

# Coletânea de Estudos da Assistência à **Grupos Prioritários** na Atenção Primária à Saúde

**José de Ribamar Ross**  
(Organizador)

# Coletânea de Estudos da Assistência à **Grupos Prioritários** na Atenção Primária à Saúde

**José de Ribamar Ross**  
(Organizador)



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DO  
MARANHÃO

**FAPENMA**

*Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento  
Científico e Tecnológico do Maranhão*

**Editora Chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Assistentes Editoriais**

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto Gráfico e Diagramação**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

**Imagens da Capa**

Shutterstock

**Edição de Arte**

Luiza Alves Batista

**Revisão**

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial**

**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

## **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

## **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Linguística, Letras e Artes**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia  
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa  
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina  
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás  
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza  
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College  
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social  
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR  
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe  
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná  
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos  
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Coletânea de estudos da assistência à grupos prioritários na atenção primária à saúde

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
**Bibliotecária:** Janaina Ramos  
**Diagramação:** Natália Sandrini de Azevedo  
**Correção:** Giovanna Sandrini de Azevedo  
**Edição de Arte:** Luiza Alves Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizador:** José de Ribamar Ross

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

C694 Coletânea de estudos da assistência à grupos prioritários na atenção primária à saúde / Organizador José de Ribamar Ross. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-594-5

DOI 10.22533/at.ed.945201811

1. Saúde. 2. Aspectos sociais. 3. Assistência. 4. Grupos prioritários. 5. Atenção primária à saúde. I. Ross, José de Ribamar (Organizador). II. Título.

CDD 362.1042

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.



## AGRADECIMENTO

Tenho plena convicção de que esta obra traz recortes que serão úteis a um compreensão sobre estratégia de atenção aos grupos prioritários atendidos pela atenção primária a saúde. Gostaria de externar meus agradecimentos a meus alunos concluintes do curso de graduação em enfermagem da UEMA – CAMPUS CAXIAS pela orientação agradável permitida pelos mesmos e, pelos resultados alcançados que resultou neste fruto ora colhido. Cada orientando contribui com um dos capítulos deste livro. Desejo sucesso a todos vocês nesta jornada que se apresenta.

Agradecimentos especiais pelas contribuições serão mencionados a seguir na construção, participação, preparação, revisão e idéias essenciais a organização do mesmo:

- Karin Viegas
- Jociel Ferreira Costa
- Natália Pereira Marinelli

José de Ribamar Ross

## PREFÁCIO

Proferir algumas palavras desta obra me traz toda a honra e felicidade por fazer parte do meio de profissionais tão gabaritados e competentes que idealizaram o livro intitulado **Coletânea de estudos da assistência à grupos prioritários na Atenção Primária à Saúde**. Sua leitura remeterá a uma perspectiva pouco explorada, visto que as temáticas selecionadas apresentam um arcabouço de evidências científicas indispensáveis para uma assistência qualificada.

Este compilado é fruto de um extrato de monografias de alunos do Curso de Enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Caxias da Universidade Estadual do Maranhão (CESC/UEMA) orientadas pelo organizador do livro, o professor Msc José de Ribamar Ross. Falar sobre o organizador é falar de dedicação, amor à profissão e ética.

O livro apresenta-se organizado em cinco capítulos com abordagem atual e inovadora, trazendo à luz a reflexão de um grupo de pesquisadores que se dedica ao desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria da qualidade da assistência. Os capítulos são, a saber: **Estratégias para o rastreamento populacional do câncer de colo de útero e de mama; Tempo de diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer; Expressões de homens sobre o toque retal; Rastreamento de fatores de risco para doenças cardiovasculares em mulheres de comunidades quilombola e Falando sobre LGTBfobia no contexto escolar.**

Cada capítulo traz uma abordagem teórica e metodológica relacionados às diferentes temáticas como o câncer de colo do útero, mama e próstata; comunidades quilombolas e LGBT, constituindo-se uma importante fonte de consulta para estudiosos da área e afins, tendo em vista que demonstram a relevância de uma produção original e inovadora. Os resultados deste estudo remetem à questão da necessidade de os profissionais estarem preparados para atender cada indivíduo e suas peculiaridades, respeitando-o na sua diversidade.

Esta obra certamente irá orientar alunos, profissionais, e estudiosos da área para auxiliarem às “boas práticas” na atuação profissional. Portanto, convido os leitores a direcionarem seus olhares para a experiência pautada no cuidado holístico, humanizado e sensível. Que este estudo sirva para a ampliação de discussão das temáticas supracitadas, e sensibilize-nos para a avaliação das nossas próprias condutas durante as nossas atividades laborais.

Teresina, 29 de julho de 2020.

Profa Msc Natália Pereira Marinelli  
Professora do Colégio Técnico de Teresina  
Universidade Federal do Piauí

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA**

José de Ribamar Ross

Karin Viegas

Natalia Pereira Marinelli

**DOI 10.22533/at.ed.9452018111**

### **CAPÍTULO 2..... 30**

#### **TEMPO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE MULHERES COM CÂNCER**

Raimunda Thays Cardoso dos Santos

Jose de Ribamar Ross

**DOI 10.22533/at.ed.9452018112**

### **CAPÍTULO 3..... 44**

#### **EXPRESSÕES DE HOMENS SOBRE O TOQUE RETAL**

Moizés Alves de Almeida Neto

José de Ribamar Ross

**DOI 10.22533/at.ed.9452018113**

### **CAPÍTULO 4..... 57**

#### **RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM MULHERES QUILOMBOLAS**

Rivane Sousa da Silva

José de Ribamar Ross

**DOI 10.22533/at.ed.9452018114**

### **CAPÍTULO 5..... 71**

#### **FALANDO SOBRE LGBTFOBIA NO CONTEXTO ESCOLAR**

Georgianna Silva dos Santos

Jociel Ferreira Costa

Breno de Oliveira Ferreira

José de Ribamar Ross

**DOI 10.22533/at.ed.9452018115**

### **SOBRE O ORGANIZADOR..... 79**

# CAPÍTULO 1

## RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA

**José de Ribamar Ross**

**Natalia Pereira Marinelli**

### 1 | PREÂMBULO

Na minha trajetória de vida enquanto enfermeiro, atuando em programas de rastreamento populacional de câncer de colo de útero e mama, tive a oportunidade de observar em transcurso de 18 anos de experiência profissional em saúde coletiva, diferentes modelos adotados por gestores de saúde, que refletiu no jeito de desempenhar estas ações junto as mulheres nas comunidades, tanto de zona rural, quanto da urbana, em três municípios do interior Maranhense: Codó, Caxias e Coelho Neto.

Atuando nos serviços de saúde pública fui percebendo na prática que ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero ocorriam de forma pontual com o desenvolvimento de campanhas de massa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com apoio das secretarias de estado e dos municípios. No ano de 1998 participando de uma campanha realizei a coleta de 478 exames de Papanicolau como enfermeiro do programa de agentes comunitários de saúde de Codó – MA.

Na transição dos anos 90 para o século 21 enquanto enfermeiro atuando em comunidades rurais, na estratégia de saúde da família de Coelho Neto, vivenciei a descentralização das ações do programa de controle do câncer de colo de útero e mama. Nesta ocasião as mamografias eram referenciadas para o

município sede da macrorregional, Caxias e, as citologias eram realizadas com agendamento dos agentes comunitários de saúde, quando nos deslocávamos para as localidades de carro, transportando a equipe e a mesa ginecológica onde, a coleta do Papanicolau era realizada em quartos improvisados de domicílios cedidos, respeitando todas as questões de privacidade. Desta maneira, conseguiu-se a descentralização e maior cobertura dos rastreamentos.

De 2007 a 2014, atuando no município de Caxias e, utilizando a estrutura montada de uma unidade de saúde da família da localidade de Caxirambu, experimentei a execução dos exames de rastreamento na rotina diária do serviço, algo inovador no serviço e que promoveu o aumento da cobertura e participação das mulheres em livre demanda. Todas essas experiências apresentadas seguem o modelo de rastreamento oportunístico e, a partir delas, tive uma reflexão mais aguçada enquanto aluno do mestrado profissional em enfermagem da Universidade Vale do Rio dos Sinos, ao contextualizar este projeto.

Para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), algumas dificuldades têm-se se arrastado historicamente, desde sua implantação aos dias atuais, entre elas destacam-se a falta de profissionais com perfil e a grande rotatividade dos mesmos; por outro lado são insuficientes as ações de formação de profissionais para atuar segundo as perspectivas das diretrizes dessa política de forma crítica e reflexiva. A grande rotatividade é decorrente dos baixos salários e também da rotatividade de gestores municipais que

impedem a continuidade das ações e um planejamento contínuo. (SOUSA et al., 2011).

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável por 15% dos cânceres femininos, com aproximadamente 500 mil casos novos e 230 mil mortes por ano no mundo. Na distribuição espacial geográfica nos continentes mais pobres, as taxas de incidência são geralmente elevadas, enquanto que nos países mais desenvolvidos, são consideradas baixas. (FERLAY et al., 2008).

No Brasil, não diferente dos demais países pobres, o câncer do colo do útero ainda hoje é um dos principais problemas de saúde pública enfrentado pelas mulheres, representando a segunda causa de morte, ficando atrás apenas do câncer de mama e de pele (não melanoma). O número de casos novos desse tipo de câncer para o Brasil no ano de 2013 foi estimado em 17.540, com uma proporção estimada de 17 casos para cada 100 mil mulheres. (BRASIL, 2013a).

A distribuição dos casos novos e mortes pelo câncer de colo de útero apresentam diferenças regionais, com taxas mais altas de incidência e mortalidade nas regiões norte e nordeste e menores taxas nas regiões sul e sudeste. Nas regiões mais pobres do país destaca-se o câncer de colo de útero e nas áreas mais desenvolvidas o câncer de mama. (BRASIL, 2004). Referente também a esses dois tipos de câncer as mesmas regiões norte e nordeste apresentam altas taxas de mortalidade por 100.000 mil habitantes com respectivamente 10,5 e 5,8 mortes. (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2012).

No Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero são desenvolvidas pela ESF, que é responsável pelo recrutamento das mulheres em idade de risco para realização da citologia. A partir da atenção primária em saúde ocorre a participação dos laboratórios de citopatologia, histopatologia, de serviços de ginecologia, em centros de saúde de média complexidade, e de hospitais especializados de alta complexidade para que estas mulheres sejam referenciadas de acordo com necessidades. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011a).

