITÉRIOS DE AUTORIA

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. O reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

6.1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;

6.2. Redação do manuscrito ou;

6.3 Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas. No Passo 1 da submissão eletrônica de artigos, os autores deverão concordar com a responsabilidade de autoria, marcando a primeira caixa de seleção das Condições para Submissão.

6.4 Autores: devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A

qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

6.5 Após a aprovação do artigo, e antes da publicação final, todos os autores deverão especificar suas contribuições individuais na elaboração do artigo, enviando para o e-mail rbmfc@sbmfc.org.br “declaração de autoria e de responsabilidade”, em formato PDF, com as assinaturas digitalizadas.

6.5.1 Modelo de Declaração de Autoria e Responsabilidade

7. AGRADECIMENTOS

Quando existirem agradecimentos a colaborador(es) que não se enquadra(m) na condição de autor(es), estes deverão compor um texto num arquivo DOC a parte, que deverá ser transferido na forma de "documento suplementar" (item 04 da submissão eletrônica). Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos.

8. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO MANUSCRITO

8.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pela plataforma SEER. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas na plataforma SEER.

8.2 O contato com a Secretaria Editorial da RBMFC deverá ser feito através da plataforma SEER ou pelo e-mail rbmfc@sbmfc.org.br

9. DÚVIDAS E ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC

Rua Evaristo da Veiga, 16 sala 401

Centro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

CEP: 20031-040

Endereço eletrônico: rbmfc@sbmfc.org.br

Editores

Prof. Dr. Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Universidade de São Paulo (USP),
Brasil.

Prof. Dr. Paulo Poli Neto, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil.

Editora Executivo

David Matos Milhomens

david@sbmfc.org.br

Bibliotecário CRB-14/1268

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Declaro que participei de forma significativa na construção e formação deste estudo ou da análise e interpretação dos dados, como também na redação deste texto, tendo, enquanto autor, responsabilidade pública

pelo conteúdo deste. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido à apreciação do Conselho Editorial de outra publicação.

2. O arquivo do manuscrito está em formato doc tamanho A4 – formato de letra Fonte Arial, tamanho 11, espaçamento entre linhas 1,5 e numeração seqüencial em todas as páginas no canto inferior direito. Margem esquerda/superior 3cm e direita/inferior 2cm.
3. Em caso de submissão a uma [seção](#) com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

O arquivo DOC não contém nome e instituição de nenhum dos autores do artigo e nem nas propriedades do arquivo:

- palavras como nome de instituições, cidade, estado, país, local onde a pesquisa foi realizada foram substituídas por XXXXXXXXXXXX e só serão reveladas pelo autor no manuscrito final após aprovação;
 - a identificação do autor foi retirada das propriedades do documento.
4. Cópia do parecer do CEP. Os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos estão acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética correspondente, na forma de "documento suplementar" (item 04 da submissão eletrônica). Número de aprovação pelo CEP no método.
 5. URLs (links) para as referências foram informadas quando possível.

Inseri os links DOI quando possível. Pesquisar em:

<http://www.crossref.org/SimpleTextQuery/>

6. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.

Declaração de Direito Autoral

Esta revista proporciona acesso público a todo seu conteúdo, seguindo o princípio de que tornar gratuito o acesso a pesquisas gera um maior intercâmbio global de conhecimento. Tal acesso está associado a um crescimento da leitura e citação do trabalho de um autor. Para maiores informações sobre esta abordagem, visite [Public Knowledge Project](#), projeto que desenvolveu este sistema para melhorar a qualidade acadêmica e pública da pesquisa, distribuindo o OJS assim como outros software de apoio ao sistema de publicação de acesso público a fontes acadêmicas. Os nomes e endereços de e-mail neste site serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO MUNICÍPIO DE ARACAJU: 2012, 2013 E 2014.

CERVICAL CANCER SCREENING IN ARACAJU: 2012, 2013 AND 2014

TAMIZAGE DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ARACAJU: 2012, 2013 Y 2014.

Objetivo: estimar a taxa de cobertura para rastreamento de câncer de colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos em unidades básicas de saúde do município de Aracaju nos anos de 2012, 2013 e 2014, como também a mortalidade por câncer de colo uterino no mesmo período. **Método:** foram coligidos dados de domínio público referentes ao número de exames Papanicolaou realizados no município de Aracaju nos anos de 2012, 2013 e 2014 e, a partir de dados populacionais, calculou-se a taxa de cobertura para os respectivos anos para a população feminina na referida faixa etária e que foi atendida no SUS; processo equivalente foi realizado quanto à mortalidade. Utilizou-se ainda o banco de dados da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. **Resultados:** encontraram-se em todos os anos realizados baixas taxas de cobertura para o rastreamento do câncer de colo uterino no âmbito do SUS, a saber: 2012 – 17%, 2013 – 15%, 2014 – 12%. Quanto à mortalidade: 2012 – 20 óbitos (11.8:100.000 mulheres), 2013 – 15 óbitos (8.2:100.000 mulheres), 2014 – 17 óbitos (9.1:100.000 mulheres). **Conclusão:** comparada às metas preconizadas pelo Inca e pela OMS para o rastreamento de câncer de colo uterino, a taxa de cobertura do rastreamento realizado pelo SUS no município de Aracaju nos anos de 2012, 2013 e 2014 se encontra muito aquém do preconizado, o que acaba por refletir-se na alta mortalidade pela doença.

Palavras-chave: Programas de rastreamento; neoplasias do colo uterino; registros de mortalidade; atenção primária à saúde

ABSTRACT

Objective: Estimate the coverage rate for screening cervical cancer in the age group 25-64 years in family health centers from Aracaju – Sergipe - Brasil in the years 2012, 2013 and 2014, as well as mortality rate from cervical cancer in the same period.

Methods: Public domain data were collected on the number of Papanicolaou tests performed in the municipality of Aracaju in the years 2012, 2013 and 2014 and from population data, we calculated the coverage rate for the respective years for the female population in that age group and that was assisted in National Public Health in Brasil; equivalent procedure was performed for mortality. We used also the content of the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care.

Results: every year were found low coverage rates for the screening of cervical cancer in the SUS in Aracaju, namely: 2012-17%, 2013-15%, 2014-12%. Regarding mortality: 2012-20 deaths (11.8: 100,000 women), 2013-15 deaths (8.2: 100,000 women), 2014-17 deaths (9.1: 100,000 women).

Conclusion: compared to the targets recommended by the National Cancer Institute of Brasil and the WHO to screen for cervical cancer, the screening coverage rate performed by the SUS in the city of Aracaju in the years 2012, 2013 and 2014 is lower than recommended levels, which is reflected in the high mortality of the disease.

Key Words: Mass screening, Uterine Cervical Neoplasms, Primary Health Care

RESUMEN

Objetivo: estimar la tasa de cobertura para el rastreo de cáncer de cuello uterino en el grupo de edad de 25-64 años en las unidades básicas de salud en la ciudad de Aracaju, en los años 2012, 2013 y 2014, así como la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el mismo período.

Método: datos de dominio público se recogieron sobre el número de pruebas de Papanicolaou realizadas en el municipio de Aracaju, en los años 2012, 2013 y 2014 y de los datos de población, se calcula la tasa de cobertura de los respectivos años para la población femenina en este grupo de edad y que fue asistido por el SUS; procedimiento equivalente se realizó para la mortalidad. Se utilizó también los datos de la evaluación externa del Programa de Mejora del Acceso y la Calidad en la Atención Primaria.

Resultados: muestra que en todos los años existen bajas tasas de cobertura para el rastreo de cáncer de cuello uterino en el SUS en Aracaju, a saber: 2012-17%, 2013-15%, 2014-12%. Cuanto a la mortalidad en cada año: 2012-20 muertes (11,8: 100.000 mujeres), 2013-15 muertes (8,2: 100.000 mujeres), 2014-17 muertes (9,1: 100.000 mujeres).