Uma grande descoberta que revolucionou a etiologia do câncer de colo de útero deu-se pela relação estabelecida entre o HPV (Papiloma Homines Vírus) e a gênese deste tipo de câncer. Assim segundo Bagarelli e Oliani (2004) e Alvarenga et al. (2000), quando o HPV infecta a célula, pode haver interação do seu genoma ao da célula hospedeira imatura, impedindo a diferenciação e maturação celular. A célula transformada contém o DNA (Ácido Desoxirribonucleico) viral. A infecção persistente por 10 a 20 anos permite o desenvolvimento de alterações genéticas adicionais e progressão de lesões de baixo, moderado e alto grau para câncer invasor. A origem do câncer de colo de útero geralmente ocorre na junção escamo colunar (JEC). (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011a).

Na maioria das vezes a infecção do colo de útero pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição, não sendo, portanto, condição para gerar lesões precursoras. (INTERNACIONAL AGENCY OF RESEARCH, 2007). No pequeno número de mulheres nos quais a infecção pelo HPV persiste, determinada por condições imunológicas da hospedeira e, especialmente, se causada por sorotipos viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, cuja identificação pelo rastreamento para um diagnóstico precoce e tratamento adequados possibilita a prevenção da progressão das formas avançadas das doenças a nível local e

sistêmicas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

Um dos principais fatores de risco para o câncer de colo de útero é o fato da mulher ser portadora do HPV. Aproximadamente 90% a 99,7% dos casos de câncer cervical invasivo é detectado o DNA de HPV carcinogênico, sendo os tipos mais comuns o HPV16 e o HPV18, pois provocam alterações precursoras a nível da junção escamo colunar e epitélio de revestimento do colo de útero. (RAMA et al., 2008). Outros fatores que contribuem para o desenvolvimento deste tumor são: o tabagismo, onde a nicotina já foi identificada no muco cervical, a multiplicidade de parceiros sexuais com sexo desprotegido, a iniciação sexual precoce desprotegida, o uso de contraceptivos orais e a infecção por *Trichomonas vaginalis*. (BUFFON; CIVA; MATOS, 2006;) RAMA et al. 2008b; SILVA FILHO; LONGATTO FILHO, 2000).

A ciência, cada vez tem disponibilizado métodos modernos de diagnóstico precoce, entre eles destacou-se, em nível de saúde coletiva, a nova vacina contra o HPV que contribui para prevenir o câncer do colo do útero especificamente contra os sorotipos oncogênicos. Além disso, a vacinação contra o HPV é dirigida a meninas susceptíveis de 9–13 anos de idade, através da produção de anticorpos contra o HPV para a sua proteção na fase adulta, ocasião de maior risco. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2013).

Em um estudo realizado por Araújo et al. (2014) na cidade de Goiânia, no período de 2006 a 2008, verificou-se que das 297 mulheres com resultados citopatológicos classificados como ASC-H/HSIL (lesão intraepitelial escamosa de alto grau), 104 (35,02%) e 86 (28,96%) realizaram a Colposcopia e a biopsia, respectivamente, sendo que 193 (64,98%) tiveram seguimento ignorado e, 127 (42,76%) repetiram a citopatologia em seis meses. Com isso, verificou-se que, além de priorizar o rastreamento populacional organizado para diagnóstico precoce desta doença, é também ação prioritária realizar o acompanhamento das mulheres com o diagnóstico de câncer, através de um acolhimento adequado e acompanhamento do caso pela ESF de forma eficiente, evitando assim, a desmotivação, perda de tempo e abandono por parte da mulher.

Em um estudo transversal, com mulheres diagnosticadas com resultados colpocitológico de ASCUS/AGUS (atípias de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásica), LSIL (lesão intraepitelial escamosa de baixo grau) e HSIL (lesão intraepitelial escamosa de alto grau), identificadas através do exame Papanicolau e registradas no Programa de Controle de Câncer do Colo do Útero nos anos de 2007 e 2008 no Centro de Controle em Oncologia do Acre (CECON/AC), foi encontrado adultas jovens, de cor parda, de baixo nível social, que iniciaram atividade sexual em torno dos 14 anos, tiveram mais de 3 filhos e histórico de múltiplos parceiros ao longo da vida. Os resumos identificaram que 54% não havia recebido tratamento após o diagnóstico citológico alterado e 45,7% dos diagnósticos citológicos de atípias de significado indeterminado eram lesões de alto grau ou câncer no histopatológico. Assim um dos grandes desafios do sistema de saúde é garantir o acompanhamento e o controle rigoroso dos casos rastreados garantindo a integridade do mesmo sem perdas e danos. (PRADO et al., 2012).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (2013), no rastreamento organizado de mulheres para o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero deve-se priorizar as mulheres com menos de 30 anos de idade se tiveram histórico de infecção HPV

e as mulheres na faixa etária de 30 a 49 anos de idade. O intervalo de rastreamento entre os exames citológicos não deve ser inferior a 5 anos, e não deve ser inferior a 10 anos se for usado exame de HPV.

O Ministério da Saúde implantou em 1996 o Programa Viva Mulher com o objetivo de diminuir o número de casos da doença a cada ano e, reduzir a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero, através do aumento da cobertura das mulheres ao exame de Papanicolaou, priorizando as de maior risco e garantindo, a partir daí todas as fases para a cura e o controle da doença. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2000).

O diagnóstico do câncer cervical é possível e oportuno, pois sua evolução em geral ocorre de forma lenta em torno de 10 anos, com fases pré-clínicas detectáveis e bem estabelecidas, exibindo expressivas possibilidades de cura dentre todos os tipos de câncer. Entretanto, no Brasil, uma grande parcela das mulheres já se encontra em fase avançada da doença na ocasião do diagnóstico, limitando a possibilidade de cura, ocasionadas por falhas no rastreamento populacional e por oportunidades perdidas. (BRASIL, 2001).

O câncer é considerado um grave problema de saúde pública não somente pelo número de casos diagnosticados de forma crescente a cada ano, mas também pelo investimento financeiro que é solicitado para equacionar as questões de diagnóstico, tratamento e reabilitação como também pelos impactos ocasionados às mulheres, à família, à sociedade e ao mercado pelo afastamento dessas mulheres de suas atividades. Em 2006, com 8,8%, o câncer foi a quarta causa de internação de mulheres entre 10 e 49 anos no SUS e requer alta tecnologia e equipe de saúde especializada. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a).

A consulta ginecológica é uma importante ferramenta de trabalho que o médico e enfermeiro da ESF possuem para exercer as ações de rastreamento do câncer de colo de útero para as mulheres em idade de risco. Nesta mesma consulta eles podem orientar as mulheres sobre a importância dos exames de rastreamento, realizar o exame clínico das mamas e coletar o exame citopatológico, além disso disponibilizar a prevenção secundária com a realização da mamografia para que, caso haja alguma alteração, tais como nódulos, cistos e microcalcificações, possam ser identificados precocemente. (PEREIRA; SIQUEIRA, 2011).

O câncer de mama é uma doença na qual a mulher tem a oportunidade de identificá-la em fase inicial através da constatação da existência de caroços ou nódulos no tecido mamário. Depois de atingir toda a mama as células malignas não capsuladas utilizam a rica rede de gânglios linfáticos axilares para disseminarem-se em diversos órgãos. Calcula-se em seis a oito anos o período necessário para que um nódulo atinja um centímetro de diâmetro. Essa lenta evolução possibilita a descoberta ainda cedo deste nódulo, se as mamas forem, periodicamente, examinadas através da mamografia. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2005).

Nos países desenvolvidos, e em parte dos países em desenvolvimento, é o câncer com mais incidência em mulheres e melhor diagnosticado com 23% do total de casos de câncer no mundo em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de novos casos neste mesmo ano. Ressaltando-se que a maioria dos casos, infelizmente, não são detectados na fase inicial. (FERLAY et al., 2010).

O processo de formação do tumor é, em geral, lento, podendo levar de 8 a 10 anos para que uma célula sofra sucessivas replicações e dê origem a um tumor maligno, podendo ser palpável através de um nódulo em umas das mamas. Esse processo apresenta os seguintes estágios de crescimento: iniciação (etapa em que os genes sofrem ação de fatores cancerígenos como os genéticos e de ordem ambientais); promoção, (fase em que os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada); e progressão, (caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula. (BRASIL, 2013a).

Em um estudo realizado por Bim et al. (2010), o exame clínico das mamas foi realizado em 49% das entrevistadas. O resultado da pesquisa mostrou que quando da realização do exame Papanicolau nas unidades de saúde da família, a maioria das mulheres não tinham as mamas clinicamente examinadas. Este fato pode ter relação com o profissional que realiza o preventivo, que na maioria das vezes é o enfermeiro.

## **2 | CONTEXTUALIZANDO O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA**

### **2.1 Considerações sobre o câncer de colo de útero**

O termo “câncer” foi utilizado pela primeira vez por Hipócrates que deriva da palavra “*carcinos*” e “*carcinoma*” que em grego significa caranguejo pelo fato do tumor apresentar ramificações em vasos sanguíneos que lembram patas de caranguejo. Nas civilizações antigas foram encontrados registros que datam de pelos menos 8.000 anos a. C identificando o osteossarcoma em ossos de fósseis humanas. Também foram encontrados registros em papiros egípcios que citavam a existência da doença há 1.600 a. C na Índia. Outros registros datam de 600 a evidenciaram a ocorrência de câncer na cavidade oral. Registros precisos na evolução da humanidade foram encontrados no século XVIII observando um crescimento constante das taxas de óbitos a partir do século XIV com o advento do processo de industrialização. (EGGERES, 2002).

Em virtude da problemática do câncer na sociedade ter se apresentado na transição do século 19 e 20 como uma ameaça de magnitude, várias iniciativas surgiram em diversos países como a 1ª conferência Internacional contra o Câncer em Paris em 1906 e, a 2ª Conferência Contra o Câncer ocorrida na Bélgica em 1910. O Primeiro Congresso Internacional do Câncer em Estrasburgo ocorrido em 1923. Estes eventos ocorreram para incentivar ações de pesquisa sobre o câncer bem como e destacar a importância da implantação de órgãos de apoio às políticas contra o câncer observadas em alguns países como: Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Suécia. (TEIXEIRA; FONSECA, 2011).