Conclusión: En comparación con las metas recomendadas por el Instituto Nacional del Cáncer y la OMS para detectar el

cáncer de cuello uterino, la tasa de cobertura del tamizaje realizado por el SUS en la ciudad de Aracaju, en los años 2012, 2013 y 2014 es muy por debajo de los niveles recomendados, que resulta ser reflejado en la alta mortalidad de la enfermedad.

Palabras Clave: Tamizaje Masivo, Neoplasias del Cuello Uterino, Atención Primaria de Salud

INTRODUÇÃO

Recrudescendo lado a lado com os ideários da Reforma Sanitária, as forças ideológicas feministas concorreram para uma mudança nas políticas de saúde da mulher, levando a uma visão integral que levasse em conta todos os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, culminando na criação, em 2004, da Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PNAISM) ^{1,2}. O rastreamento do câncer de colo do útero se insere nas práticas integralizadoras da Atenção Primária à Saúde ³.

Em 2011, o Instituto Nacional do Câncer (Inca) lançou as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero, documento que estabelece, além de instruções e orientações sobre o processo de rastreamento, metas de cobertura e periodicidade dos exames. Estabelece que, pelo menos, 70% da população feminina na faixa etária dos 25 aos 64 anos realize o exame Papanicolaou com periodicidade anual até dois exames negativos em sequência, quando então o intervalo entre dois exames pode ser de três anos ^{4, 5}. Em 2002 a OMS emitiu um documento em que preconiza meta de rastreamento superior a 80% ^{7, 11, 19}. Os exames são, preferencialmente, realizados no âmbito da Atenção Básica, sendo o material colhido nas Unidades Básicas de Saúde e levados para análise em laboratórios de referência, sendo os casos pertinentes referenciados aos subsequentes níveis de atenção da rede SUS ⁵.

De acordo com dados recentes divulgados pelo Inca, todas as regiões geográficas brasileiras já alcançaram a meta de cobertura preconizada, ou seja, mais de 70% da população feminina na faixa etária dos 25 aos 64 realizaram o Papanicolaou, porém com discrepâncias entre os estados e as cidades ⁶. Além disso, de acordo com dados do Atlas de Mortalidade por Câncer, no Brasil, o número de óbitos por câncer de colo uterino apresentou uma queda relativa de 2002 a 2012, ainda que, em números absolutos, tenha havido um aumento, sendo o terceiro tipo de câncer que mais mata as mulheres ¹³.

O exame Papanicolaou é um exame amplamente acessível tanto do ponto de vista técnico quanto do ponto de vista econômico, sendo inaceitáveis taxas de cobertura tão baixas quanto às ainda registradas em algumas localidades^{7,11}. Ademais, é um método comprovadamente eficiente de prevenção e mortalidade, tendo excelente relação custo-benefício^{5,11}. O objetivo do rastreamento é surpreender uma lesão intraepitelial escamosas de alto grau (HSIL), quando o tratamento é bastante eficiente⁶.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo que visa a avaliar temporalmente o grau de cobertura da população-alvo para o rastreamento do câncer de colo do útero pelo SUS, como também mortalidade relativa a essa mesma doença, com base em dados referentes aos anos de 2012, 2013 e 2014 no município de Aracaju.

Os dados populacionais por sexo (feminino) e faixa etária (25-64 anos) do município de Aracaju relativos aos anos de 2012, 2013 e 2014, foram obtidos a partir do sítio eletrônico DEEPASK, o qual organizou os dados a partir do cruzamento de informações dos sítios do IBGE e do DATASUS; enquanto os dados concernentes à quantidade de exames citopatológicos para rastreamento do câncer de colo uterino, realizados em todas as Unidades de Saúde situadas no mesmo município e nos mesmos anos, foram coletados a partir do sítio DATASUS, como também os dados de mortalidade por câncer de colo do útero nos mesmos anos e município. Os dados referentes à distribuição da população entre assistidas por planos de saúde e usuárias SUS foram obtidos a partir do sítio da ANS (Agência Nacional de Saúde). Para o cálculo da porcentagem da cobertura do rastreamento do câncer de colo uterino, dividiu-se o número de exames realizados pela população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos do respectivo ano e multiplicou-se o resultado por cem. Como padrão para a avaliação, foram utilizadas as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (2011), o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), como também o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013-2015), os quais estabelecem como população-alvo para o rastreamento do câncer de colo uterino aquela situada na faixa etária de 25 a 64 anos e uma cobertura satisfatória quando esta cobrir mais de 70% da população-alvo estabelecida.

Buscou-se, através de análise e comparação temporais dos dados, observar se houve mudança no grau de cobertura para o rastreamento de câncer de colo uterino, no

período de 2012 a 2014, referente à população-alvo de 25 a 64 anos atendida em qualquer das Unidades de Saúde do município de Aracaju. Também, procurou-se observar se houve alteração na mortalidade por câncer de colo uterino nos mesmos período e local e na faixa etária da população-alvo, e se essa mudança foi condizente com a do grau de cobertura. Os dados coligidos foram organizados em planilhas do aplicativo Excel 2013. Em auxílio para a discussão dos resultados da pesquisa, foram acessados os dados da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que avaliou as condições de infra-estrutura e processo de trabalho das equipes de saúde da família no país. Esta avaliação foi realizada em Aracaju pela Universidade Federal de Sergipe e coordenada por um dos autores.

O presente estudo faz parte do trabalho de conclusão de curso do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Como o estudo se constitui na análise comparativa de dados de domínio público, prescinde de autorização de Comitê de Ética.

RESULTADOS

Tendo em vista que a população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos no município de Aracaju nos anos de 2012, 2013 e 2014 era de, respectivamente: 168.122, 182.601 e 186.669 ¹⁶. Igualmente, partindo-se do fato de que a população feminina na faixa etária supracitada no município de Aracaju atendida pelo SUS, nos anos de 2012, 2013 e 2014 era de, respectivamente: 107.598 (64%), 113.212 (62%) e 113.868 (61%) ¹⁷. Com base no exposto, foi possível calcular a porcentagem da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos e atendida pelo SUS que realizou o exame de Papanicolau nos anos de 2012, 2013 e 2014, tendo os seguintes resultados, respectivamente: 17%, 15% e 12% (Figura 1). Sendo o número de exames realizados nos anos de 2012, 2013 e 2014, respectivamente: 18.300, 16.567 e 13.776 ¹⁴. Os dados de mortalidade por câncer do colo uterino foram os seguintes nos anos de 2012, 2013 e 2014 respectivamente: 20 óbitos (11.8/ 100.000 mulheres), 15 óbitos (8.2/ 100.000 mulheres) e 17 óbitos (9.1/ 100.000 mulheres) (Figura 2) ¹⁴.

Figura 1

Fonte: DATASUS ¹⁴

Figura2

Fonte: DATASUS ¹⁴

A avaliação Externa realizada pelo PMAQ ¹⁸, conduzida em Aracaju pela Universidade Federal de Sergipe, possuía dentre seus módulos de avaliação, um que avaliava a infraestrutura das Unidades de Saúde e outro que avaliava o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. O PMAQ avaliou 72 das 137 equipes existentes em Aracaju, visitando 29 de suas 43 unidades de saúde.

No módulo de infraestrutura das Unidades, foi avaliado se a equipe possuía os seguintes equipamentos para realização do rastreamento: mesa para exame ginecológico, foco de luz para o exame, espécuro, escovinha endocervical, espátula de Ayres, lâmina de vidro com lado fosco e fixador de lâmina. Estas estruturas são considerada indispensável para a realização do exame. Das 29 unidades avaliadas, somente 4 indicaram a ausência de 1 ou mais destes materiais.

Do módulo de organização do processo de trabalho, a pesquisa avaliou: se as equipes realizavam o exame, se possuíam o registro das mulheres elegíveis para o exame, se utilizavam protocolos de classificação de risco para o câncer de colo de útero, se realizava busca ativa destas mulheres e se realizavam atividades de promoção da saúde com o tema. Na execução das ações relativas ao rastreamento do câncer de colo de útero, encontramos na avaliação do PMAQ o disposto no quadro 1:

Número de equipes avaliadas	Que realizam o Exame	Que possuem o registo de mulheres elegíveis	Que utilizam protocolos	Que realizam busca ativa	Que realizam atividades de promoção da saúde
72	70 (97,2%)	64 (88,9%)	63 (87,5%)	62 (86,1%)	66 (91,6%)

Quadro 1.