Em 1954 o Brasil sediou o VI Congresso Internacional de Câncer em São Paulo o qual enfatizou a necessidade de fortalecer ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e educação em saúde. (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

Em 1957 foi inaugurado no Rio de Janeiro o Hospital Instituto que passou a ser o responsável pelo serviço nacional de câncer correspondendo ao atual Instituto Nacional do Câncer. (BRASIL, 2006c).

O câncer enquanto problema de saúde pública no Brasil destaca-se entre outros

fatores por apresentar diferentes perfis sociodemográficos o que tem despertado o interesse de gestores nas diversas esferas a nível federal, estadual e municipal. O conhecimento sobre o comportamento desta doença permitindo assim reconhecer necessidades relevantes a fim de disponibilizar recursos e ações no sentido de interferir positivamente na incidência e prevalência desta doença no Brasil. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Uma grande descoberta que revolucionou a etiologia do câncer de colo de útero deu-se pela relação estabelecida entre o HPV (Papiloma Homines Vírus) e a gênese deste tipo de câncer. Assim segundo Bagarelli e Oliani (2004) e Alvarenga et al. (2000), quando o HPV infecta a célula, pode haver interação do seu genoma ao da célula hospedeira imatura, impedindo a diferenciação e maturação celular. A célula transformada contém o DNA (Ácido Desoxirribonucleico) viral. A infecção persistente por 10 a 20 anos permite o desenvolvimento de alterações genéticas adicionais e progressão de lesões de baixo, moderado e alto grau para câncer invasor. A origem do câncer de colo de útero geralmente ocorre na junção escamo colunar (JEC). (BRASIL, 2011b).

O HPV apresenta uma prevalência em torno de 15% a 40% na população segundo infecção cervical por HPV sendo portanto considerado uma lata prevalência sendo comum principalmente na população jovem-adulta. Tem tempo de infecção em torno de 8 a 10 meses. De maneira geral o HPV é encontrado em 5% a 10% da mulheres acima de 35 anos. (RAMA et al, 2006).

Segundo Bosch; Schiffman e Solomon (2003) o vírus HPV (Papiloma Vírus Humano) transmitido de forma sexual é a causa fundamental para desencadear a ocorrência do câncer de colo de útero. Outros fatores de risco também podem estimular o surgimento desse câncer como o hábito de fumar, os anticoncepcionais orais, outras doenças de transmissão sexual e carências nutricionais. (HILDESHEIM & WANG 2002). Ainda sobre os fatores de risco Silveira informa as baixas condições socioeconômicas, atividade sexual precoce, multiparidade e múltiplos parceiros. (PARKIN; BRAY e DEVESA, 2001).

Na maioria das vezes a infecção do colo de útero pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição, não sendo, portanto, condição para gerar lesões precursoras. (INTERNACIONAL AGENCY OF RESEARCH, 2007). No pequeno número de mulheres nos quais a infecção pelo HPV persiste determinada por condições imunológicas da hospedeira e, especialmente, se causada por sorotipos viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, cuja identificação pelo rastreamento para um diagnóstico precoce e tratamento adequados possibilita a prevenção da progressão das formas avançadas das doenças a nível local e sistêmicas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

De acordo com Barron e Richard (1968) a cronologia das neoplasias intraepiteliais cervicais evoluem em ausência de tratamento onde, a displasia leve ou NIC I evolui para o carcinoma in situ em 58 meses, a displasia leve para NIC II em 38 meses e, para as displasias graves em 12 meses.

Um dos principais fatores de risco para o câncer de colo de útero é o fato de a mulher ser portadora do HPV. Aproximadamente 90% a 99,7% dos casos de câncer cervical invasivo é detectado o DNA de HPV carcinogênico, sendo os tipos mais comuns o HPV16 e o HPV18, pois provocam alterações precursoras a nível da junção escamo

colunar e epitélio de revestimento do colo de útero. (RAMA et al, 2008). Outros fatores que contribuem para o desenvolvimento deste tumor são: o tabagismo, onde a nicotina já foi identificada no muco cervical, a multiplicidade de parceiros sexuais com sexo desprotegido, a iniciação sexual precoce desprotegida, o uso de contraceptivos orais e a infecção por *Trichomonas vaginalis*. (BUFFON; CIVA; MATOS, 2006; RAMA et al. 2008; SILVA FILHO; LONGATTO FILHO, 2000).

Na evolução do câncer de colo do útero por ação do HPV em torno de 10% das lesões precursoras diagnosticadas como NIC I mitologicamente evoluem para NIC II ou III. Contudo casos estes não sejam diagnosticados e tratados em tempo hábil 22% dos casos de NII II podem evoluir para NIC III. Na fase de carcinoma in situ com invasão de células em nível de todo o epitélio apresenta substancial poder invasivo para câncer de colo invasivo. (PAGLIUSI ; TERESA AGUADO, 2004 ).

A distribuição do câncer de colo de útero apresenta grandes relevâncias, assim a doença ocupa o terceiro tipo de câncer feminino no mundo com quase 530 mil novos casos por ano e taxa de óbitos de 272 mil mulheres anualmente. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b). Segundo o INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (2002) em todo o mundo estima-se que o câncer de colo de útero é o responsável por 15% do total de cânceres entre mulheres.

As maiores taxas de casos novos ocorrem em países da América Central com 44,44/100.00, em aéreas da Ásia com 43,40/100.000 e no Sul da África com 40,44/100.000, América Latina com 31,79/100.000, América do norte com 27,69/100.000 e na América do Sul com 27,69/100.00. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2001; PARKIN, PISANI e FERLAY, 1999).

A nível mundial tem se observado uma redução na mortalidade do câncer de colo de útero. Na análise da série histórica de 20 anos entre o período de 1979 a 2009 onde as taxas apresentaram foram 2,99 e 4,78 respectivamente por 100.000 mulheres. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a).

No Brasil as taxas de colo de útero caracterizam-se como elevadas, e na série histórica das últimas décadas as taxas da doença elevaram-se, assim em 1979 foi de 3,44/100.000, oscilando para 1988 com 4,45/100.00, representando neste período uma variação com aumento de 29%. Quanto aos óbitos e incidência os dados registrados foram de 3.725 e 15.270 respectivamente no ano de 2011. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002).

As taxas de mortalidade por neoplasias, ajustada por idade para as principais Topografias, por 100 mil mulheres no Brasil no período de 1979 a 2004 apresentou o câncer de colo de útero em quarto lugar entre os cânceres femininos com taxa em torno de 5.0. Nesta série histórica a doença na incidência uma linha de estabilidade. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Segundo o INCA as estimativas de incidência para o ano de 2014 foram de 15.590 casos de câncer de colo de útero. Foi também identificado um risco estimado de 15,33 casos para 100 mil mulheres. O câncer de colo de útero na região norte foi o que mais apresentou casos novos seguidos da região centro oeste e nordeste, sul e sudeste. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

No ano de 2006 no Brasil o câncer de colo de útero foi o segundo tipo de câncer mais incidente entre as mulheres com uma taxa de 20,3% dos casos. Na região nordeste no mesmo ano o câncer de colo de útero teve uma taxa de 16,7 de casos novos estimados. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Relacionados ao câncer de colo de útero no ano de 2007 foram notificados no Brasil 4.691. A incidência portanto, registrada por 100 mil habitantes neste mesmo ano apresentada segundo as regiões foi: Região Norte 22,8; Região Nordeste 18,4; Região Centro-Oeste: 19,8; Região Sudeste: 16,4; e Região Sul 21,5 casos. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que até o ano de 2020 no mundo acontecerá por ano quase 15 milhões de casos novos por ano. E mais da metade destes casos ocorreram em países em desenvolvimento. Nos países mais pobres esta incidência será o dobro dos registros de países desenvolvidos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Segundo o SISCOLO/DATASUS (2013) no ano de 2012 o Brasil apresentou o percentual de positividade, lesão intraepitelial de baixo grau, teve resultados maiores para mulheres classificadas como jovens com tendência de queda desta lesão com o aumento da faixa etária. Assim foi verificado que com o passar dos anos os resultados de NIC I em mulheres com menos de 25 anos de idade ocorreu em 60% dos laudos. A partir da faixa etária dos 25 anos de idade os casos de NIC III progredem até a faixa etária dos 64 anos. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013a).

Na distribuição dos 10 tumores primários mais frequentes segundo o estadiamento clínico no período de 1999 a 2003 o câncer de colo de útero obteve uma taxa de 25% de diagnóstico na fase NIC III e 2% para estadiamento na fase IV. O carcinoma in situ foi mais frequente no câncer de colo de útero do que no câncer de mama. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER 2008b).

A periodicidade de realização do exame citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos no maranhão nos anos de 2012 a 2013 apresentaram que no ano de 2012 de um total de 113.034 a periodicidade foi de 1 ano (50%); 2 anos (24%); 3 anos (9%) e maior que 4 anos (9%). No ano de 2013 de um total de 94.576 exames realizados a periodicidade foi de 1 ano (57%); 2 anos (21%); 2 anos (13%) e maior que 4 anos (10%). (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

A probabilidade de diminuição da susceptibilidade de ocorrência do câncer de colo de útero em mulheres de 35 a 64 anos de idade a após realizar um exame com laudo negativo é idêntico quando o mesmo é repetido no ano seguinte (diminuição de 93% do potencial) e quando o este é realizado no intervalo de três anos (probabilidade diminuída para 91%). Contudo verifica-se que mesmo após dez anos se o exame for realizado a incidência teria sua incidência reduzida em 2/3. (VAN OORTMARSSSEN, HABBEMA, VAN BALLEGOIJEN, 1992).

A mortalidade proporcional não ajustada por câncer de colo de útero em mulheres na região nordeste entre 1979 a 2012 apresentou na série histórica de 33 anos uma linha de crescimento ascendente da mortalidade, oscilando entre uma taxa mínima de 0.62 em 1979 a 1.34 em 2009. Houve maior oscilação no crescimento observado a partir dos anos

2.000. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b).

Sobre as dificuldades para a realização do exame citopatológico de colo de útero, Feliciano, Christeni e Velho (2010) destacam as principais evidenciadas em um estudo, tais como: dificuldades das mulheres trabalhadoras em conciliar o horário de trabalho e dispensa do serviço para a sua realização; dificuldades de mobilização de mulheres idosas; medo do exame principalmente para aquelas que nunca o realizaram; medo do diagnóstico ao fazer o exame; dúvidas sobre a técnica do exame; biossegurança; vergonha de esse expor e insegurança; medo de laudos falso positivos entre outras.

A vacinação contra o HPV é uma excelente estratégia contudo ela não veio para minimizar as ações no programa de prevenção e controle do câncer de colo de útero, sendo necessário fortalecer essas ações como a educação na comunidade, diagnóstico precoce e parcerias com outras redes, programas e secretarias. A vacinação HPV é padronizadas para meninas sem vida sexual de 9 a 13 anos com esquemas de 3 doses com intervalo de 6 meses. A vacinação previne mais de 95% de infecções pelo HPV causada pelos sorotipos 16, 18, 6 e 11. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

## 2.2 Fundamentos sobre o câncer de mama

As taxas de mortalidade por neoplasias, ajustadas por idade para as principais topografias, por 100 mil mulheres no Brasil no período de 1979 a 2004 teve o câncer de mama em primeiro lugar oscilando estas taxas entre 8 e 12 casos. A razão incidência, mortalidade por câncer de mama no Brasil ficou com 4.7 no ano de 2006. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Para o ano de 2014 no país foram estimados 57.120 casos novos de câncer de mama. Foi feito uma estimativa de risco de 56,09 casos para cada 100 mulheres. O câncer de mama foi o mais incidente na região sudeste, seguido da região norte, centro-oeste, nordeste e sul. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Segundo dados do Atlas de mortalidade do INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, o câncer de mama no Brasil foi a principal causa de óbitos em mulheres no Brasil no ano de 2007, com dados de 11,1 mortes por 100 mil mulheres. As regiões mais desenvolvidas do Brasil, a sul e a sudeste são as responsáveis por óbitos em torno de 12,6 a 12,5 por 100 mil mulheres somente no ano de 2007. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011b).

No ano de 2006 no Brasil o câncer de mama foi o câncer mais incidente entre as mulheres com 51,7% dos casos registrados. No mesmo ano na região nordeste o câncer de mama teve taxa de incidência estimada de 27,2. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER 2008b).

No biênio entre 2010 a 2014 a produção das mamografias no Brasil aumentaram 33%, sendo que a modalidade de mamografia de rastreamento no aumentou em 36% sendo que as de diagnóstico caíram aproximadamente 25%. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013a).

No atendimento dos 10 tumores primários mais frequentes segundo o estadiamento clínico no período de 1999 a 2003, 10% dos casos de câncer de mama foram diagnosticados na fase III e 50% na fase IV do estadiamento clínico. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

De acordo como o INCA no Brasil nos últimos cinco anos a taxa geral de sobrevida foi de 52% no estádio in situ. A medida o estadiamento aumento a taxa de sobrevida cai. Assim verificou-se no IIA a taxa de 80% e no estádio IV, 5%. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

O câncer de mama apresenta-se como uma doença de graves repercussões não somente em virtude de seus impactos epidemiológicos crescentes a cada ano mas em virtude também de seus impactos econômicos com grandes investimentos financeiros em ações de atenção primária, secundária e terciária. No ano de 2006 entre todas as causas de internação hospitalar o câncer de colo mama foi uma das principais causas de internação femininas na faixa etária de 10 a 49 em hospitais da rede pública. (BRASIL, 2008a).

A mortalidade proporcional não ajustada por câncer de mama em mulheres na região nordeste entre 1979 a 2012 apresentou na linha da série história aumento progressivo com maior pico a partir de 2005, oscilando entre uma taxa mínima de 0.55 (1980) e maior taxa em 1980 com 0.55. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b).

Analisando o tempo entre a solicitação de mamografias de rastreamento por unidade de saúde e sua realização e indicação clínica no Maranhão nos anos de 2012 e 2013, foram realizadas 48.251 mamografias como o tempo de até 10 dias (64%); 11 a 20 dias (10%); 21 a 30 dias (9%) e maior que 30 dias (18%). No mesmo período foram realizadas 3.817 mamografias de diagnóstico onde o tempo de até 10 dias (35%); 11 a 20 dias (16%); 21 a 30 dias (14%) e maior que 30 dias (35%); (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

No período de 2009 a abril e 2014 no município de Caxias – MA foram realizados 11.646 mamografia sendo que deste total de exames 4.189 foram realizadas por mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, seguidas da faixa etária de 50 a 59 anos com 3.779 e, 3.020 mamografias realizadas na faixa etária de mulheres maiores de 60 anos. No total de exames de mamografia realizados 20 identificaram nódulos em mamas direita e esquerda (12 e 08 respectivamente). Deste total de nódulos identificados 7 foram submetidos a biopsia e apenas dois tiveram laudos para malignidade. (BRASIL, 2014b).

## **2.3 A construção de uma política contra o câncer no Brasil**

### *2.3.1 Histórico*

A política nacional de controle do câncer foi instituída em 1941 quando foram desmembrados o Ministério da Saúde e Educação onde na nova ordenação foram criados dezesseis novos serviços entre eles o Serviço Nacional do Câncer (SNC) onde foi implantado em Brasília o Centro de Cancerologia sendo mais tarde transformado no Instituto Nacional do Câncer. (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 1012).

O Brasil sediou o VI Congresso Internacional do Câncer em São Paulo em 1954 na oportunidade foi amplamente divulgado o câncer enquanto problema de saúde pública mundial, destacando-se a importância dos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento. (PARADA et al, 2008).

Nas décadas de 60, 70 e 80 houve regressão na política nacional de controle do câncer, neste período foi implantado um programa de oncologia para realizar o papel do Instituto Nacional do Câncer. Com a criação do Sistema único de Saúde nos anos 90 e sua

estruturação este órgão (INCA) foi reinserido como órgão responsável pelas políticas de controle do câncer. Em 1998 surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico Uterino e no ano 2000 surgiu também as ações iniciais do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama com suas diretrizes técnicas. (BRASIL, 2004).

No período de 1972 a 1975 o Ministério da Saúde criou, implantou e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer cujo objetivo principal era o combate de maneira geral contudo, dava relevância as ações de controle do câncer de colo de útero. Outro objetivo foi a verificação da situação da rede de hospital especializados no tratamento de câncer quanto a sua capacidade funcional e estrutural. Assim a partir deste programa recursos financeiros foram destinados para a melhoria das ações de apoio a diagnose e terapia do câncer. Este programa também padronizou formulários para registros de informações dos casos a fim de formar um banco de dados de informação sobre câncer. (GÓES JUNIOR, 1973).

Segundo BODSEIN (1987) outras ações históricas foram destaques na política nacional de controle do câncer assim destacou: convênio de cooperação técnica em 1975 entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência social recém-criados cujos objetivos foi integrar ações destes dois ministérios. Criação e instalação do Programa de controle do Câncer para integrar diferentes serviços; Criação da Divisão Nacional de Doenças Crônicas Degenerativas. Criação em 1982 do Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC) articulando 22 hospitais especializados

Pressões de movimentos populares feministas, por ocasiões de reivindicações relacionadas ao a criação de um sistema único de saúde pública atual SUS, em 1979 exigiram também a criação de um Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher o qual foi implantado em 1984 que dava destaque para a coleta do exame Papanicolau. (LAGO, 2003).

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher foi implantado no Brasil de maneira diversificada e fragmentada em virtude de aspectos políticos, estruturais e organizacionais das secretarias de saúde nos estados e municípios. Avaliando este programa nos municípios o Ministério da Saúde alguns anos depois de sua implantação que o mesmo tinha baixa cobertura entre as mulheres em torno de 10 a 20%, sendo a principal ação desta cobertura a coleta para o exame preventivo do câncer de colo de útero como atividade fim da consulta ginecológica. (COSTA, 1992).

A visão de Assistência Integral a mulher tinha dois sentidos: a mulher enquanto cidadã e usuária de serviços de saúde, em contraposição ao modelo que apenas assiste partes do corpo da mulher, e a visão de integralidade entre os vários serviços de diferentes níveis de complexidade visando uma resolutividade de seus problemas. (LAGO, 2003).

Historicamente o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de útero e Mama foi originado no início da década de 80 com a definição de atividades que relacionava a organização de ações de controle destes cânceres a nível federal. Somente no final da década de 90 o programa citado ampliou e definiu atribuições diferenciadas para os gestores a nível federal, estadual e municipal através de ações de cooperação fornecendo suporte técnico, recursos financeiros, materiais de forma efetiva e sistemática As ações propostas visam garantir um diagnóstico precoce através de fornecimento de exames de

rastreamentos a população na faixa etária de risco. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008c).

No contexto desta implantação foram definidas as ações do gestor federal, estadual e municipal que deveriam concentrar atividades de: educação permanente e continuada dos trabalhadores e gestores relacionada ao rastreamento organizado entre eles destaque para a produção de material educativo e de comunicação, aquisição de móveis e equipamentos, financiamento de serviços e produção de um sistema de monitoramento das ações de rastreamento. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

Após 27 anos de implantação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher houve aumento significativo da cobertura de mulheres para o exame de citopatologia oncológica. No início da década de 80 a cobertura era de 53,1% e, nos últimos anos a cobertura desse rastreamento foi de 90,6%. Apesar do avanço a cobertura deste rastreamento não é suficiente para reduzir o grande número de mulheres que são diagnosticadas em fase tardia e para a redução da mortalidade por este tipo de câncer que tem se mostrando relevantes. (BRASIL, 2010a).

O atual Programa de controle do câncer de colo de útero configura-se como uma evolução do programa de saúde materno infantil (1977) sendo esta evolução mais observada a partir dos anos 90. Anualmente quase 12 milhões de exames de citopatológicos são realizados na rede pública atenção à saúde. (BRASIL, 2011c).

Na evolução histórica do Programa de controle do Câncer de colo de útero no Brasil até a década de 1980 as ações do mesmo se limitavam a atividades as mulheres relacionadas ao cuidado pré-natal e a atenção ao puerpério. Sendo mais tarde adicionado ações de rastreamento precoce deste câncer. Foram instituídos também a publicação de manuais técnicos para suporte aos estados e municípios. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010a).