DISCUSSÃO

De acordo com estudos citados nas Diretrizes do Inca (2011) ⁵ para o rastreamento do câncer de colo uterino, a taxa de mortalidade para esta doença é menor ou igual a dois para 100.000 mulheres por ano se houver uma cobertura para o rastreamento maior que 70% na faixa etária preconizada. Diante disso, a leitura dos dados levantados pelo

presente estudo revela situação de vulnerabilidade da população feminina na faixa etária dos 25 aos 64 anos no município de Aracaju ao longo dos anos 2012, 2013 e 2014.

Levando em consideração que, no município de Aracaju, cerca de 64% da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos são usuárias do SUS ¹⁷, somente 17% deste total realizaram o Papanicolau, um dado desalentador tendo em vista a facilidade técnica de realização e ampla disponibilidade do exame ¹¹. Tal quadro, não apresenta melhora quando se continua a linha do tempo, tendo, em 2013, uma taxa de cobertura de 15% e, em 2014, 12% para as usuárias do SUS, estas ainda representando maioria entre mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. Esses resultados põem o município de Aracaju em situação bastante precária em comparação a outros municípios que tiveram sua cobertura avaliada em outros estudos. Em estudo realizado com mulheres de 25 a 59 anos na cidade de Maringá, encontrou-se uma taxa de cobertura do Papanicolaou de 87,6% ⁷. Em recente estudo, avaliou-se a cobertura do rastreamento de câncer de colo uterino no município de Boa Vista, também incluindo mulheres na faixa etária dos 25 aos 64 anos, o qual evidenciou taxa de cobertura de 85,7% ⁸. Ressalta-se, porém, que sendo trabalhos com desenho diverso do que ora se apresenta aqui, a comparação se torna imprecisa. De acordo com dados do Inca (2015) ⁶, já em 2013, todas as regiões apresentavam coberturas acima de 70% para rastreamento do câncer de colo do útero, o que acentua o descompasso do município de Aracaju em relação aos avanços no tocante às políticas de saúde da mulher.

Há que se destacar que os dados, em linha temporal, podem ser vistos de, pelo menos duas formas ⁸. De um lado, pode-se considerar que boa parte das mulheres que realizaram o exame de rastreamento no primeiro ano pode compor, também, a maior parte das mulheres que fizeram o exame nos anos seguintes, resultando, a um só tempo, em excesso de rastreamento para uma pequena parte da população-alvo e ausência para o restante, ou seja, a maior parte. Em outro cenário, ainda preocupante em relação à saúde das mulheres de Aracaju, poderia ocorrer, uma espécie de revezamento entre as mulheres na realização do rastreamento, atingindo, ao final de três anos, uma maior porcentagem da população-alvo. O presente estudo, por trabalhar com dados referentes a exames realizados por ano, não esclarece tal ponto.

Como consequência, em grande medida, de um rastreamento deficiente para o câncer de colo uterino, a mortalidade por esta doença em Aracaju apresenta níveis elevados em relação aos dados nacionais. Por exemplo, em relação ao ano 2012, a mortalidade

nacional para o câncer de colo uterino foi de 4,72/100000 mulheres ¹², enquanto que o município de Aracaju contabilizou 20 mortes nesse mesmo ano, o que representa uma taxa de 11,8/100000 mulheres de acordo com dados do DATASUS, seguindo alta em números relativos para os anos de 2013 e 2014, respectivamente, 8,2 e 9,1 para 100000 mulheres ¹⁴. Como comparação, pode-se citar estudo publicado em 2014 que identificou redução de mortalidade por câncer de colo uterino em todas as capitais do nordeste, com queda de 3,3% ao ano no período que vai de 1980 a 2010 ²⁰.