Outro fato de destaque ocorrido em 1993 foi a padronização do procedimento para a coleta de material, acompanhamento e condutas de mulheres em situação de câncer nas diferentes fases pré-invasoras e invasoras do câncer de colo de útero. A partir daí houve também a implantação de um programa informatizado para o registro da mulher em situação tratamento até a alta. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 1996)

Os tipos de cânceres mais comuns entre as mulheres no Brasil têm suas integradas e fundamentadas na Política Nacional de Atenção Oncológica através da Portaria GM nº 2439 de 08 de dezembro de 2005 e em planos de ações estabelecidas através de ações estratégicas a ser desenvolvida em níveis de complexidades da rede de atenção a saúde entre elas destaca-se: maior cobertura de rastreamento entre as mulheres em idade de risco, qualidade de exames e rastreamentos, sistema de informação, educação continuada dos profissionais de saúde, pesquisa e controle social. (BRASIL, 2006d).

Em virtude das altas taxas de morbidade e mortalidade por câncer de colo de útero em consequência das baixas coberturas do exame Papanicolau. Acrescentando-se o fato de que 37% das mulheres no Brasil na faixa etária de 35 a 49 anos de idade nunca havia feito o exame para o rastreamento do câncer de colo de útero. Assim, o Ministério da Saúde em parceria com o INCA resolveram elaborar a 1ª campanha nacional de combate ao câncer de colo de útero do Viva Mulher – 1ª fase em parceria com os estados e municípios

utilizando o programa de agentes comunitários de saúde como foco para a execução da campanha com metas a serem alcançadas de acordo com número de população na abrangência de cada equipe. As mulheres eram mobilizadas a participara da campanha através da mídia nacional. (LAGO, 2004).

A Portaria nº 648 que institui a Política Nacional de Atenção Básica entre suas diretrizes norteia que para os serviços de atenção a saúde possa efetivamente prestar serviços com resolutividade é necessário busca-la de forma efetiva e com equidade. Assim dentro das ações do controle do câncer de colo de útero essa efetividade e resolutividade visa exatamente concentrar o rastreamento de mamografias e o Papanicolau em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos de idade. (BRASIL, 2008b).

A Portaria nº 2048 de 03 de setembro de 2009 normatizou no Brasil o amplo controle do câncer considerando suas várias estruturas, ações e níveis de complexidade integrada em rede visando um uma atenção integral. (BRASIL, 2009).

A portaria nº 3040/98 de 21 de junho de 1998 instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico Uterino bem como o seu comitê executivo, as metas de uma campanha nacional que foi desenvolvida no período de 08 de agosto a 15 de outubro de 1998 que atendeu 3.105.644 mulheres. (BRASIL, 2002).

Em 1998 a PRO-ONCO promoveu a reunião Nacional para padronização do intervalo do exame de rastreamento do câncer de colo de útero e a sua faixa etária prioridade, ou seja uma colpocitologia a cada 3 anos, depois de 2 exames consecutivos com laudo negativo para câncer com tempo de intervalo de 1 ano entre os mesmos nas mulheres prioritariamente na faixa etária de 25 a 50 anos. (PRO-ONCO, 1989).

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde através da promulgação da constituição Federal no ano de 1988 seguido de sua regulamentação pela lei orgânica de saúde em 1990 o Instituto Nacional do Câncer ficou responsável pela estruturação da Política Nacional do Câncer assumindo a PRO-ONCO e extinguido a campanha Nacional de combate ao câncer de colo de útero. (ZEFERINO, 1997).

Outros fatos históricos foram destaques na história mais recente do câncer de acordo com Fiocruz (2014) a seguir apresentados:

- Instituição em 2012 do Programa Nacional visando à qualidade do exame mamográfico;
- Apresentação em 2011 do planejamento para fortalecer o programa de controle do câncer de mama e útero no país;
- Envolvimento em 2010 do INCA na campanha outubro rosa;
- Implantação em 2008 do sistema de informação do câncer de mama (SISMA-MA);
- Implantação em 2006 do pacto pela vida em defesa do SUS e da gestão;
- Publicação em 2004 do consenso câncer de mama;

- Lançamento em 2002 da 2ª fase da campanha nacional de combate ao câncer de colo de útero;
- Implantação em 1987 do Programa de Oncologia (PRO-ONCO);

### *2.3.2 Organização da rede de atenção em saúde oncológica*

De acordo com normas vigentes atuais do SUS, deve a atenção em oncologia se organizar no modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como uma metodologia de atenção em saúde da população. Assim a RAS se caracteriza como montagem organizacional de serviços de saúde diferenciadas, segundo ofertas tecnológicas unidas e disponibilizadas em teia, criando relações horizontais por meio de suporte diferenciados e processos administrativos diversos que garantam uma assistência integral e multiprofissional. É a partir da atenção primária em saúde que se processa todos esses desdobramentos. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010).

Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. A RAS é definida como uma teia organizada de ações e serviços de saúde, de diferentes complexidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração de diversos setores de diferentes áreas de forma articulada, ascendente, visando a resolutividades do problema do usuário contemplando em todo o ciclo de ações acolhimento e humanização. (BRASIL, 2010b).

Segundo Mendes (2011) as RAS podem ser caracterizadas pelos seguintes aspectos: interdependências, autonomia, confiança, relações relativamente estáveis e cooperação. A RAS é interdependente por que nenhum serviço sozinho consegue atingir a integralidade logo, eles se completam. O serviço tem autonomia para resolver aquilo que é possível e encaminhar as demais necessidades para a rede apoiadora, permitindo ao usuário seguir em rede. É importante no caminho percorrido, os acolhedores da rede manter uma relação de respeito ao que já foi executado, a fim de manter um clima de estabilidade ao que ainda necessita ser feito, determinado um fluxo contínuo de cooperação, sem desfazer as ações realizadas e acrescentando as seguintes.

A RAS se caracteriza, segundo Brasil (2010b), em formar relações sem verticalizações entre pessoas em diferentes pontos da rede de atenção em saúde, utilizando a comunicação como elo de ligação entre as partes; desenvolver as ações de saúde, segundo as necessidades da comunidade; ofertar serviços de forma intercalada, contínua e integral; ação assistencial; e atenção em equipe para alcançar os objetivos com efetividade sanitária e eficiência.

A fim de promover a intersetorialidade de diferentes eixos que podem compor a atenção ao cidadão, o Ministério da Saúde esta priorizando a construção de redes temáticas prioritárias: a rede cegonha; a rede de urgência e emergência; a rede de atenção psicossocial e a rede de atenção oncológica, sendo o alicerce destas a Atenção Primária em Saúde. Essas redes temáticas podem ser complementadas por serviços da rede do sistema único de assistência social e políticas de atenção a mulher, hierarquicamente

organizada em diferentes níveis de complexidade. (MENDES, 2011).

Com o envelhecimento cada vez crescente da população no Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão ocupando posição de destaque. Depois das doenças cardiovasculares, o câncer apresenta-se em segundo lugar como a principal causa de morbidade e mortalidade. (BRASIL, 2011a).

Referente ao rastreamento do câncer no Brasil houve aumento na cobertura de mamografias de 54,8% em 2003, para 71,1% em 2008. No mesmo período também houve um aumento na cobertura do exame citológico de 82,6% para 87,1%, entre mulheres com idade entre 25 e 59 anos segundo a PNAD, 2008. O aumento destas respectivas coberturas deu-se com a implantação e ampliação da estratégia de saúde da família, principalmente no interior do país, norte e nordeste áreas de maior incidência da doença. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Entre os maiores desafios no rastreamento populacional está o aumento da cobertura dos exames em mulheres de áreas sociais mais vulneráveis pois, ainda persistem disparidades em relação à escolaridade e região, que precisam ser superadas. (BRASIL, 2011b).

Para um correto e organizado rastreamento do câncer de colo de útero e de mama, o plano recomenda: aprimorar do rastreamento; ofertar exames a todas as mulheres, principalmente aquelas em condições mais excludentes, e garantir acesso ao tratamento nas fases iniciais. Dentre as estratégias para consolidar um sistema nacional, padronizado e integrado de informação sobre o câncer destacam-se. (BRASIL, 2011a):

- a. Fornecer auxílio técnico aos Registros de Controle de Base Populacional para ajustes e melhoria das informações visando a qualidade e atualização das mesmas de forma constante;
- b. Analisar os registros de câncer por meio da qualidade dos indicadores de desempenho alcançados;
- c. Fornecer, de forma rápida e ocasionais, dados sobre o câncer em âmbito local, estadual e nacional elaborados pelos Registros de Câncer de base populacional e hospitalar (RCBP e RCH);
- d. Interpretar informações sobre incidência, mortalidade e sobrevida do câncer por meio dos dados dos RCBP e RHC do Brasil e suas diferentes regiões;
- e. Intercalar as principais bases de dados sobre morbimortalidade por câncer no país;
- f. Consolidar os Registros de Câncer de Base Populacional e os Registros Hospitalares de Câncer como dados oficiais de informação para a vigilância de câncer, integrando seus bancos de dados aos Sistemas de Informações do SUS;
- g. Consolidar a vigilância de câncer dentro das vigilâncias a nível nacional, estadual e municipal;
- h. Fomentar as instituições de ensino e de pesquisa a produção de pesquisas relacionadas a análise dos dados de sobrevida sobre o câncer;

- i. Incentivar o Desenvolvimento de pesquisas sobre a análise de dados do câncer de mama e colo de útero a partir do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação On-line (SINANNET).

Dentre as estratégias para consolidar a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama no Brasil, têm-se: a) consolidar o rastreamento organizado do câncer do colo do útero; b) incentivar o diagnóstico precoce do câncer de mama; c) melhorar a cobertura do acesso das mulheres com fatores de risco à mamografia de rastreamento; d) garantir a implantação a níveis locais de programas de gestão da qualidade do exame citopatológico do colo do útero; e) garantir a implantação a níveis locais de um Programa de Gestão da Qualidade da Mamografia; f) educação permanente de profissionais da estratégia de saúde da família e do ambulatório especializado; g) Capacitar equipes de saúde da ESF da atenção secundária para a detecção precoce do câncer de mama; h) estimular o desenvolvimento ações de informação e mobilização sociais relacionadas à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama. (BRASIL, 2011a).

A projeção para cobertura da Mamografia e exame de Papanicolau de 2014 para 2022 deve atingir uma cobertura em torno de 95% das mulheres em idade de risco. (BRASIL, 2011b).

## **2.4 O papel da estratégia de saúde da família na rede de atenção a saúde do sistema único de saúde**

A estratégia de saúde da família enquanto política atual teve sua origem no início na década de 90 na sua versão inicial sua versão foi o Programa de agentes comunitários de saúde sendo marcada por eventos de críticas. Persistindo após quatro anos foi incorporando ao modelo as equipes de saúde da família o que ampliou e valorizou as ações dos agentes comunitários de saúde. De programa a política o Ministério da Saúde reconheceu sua importância na construção do modelo que visa estruturar a promoção da saúde enquanto espaço principal de se fazer saúde na rede de atenção primária, tendo a família como o centro de sua atenção respeitando as influências da dimensão social e do meio ambiente. (MARTTINS; GARCIA; PASSOS, 2008).

No modelo da ESF, o SUS utiliza a dimensão da vigilância em saúde utilizando o plano de ação estratégico e oferecendo atenção a saúde a partir do eixo epidemiológico contemplando seus princípios e diretrizes, reconhecendo a influência dos fatores socioambientais e culturais na construção das práticas de saúde no paradigma da integralidade alternativo ao modelo biomédico de intervenção até então vigente. (CARBONE; COSTA; 2004).

A atenção primária em saúde apresenta-se como a principal via de acesso do cidadão aos serviços de saúde onde tudo deve ser iniciado, utilizando o acolhimento a este cidadão como metodologia de atendimento, a partir daí as ações em equipe deve dar respostas aos problemas de saúde apresentado, atenuando e minimizando danos a saúde nas dimensões biopsicossociais, promovendo um cuidado resolutivo, integrando este cidadão quando necessário a rede de atenção em saúde garantindo sua integralidade. (BRASIL, 2011b).

Segundo o Ministério da Saúde o principal objetivo da estratégia de saúde da família

é promover a reelaboração do modo de atenção à saúde a partir da organização da atenção primária em saúde atendendo as expectativas do SUS reconstruindo um novo jeito de fazer saúde nas unidades de saúde onde estas equipes de saúde da família estão lotadas, especificando as atribuições do serviço e da comunidade. (BRASIL, 1997).

Repensando o modelo de atenção em saúde praticado na ESF verifica-se a necessidade de sua reorientação no sentido de estimular um trabalho na equipe de saúde de forma na perspectiva *entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos, abandonando o excesso de trabalho priorizado em ações burocráticas o que nos afasta da integralidade atingindo também o estilo de gerenciar os processos e sistemas de trabalho. A organização da ação assistencial deve fundamentar-se na transversalidade e intersetorialidade utilizando um processo de comunicação efetiva na equipe de saúde o que promoverá uma maior efetividade no trabalho. Para a complementação dessas ações surge as referências e o apoio matricial. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2014a).

O modelo de trabalho que os profissionais da ESF devem adotar em conjunto com outros profissionais de saúde de apoio externo chamado de apoio matricial que funcionam como apoio referencial estratégico. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010b).

## **2.5 O processo de trabalho na estratégia de saúde da família**

O processo de trabalho na ESF tem como atividade preliminar a elaboração de uma programação em saúde a partir dos conhecimentos da realidade territorial que irá fundamentar os diagnósticos em saúde, produzindo em seguida a análise da situação de saúde da comunidade. Esse diagnóstico somente é possível por meio de um processo de informação que utilize dados ou fontes fidedignas. Contudo, a equipe de saúde precisa tem compromisso e responsabilidade com o seu trabalho. A equipe de saúde deve extrapolar os espaços cotidianos e extrapolar o espaço extra-muro de sua unidade de saúde. Deve buscar as fontes de informações em saúde nos sistemas oficiais e produzir outras fontes necessárias específicas. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2014b).

Conforme ações preconizadas pelo SUS, o planejamento pode ser uma ferramenta para melhorar as ações de saúde prestada a população, permitindo reconhecer os problemas de saúde e a assistência respectiva. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2014c).

O modelo de trabalho da ESF utiliza como sistema a interdisciplinaridade em equipe, com isso permite-se, na ação assistencial, a interseção de diversos saberes na busca da integralidade para resolução dos problemas de saúde, além de priorizar o monitoramento contínuo de saúde e a sistematização do processo avaliativo para a implementação da mesma e reorientação dos sistemas de trabalho. (BRASIL, 2006d).

A partir da inserção do cenário de mudança do SUS, pela adoção do modelo de promoção da saúde pela ESF, verificou-se a necessidade de observar o modelo de processos de trabalho em equipe desenvolvido, a fim de verificar como as equipes estão se adequando a este cenário bem como, perceber quem são as pessoas que estão ocupando os cargos de gestão, como ocorre a concentração de atividades assistenciais e administrativas. Verificar também como esta equipe planeja e integra ações de cuidar e ações administrativas. (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

O foco principal do trabalho da ESF é a família, através de vínculos criados pelo seu

acompanhamento contínuo, o que a coloca como centro de tudo na ação do cuidar, nas dimensões de atenção, gestão, política e controle social, de forma eficiente, não mais no modelo curativo mas, no de promoção de saúde. (STEDILE; DALPIAZ, 2011).

Na gestão de trabalho da equipe da ESF é imprescindível verificar como se processa o trabalho em equipe, as vivências que permite a subjetividade, os valores aprendidos no dia a dia para a construção de tomada de decisões no desempenho da função, utilizado como parâmetros os conflitos vivenciados e prazeres nas ações exitosas. (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

## **2.6 Rastreamento do câncer de colo de útero e mama**

### *2.6.1 Conceito*

Segundo Gates (2000) o rastreamento e a execução de métodos de diagnósticos específicos a indivíduos aparentemente sadios como o propósito de identificar a doença em estágios iniciais ou de levantamento e controle de fatores de risco tendo com meta principal reduzir a incidência da doença bem como de casos de óbitos ou ainda a minimizar os riscos rastreados.

Etimologicamente o termo rastreamento deriva do inglês screening que presumindo a estratégia de peneira, vindo do inglês sieve, algo cheio de furos. A partir daí na atualidade a palavra screening ou check-up refere algo isento de furos. (GRAY, 2004).

### *2.6.2 Caracterização*

O rastreamento oportuniza o encontro com indivíduos que apresentam a doença de forma subclínica. As vezes consideram-se rastreamento como um mero ritual de aplicação de protocolos de entidades profissionais ou de instituições padrões da área sobre medidas profissionais, estando com isso mais adequada ao rastreamento oportunístico como uma medida paliativa e focal mas que não reduz sofrimentos futuros de uma maioria de cidadãs não atingidas por essa “política”. Assim esta estratégia chamada de rastreamento não está imune de riscos pois na prática o mesmo significa fazer um encontro apropriados entre um serviço e pessoas aparentemente saudáveis, mas na verdade com grande potencial de já estar desenvolvendo a doença. (BRASIL, 2010c).

No modelo de rastreamento organizado, as usuária em situação de atraso são regularmente convidadas através de seu agente comunitário de saúde da estratégia de saúde da família a comparecer ao serviço para a execução dos controles. Para tal utilizam-se meios de comunicação diversificados e disponíveis. As mulheres com laudos alterados também tem prioridade na convocação tendo garantia de acompanhamento e exames complementares com garantia de agilidade e seguimentos assegurados. No rastreamento organizado deve haver um programa de qualidade dos exames laboratoriais com certificação de qualidade. (BRASIL, 2010c).

O êxito do rastreamento do canceres de colo de útero e mama depende de sua organização o que estão diretamente relacionados com a execução de atividades planejadas com a população de mulheres previamente conhecidas e intervalos de execução de exames determinadas previamente a partir de um banco de dados construídos e atualizados. Assim

no Brasil verifica-se a ocorrência de visita de mulheres as unidades de saúde de forma esporádica o que caracteriza um rastreamento oportunístico ai os profissionais de saúde aproveitam para realizar os controle desses cânceres executando uma prática que não é recomendada pelas regras determinadas. O rastreamento oportunístico é uma estratégia ineficiente e não reduz a morbidade e a mortalidade por câncer de colo de útero e mama que acabe se caracterizando como de baixo impacto e rastreamento repetitivos de uma mesma clientela. (MADLENSKY, GOEL, POLZER, ASHBURY, 2003; VALE, MORAIS, PIMENTA, ZEFERINO, 2010; ZEFERINO, 2008).

Segundo (VAINIO, BIANCHINI, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007) o rastreamento consiste em selecionar mulheres em idade de risco e assintomáticas a exames de triagem do câncer de colo de útero e mama para detecção de suas lesões em fases iniciais. Ao detectar lesões precursoras dentro do rastreamento organizado a atenção prossegue referenciando-se essa mulher a serviços especializados para exames de diagnóstico avançados e o tratamentos.

Relacionados ao câncer de colo de útero quando o exame de rastreamento, a colpocitologia atinge cobertura de no mínimo 80% e estes exames apresentam características de qualidade tem fortes impactos nos indicadores mortalidade por esta doença e a sua redução em tornos de 90%. (BRASIL 2006e).

O câncer de colo de útero, em especial, tem alto padrão de prevenção, diagnóstico precoce e cura, atingindo um índice de 100% quando rastreado nas fases iniciais com resolutividade a nível ambulatorial em torno de 80% dos casos. Para uma efetiva qualidade do programa de rastreamento com retornos epidemiológicos é ideal uma cobertura mínima de 85% da população feminina em idade de risco onde, estima-se que 40% dessas mulheres nunca se submeteram ao rastreamento. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2006; TENCONI, BECKER, PASINI, HAAS, 2000).

Relacionadas ao rastreamento do câncer de colo de útero no Brasil observa-se uma maior cobertura em mulheres na faixa etária com menos de 35 em virtude destas terem maior frequência às unidades básicas de saúde principalmente para a realização de assistência pré-natal. Com esta supervalorização de mulheres e rastreamento repetitivos mulheres na maior faixa etária de risco estão deixando de ser rastreadas em um modelo menos oportunístico e mais organizado. (BRASIL, 2006f).

A estratégia recomendada dentro do modelo de rastreamento organizado é incluir mulheres em idade de risco através da metodologia de cartas convites personalizadas por ocasião de acesso a faixa etária, falta ao rastreamento no intervalo proposto ou que nunca realizaram o exame Papanicolaou. Esse modelo mostra-se mais eficiente quando comparados ao oportunístico que se baseiam na procura espontâneas das mulheres a unidade de saúde. (SIGURDSON e SIGVALDASON, 2006).