Como possíveis explicações para a baixa cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero e seus corolários, pode-se aventar como possibilidades bastante palpáveis no referido contexto, uma baixa escolaridade e precária situação econômica da maior parte das usuárias do SUS ^{8, 12}, como também um ainda incipiente sistema de informação que venha a embasar uma prática efetiva de busca ativa ³. Apesar do resultado ruim apontado nos indicadores, a avaliação externa do PMAQ demonstrou que há condição de realização do exame Papanicolau em quase todas as Unidades de Saúde avaliada e as quase totalidade das equipes afirma que realiza o exame.

Todavia, o presente estudo não tem por objetivo construir explicações para a situação do rastreamento do câncer de colo uterino no município de Aracaju, deixando-se a sugestão de posterior estudo que venha a preencher tal lacuna.

CONCLUSÃO

Com base no exposto, fica evidente que, apesar dos avanços em âmbito nacional no que se refere às políticas de prevenção do câncer de colo uterino, ainda há muita discrepância quando se volta o olhar para as subdivisões regionais. Especificamente no município de Aracaju, os índices de cobertura do rastreamento do câncer de colo uterino estão muito aquém do preconizado pelas diretrizes nacionais e também internacionais, notando-se, inclusive, piora ao longo do período analisado, sendo premente uma análise mais detida dos serviços referentes à prevenção do câncer de colo uterino, com vistas à identificação e resolução de problemas. Todavia, ainda que os índices de mortalidade por câncer de colo uterino sejam ruins quando comparados com dados nacionais, estes não registraram aumento ao longo do período estudado, apesar da piora da cobertura do rastreamento do câncer de colo uterino.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. *Revista Saúde em Debate*. 2009; 33 (81): 27-37.
2. Souto KMB. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *Revista SER Social*. 2008; 10 (22): 161-182.
3. Narvai PC. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV (org). *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p. 28-42.
4. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 13. Brasília: Editora MS; 2013. 124p.
5. Inca. *Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero*. Rio de Janeiro: CEDC; 2011. 104p.
6. Inca. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. *Informativo Detecção Precoce*. 2015; 6 (1): 1-8.
7. Murata IMH et al. Cobertura do Papanicolaou em Mulheres de 25 a 59 anos de Maringá – PR, Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012; 58 (3): 409-415.
8. Navarro C et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. *Revista Saúde Pública*. 2015; 49 (17): 1-8.
9. Brito-Silva K et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Revista Saúde Pública*. 2014; 48 (2): 240-248.
10. Speck NMG et al. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. *Revista Einstein*. 2015; 13 (1): 52-57.
11. Tomasi E et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo do útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil*. 2015; 15 (2): 171-180.
12. Lamarca G, Vettore M. Por que algumas mulheres não fazem o exame preventivo de colo do útero? Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2013 [acesso 2015 Ago 19]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2013/12/por-que-algumas-mulheres-nao-fazem-o-exame-preventivo-de-colo-de-uterio/>

13. Leal A. Incidência do câncer de colo do útero cai em dez anos. Brasília: EBC Agência Brasil; 2014 [acesso 2015 Ago 17]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-11/mortes-por-cancer-de-colo-de-utero-tem-leve-queda-em-dez-anos>
14. DATASUS. Informações de Saúde. [acesso 2015 Out 11]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
15. IBGE. Indicadores. [acesso 2015 Out 11]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao
16. DEEPASK. O mundo e as cidades através de gráficos e mapas. [acesso 2015 Out 11]. Disponível em: <http://www.deepask.com/>
17. ANS. Taxa de cobertura de planos de saúde. [acesso 2015 Out 11]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def
18. Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – 2 Ciclo. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde; 2015. [acesso 30 Out 2015]. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php>.
19. WHO. Cervical cancer screening in developing countries: report a who consultation. [acesso 2015 Out 11]. Disponível em: http://www.who.int/cancer/media/en/cancer_cervical_37321.pdf
20. Girianelli VR et al. Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. Revista Saúde Pública. 2014; 48 (3): 459-467.