No Brasil tem se observado um aumento na cobertura de mulheres em idade de risco que aderiram ao rastreamento do câncer de colo de útero. Assim na década de 80 est cobertura girava em torno de 53,1% a 68,9% enquanto que em 2003 houve um aumento de 92,9% contudo observam-se fortes desigualdades regionais e modelo oportunístico instituído. (MARTINS, THULER, VALENTE, 2005).

A Organização Mundial da Saúde normatiza que no rastreamento organizado

do câncer de colo de útero o exame de Papanicolau deve ser realizado anualmente seguidamente por 2 anos, a partir da faixa etária de 25 anos de idade. A partir de 2 resultados negativos e seguidos pode fazer um novo rastreamento a cada 3 anos. A cobertura de 80% do rastreamento na faixa etária de 35 a 59 anos de idade tem sérios impactos positivos nas taxas de morbimortalidade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988).

Quando o rastreamento do câncer de colo de útero é praticado por mulheres a cada 5 anos seu risco é diminuído 84% contudo, se ele for realizado a cada 3 anos a sua redução aumenta para 91%. A sua execução anual aumenta a proteção de mulheres em 2%. (LINOS A, RIZA, 2000).

Vale destacar que relacionados ao câncer de colo de útero o seu diagnóstico precoce está diretamente ligado ao acesso das mulheres a informações sobre a doença, autoexame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia. Metodologias inovadoras de rastreamento possíveis tem sido objeto de estudos nos países em crescimento tendo em vista a recomendação de realização de mamografias de rastreamento por mulheres com idade de 50 a 69 anos. (BRASIL, 2004). O câncer de mama quando rastreado em fases iniciais quando os nódulos tem menos de 2 centímetros de diâmetro tem previsão favorável e grandes chances de cura em torno de quase 100%. No rastreamento do câncer de mama preconiza-se a execução de mamografia bianuais em mulheres de 50 a 74 anos. (WORD HELTH ORGANIZATION, 2008c).

O Instituto Nacional do Câncer orienta a execução de uma mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos de idade, no limite máximo de uma a cada dois anos. Mulheres acima dos 40 anos de idade podem realizar o exame clínico das mamas todos os anos. Mulheres de 35 anos em diante e que fazem parte de grupo acrescido de risco para o câncer de mama devem realizar mamografia e exame clínico das mamas anualmente. (BARRETO, MENDES, THULER, 2012).

A mamografia de rastreamento identifica cerca de 83% dos casos de câncer enquanto que o exame clínico das mamas pode rastrear até 70% dos casos sendo portanto duas importantes ferramentas e, quando utilizadas em associação aumentam o potencial do rastreamento do câncer de mama. (MOLINA, DALBEN, LUCA, 2003).

### 2.3.3.1 Estratégias recomendadas para o rastreamento do câncer de colo de útero e mama

- a. Identificar as mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o rastreamento do câncer de colo de útero e mama;
- b. Identificar fatores de risco em mulheres de 25 a 64 para o câncer de colo de útero e de mama;
- c. Construir um banco de dados para registro de base populacional das mulheres de 25 a 64 anos recomendado pelo Instituto Nacional do Câncer, através da padronização de uma ficha de cadastro de rastreamento do câncer de colo de útero e mama;
- d. Demonstrar a necessidade do recrutamento de mulheres em falta com os exames de rastreamento do câncer de colo de útero e câncer de mama por meio

- do preenchimento do formulário padronizado;
- e. Elaborar indicadores de cobertura de mamografias e de exame de citologia oncológica;
  - f. Realizar um georreferenciamento da cobertura dos exames de mamografia e citologia oncológica;
  - g. Construir ferramentas para o registro de informações que promova o rastreamento populacional organizado do câncer de colo de útero e câncer de mama;
  - h. Disponibilizar um arquivo de mesa com o registro da informação de mulheres em dia e faltosas a mamografia e citopatologia oncológica;
  - i. Aplicativo de celular visando a montagem de um banco de dados de base populacional de mulheres para o registro de informações sobre o rastreamento pelo exame de citologia oncológica cervical e mamografias de uma área;
  - j. Elaborar planilhas em Excel, mapas de registro a fim de promover o registro de informações sobre o rastreamento do câncer de colo de útero e mama;
  - k. Realizar a capacitação dos ACS para o rastreamento do câncer de colo de útero e de mama.

### 3 | CONCLUSÃO

O rastreamento de câncer de colo uterino e de mama, possibilita uma base sólida para intervenções objetivas e de baixo custo, organizando o serviço e implantando ferramentas para auxiliar nesta busca.

As ferramentas produzidas devem ser essenciais para o serviço organizar o seu modelo estratégico. O rastreamento organizado é uma metodologia de trabalho que melhora significativamente o controle e a qualificação dos exames executados pelas mulheres em idade de risco para o câncer de mama e colo de útero, visando o seu diagnóstico precoce, otimizando o seu tratamento e reduzindo as taxas de mortalidade.

Após a implantação das ferramentas e os resultados alcançados necessitam de um estudo que avalie os impactos decorrentes destas ferramentas implantadas. Fortalecer e promover esse sistema de rastreamento, poderá auxiliar no quadro de monitoramento, incluindo um conjunto de indicadores aplicáveis a contextos regionais, acompanhar tendências e avaliar os progressos realizados em cada região na implementação de estratégias de prevenção.

O uso destas informações além de melhorar a implantação do programa de rastreamento e sistemas de informação e vigilância, trarão qualidade as intervenções, melhorando as práticas relacionadas. Assim sugere-se para o alcance destes resultados propostos a qualificação constante da equipe de saúde em especial ao enfermeiro e agentes comunitários de saúde no sentido de transformar a realidade de saúde social

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Eduardo Silva et al. Avaliação do Seguimento de Mulheres com Exames Citopatológicos Alterados de acordo com as Condutas Preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil em Goiânia, Goiás. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v. 60, n. 1, p. 7-13, 2014. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_60/v01/pdf/03-artigo-avaliacao-do-seguimento-de-mulheres-com-exames-citopatologicos-alterados-de-acordo-com-as-condutas-preconizadas-pelo-ministerio-da-saude-do-brasil-em-goiania-goias.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/03-artigo-avaliacao-do-seguimento-de-mulheres-com-exames-citopatologicos-alterados-de-acordo-com-as-condutas-preconizadas-pelo-ministerio-da-saude-do-brasil-em-goiania-goias.pdf). Acesso em: 01 mar. 2020.

BAGARELLI, Lúcia Buchalla; OLIANI, Antonio Hélio. Tipagem e estado físico de papilomavírus humano por hibridização in situ em lesões intra-epiteliais do colo uterino. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, Feb. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032004000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 Mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004000100009>.

BARRON BA, RICHART RM. A statistical model of the natural history of cervical carcinoma based on a prospective study of 557 cases. **J Natl Cancer Inst** 1968; v.41, n. 6, p.1343-1353.

BARRETO, Alana Soares Brandão; MENDES, Marina Ferreira de Medeiros ; THULER Luiz Claudio Santos; Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro

**Rev Bras Ginecol Obstet.** 2012; v. 34, n. 2, p. 86-91. Disponível em: < [http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0100-72032012000200008&pid=S0100-72032012000200008&pdf\\_path=rbgo/v34n2/a08v34n2.pdf](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0100-72032012000200008&pid=S0100-72032012000200008&pdf_path=rbgo/v34n2/a08v34n2.pdf) >. Acesso em: 05 mar. 2020.

BOSCH F, SCHIFFMAN M, SOLOMON D. Introducion: future research directions in the epidemiology of huma papillomavirus and cancer. **J Natl Inst Monogr.** 2003; v. 31, p.1-2. Disponível em : < <http://jncimono.oxfordjournals.org/content/2003/31/1.full.pdf+html> > Acesso em: 21 abr 2020.

BODSTEIN, R.C.A. (coord.). **História e Saúde Pública**: A política de controle do câncer no Brasil. PEC/ENSP, 1987. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_46/v03/pdf/editorial.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v03/pdf/editorial.pdf)>. Acesso em 10 maio 2020.

BUFFON, Andréia; CIVA, Mariema; MATOS, Virgínia Frota de. Avaliação de lesões intra-epiteliais escamosas e microbiologia em exames citológicos realizados em um laboratório de Porto Alegre. **Rev bras. anal. clin.**, Rio de Janeiro, v. 38, n 2, p. 83-86, 2006. Disponível em: <[http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac\\_38\\_02/rbac3802\\_04.pdf](http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_02/rbac3802_04.pdf)>. Acesso em: 09 de maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações Estatísticas (Versão 4.0) Maranhão. Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora. Caxias- Ma, janeiro de 2006 a março de 2014a. SICOLO. Disponível em: < Informações Estatísticas (Versão 4.0) Maranhão Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora> Acesso em : 10 março 2020.

\_\_\_\_Ministério da Saúde. Informações Estatísticas (Versão 4.0) Maranhão. Exame Citopatológico Mama. Caxias- Ma, janeiro de 2009 a abril de 2014b. SICOLO. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siscolo/sismama/DEF/MACMAMA4.def>> Acesso em : 10 abril 2020.

\_\_\_\_Portaria nº 874/13. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).2013a. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html).> Acesso em : 26 jan. 2020

\_\_\_\_Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf).> Acesso em: 25 março 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, **2011b**. Disponível em: >[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2012\\_vigilancia\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf)> Acesso em: 25 março. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 26. Secretaria de **Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; **2010a**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2007.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2007.pdf) acesso em:07 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279**. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de **2010b**. Disponível em:> [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)> Acesso 25 março. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad29.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf) >. Acesso em: 17 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância: **a situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006c. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao\\_cancer\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf) . Acesso em: 06 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006d

\_\_\_\_\_. Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilancia em Saude. **Programa Nacional de DST e Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4a ed. Brasília: Ministerio da Saude; 2006f. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_controle\\_das\\_dst.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf) Acesso em: 04 março 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Controle do câncer de mama: documento de consenso. Brasília; 2004**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher. **Câncer de colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf)>. Acesso em: 13 de maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional Controle do Câncer do Colo Uterino. **Controle do câncer do colo do útero**. Brasília, 2001. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer\\_uterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_uterio.pdf)>. Acesso em 25 março 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em 29 jan. 2020.

BUFFON, Andréia; CIVA, Mariema; MATOS, Virgínia Frota de. Avaliação de lesões intra-epiteliais escamosas e microbiologia em exames citológicos realizados em um laboratório de Porto Alegre. **Rev bras. anal. clin.** Rio de Janeiro, v. 38, n 2, p. 83-86, 2006. Disponível em <[http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac\\_38\\_02/rbac3802\\_04.pdf](http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_02/rbac3802_04.pdf)>. Acesso em 09 de abril. de 2020.

CARBONE, E.M.A.; COSTA, M.H. **Saúde da Família, uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. Disponível em <COFEN. Resolução COFEN Nº 381/2011. Disponível em <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3812011\\_7447.htm](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3812011_7447.htm) >. Acesso em 26 jan. 2020.

CONASS. NOTA TÉCNICA | 09 | 2011. **Proposta de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero e de mama.** Disponível em: [http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2009\\_2011%20-%20Cancer%20de%20Colo%20de%20%C3%A9tero%20e%20Mama%20R.pdf](http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2009_2011%20-%20Cancer%20de%20Colo%20de%20%C3%A9tero%20e%20Mama%20R.pdf) acesso em: 03 abr. 2020.

COSTA, AM. **O PAISM: uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a ser Resgatada.** Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a09v14n4.pdf>> Acesso em: 10 maio 2020.

EGGERS, S. A história do câncer em direção à cura. **Revista Hands**, São Paulo, v. 2, n. 10, p. 14-16, 2002.

FIOCRUZ. História do Câncer no Brasil. 2014. Disponível em: <http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/linhadotempo/>> Acesso em: 16 maio 2020.

FELICIANO, Cleusa; CHRISTENI, Kelly; VELHO, Manuela Beatriz. Câncer de colo uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar, v. 18, n. 1, p.75-79, 2010. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a13.pdf>>. Acesso em em 11 abril. 2020.

FERLAY, Jacques et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **Int. J. Cancer**: v. 127, n. 12, p. 2893–2917, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/pdf>>. Acesso em: 25 abril 2020.

GÓES Jr, J.S. **Programa Nacional de Controle do Câncer.** Divisão Nacional do Câncer. Ministério da Saúde, 1973. Disponível em: <http://www.ibcc.org.br/conheca-ibcc/historico.asp>. Acesso em: 10 maio 2015.

GATES, T. J. Screening for cancer: evaluating the evidence. **Am Fam Physician**, United States, v. 63, n. 3, p. 513-522, 2001. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/20010201/513.html>>. Acesso em: 05 abr. 2010.

GLOBOCAN. **Cancer Incidence and Mortality Worldwide:** IARC. NHL = Non-Hodgkin lymphoma. Region boundaries are standard United Nations groupings. 2012, v. 1.0. Disponível em: [http://publications.cancerresearchuk.org/downloads/product/CS\\_INFOG\\_WORLD\\_INC.PDF](http://publications.cancerresearchuk.org/downloads/product/CS_INFOG_WORLD_INC.PDF). Acesso em: 25 maio. 2020.

GRAY, J. A. New concepts in screening. **Br J Gen Pract**, England, v. 54, n. 501, p. 292-298, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314856/pdf/15113498.pdf>> Acesso em: 17 maio 2020.

HILDESHEIM A, WANG SS. Host and viral genetics and risk of cervical cancer: a review. **Virus Res**. 2002; 89(2):229-40. Disponível em: < [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ShoppingCartURL&method=add&\\_eid=1-s2.0-S0168170202001910&originContentFamily=serial&\\_origin=article&\\_ts=1429641132&md5=b2851e9b655941afeb207640cf12815f](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&method=add&_eid=1-s2.0-S0168170202001910&originContentFamily=serial&_origin=article&_ts=1429641132&md5=b2851e9b655941afeb207640cf12815f)> Acesso e: 21 abr 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010/>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

FERLAY, J. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **Int. J. Cancer**: v. 127, p. 2893–2917, 2010. Disponível em ><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/pdf>> Acesso em : 25 março. 2020.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER - IARC working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses. IARC **Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Human**. 2007; v. 90, n. 1, p. 636. Disponível em: ><http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100B/mono100B-11.pdf>>. Acesso em 20 maio. 2020.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa\\_cancer\\_24042014.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf)>. Acesso em: **03 abr. 2020**.

\_\_\_\_\_. **Informativo** Detecção precoce. Boletim ano 4, – edição especial / **2013a**. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informa\\_detecprecoce\\_3\\_2013.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informa_detecprecoce_3_2013.pdf)>. Acesso em 05 abr 2020.

\_\_\_\_\_. **Atlas on line de mortalidade. Mortalidade proporcional, não ajustada por câncer do colo de útero, em mulheres, entre 1979 e 2012**. Rio de Janeiro, **2013b**. <disponível em acesso em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml?jsessionid=837DA16427C8CB86DD00EEE4B396E750#panelResultado>>. Acesso em: 21 abr 2020.

\_\_\_\_\_. **Atlas de mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA; **2012**. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>>. Acesso em: 01 fev.. 2020

\_\_\_\_\_. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do cólo do útero**. Rio de Janeiro: INCA; **2011a**. Disponível em: >[http://www.mg.vivamulher.com.br/downloads/diretrizes\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://www.mg.vivamulher.com.br/downloads/diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf). >. Acesso em 01 maio. 2020.

\_\_\_\_\_. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo**. Rio de Janeiro, RJ, 2010b. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario\\_colo\\_uterio\\_versao\\_2011.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario_colo_uterio_versao_2011.pdf)>. Acesso em: 06 maio 2020.

\_\_\_\_\_. **Atlas de mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro; 2008a. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/> Acesso em:

\_\_\_\_\_. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. 3ª edição. Revisada. Atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: INCA. **2008b**. Disponível em: < <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp> > acesso em: 05 abr 2020.

\_\_\_\_\_. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3a ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: INCA; **2008c**. 608 p.19. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/enfermagem/>>. Acesso em: 06 maio 2020.

\_\_\_\_\_. **Incidência de câncer no Brasil. Estimativa/ 2006**. Brasília: Instituto Nacional do Câncer. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versaofinal\\_estimativa2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versaofinal_estimativa2006.pdf)>. Acesso em: 01 jun 2020.

\_\_\_\_\_. **Estimativas 2005**. Incidência de Câncer no Brasil. Brasília: INCA/MS, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa\\_versaofinal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_versaofinal.pdf). > Acesso em: 25 maio. 2020.

\_\_\_\_\_. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA; 2004. 36 p. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Consensointegra.pdf> >. Acesso em: 08 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA; **2002**. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf)> Acesso em 04 abr 2020.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Viva Mulher**. 2000. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 01 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. **Viva Mulher** – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino. FAF, 1996. Disponível em: [http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/historico\\_acoes](http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/historico_acoes) Acesso em : 16 maio 2020.

LAGO, T.G. **La Participación Ciudadana en la Toma de Decisiones en Salud de la Mujer en Brasil.** Estudio de caso elaborado para, y presentado en el Curso Adaptándose al cambio: Reforma del Sector Salud y Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, FUNSALUD, Population Council, 2003. Disponível em: < <http://venezuela.unfpa.org/doumentos/RSSR.pdf>> . Acesso em: 10 maio 2020.

LINOS A, RIZA E. Comparisons of cervical cancer screening programmes 15. in the European Union. **Eur J Cancer.** 2000;v. 36, n. 17, p. 2260-2265. Disponível em: < <http://www.ejcancer.info/retrieve/pii/S095980490000321X>> Acesso em: 01 jun 2020.

MARTINS LFL, THULER LCS, VALENTE JG. **Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura.** *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005. v.27, n.8, p. 485-492. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26760.pdf> >. Acesso em: 01 jun 2020.

MADLENSKY L, GOEL V, POLZER J, ASHBURY FD. Assessing the evidence for organised cancer screening programmes. **Eur J Cancer.** 2003; v. 39, n.12, p. 1648-1653. Disponível em: < [http://www.researchgate.net/publication/10638829\\_Assessing\\_the\\_evidence\\_for\\_organised\\_cancer\\_screening\\_programmes](http://www.researchgate.net/publication/10638829_Assessing_the_evidence_for_organised_cancer_screening_programmes)>. Acesso em: 01 junho 2020.

MOLINA L, DALBEN I, LUCA L. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Rev Assoc Med Bras.** 2003; v. 49, n. 2, p. 185-190. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a11.pdf>>. Acesso em: 01 jun 2020.

MARTINS, Julieta de Souza; GARCIA, Júnior Ferreira; PASSOS, Ana Beatriz Barbosa. Estratégia Saúde Da Família: População Participativa, Saúde Ativa. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste – MG, v.1, n.1, Nov./Dez. 2008.** Disponível em [http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/julieta\\_martins\\_junior\\_garcia\\_e\\_ana\\_passos.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/julieta_martins_junior_garcia_e_ana_passos.pdf)>. Acesso em 27 jan. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Organização Panamericana da Saúde. 2 ed. Brasília, 2011. Disponível em: < <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>> Acesso em: 16 maio 2020.

NAKAGAWA, Janete Tamani Tomiyoshi; SCHIRMER, Janine; BARBIERI, Márcia. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, v. 63, n. 2, p. 307-311, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000200021&lng=en&nrm=isohttp://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200021&lng=en&nrm=isohttp://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200021)>. Acesso em: 09 Jan. 2020.

NEVES, Hélio; NAFFAH FILHO. Michel. Mortalidade por Câncer de Mama e de Colo Uterino: Estudo da Distribuição Espacial no Município de São Paulo. **e-CEInfo: Boletim da Coordenação de Epidemiologia e Informação - Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.** Ano 5, Boletim 2, Novembro de 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/VaioRossi/Downloads/Incidencia\\_Mortalidade.pdf](file:///C:/Users/VaioRossi/Downloads/Incidencia_Mortalidade.pdf)>. Acesso em: 15 maio. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Nota de orientação da OPAS/OMS: **prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres.** Washington. 2013. Disponível em: [http://screening.iarc.fr/doc/9789275717479\\_por.pdf](http://screening.iarc.fr/doc/9789275717479_por.pdf) > Acesso em: 01 jun 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Nota de orientação da OPAS/OMS: **prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres.** Washington, 2013.

PARKIN DM, BRAY FI, DEVESA SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. **Eur J Cancer** 2001; v. 37, p. 4-66. Disponível em : < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804901002672>> Acesso em: 21 abr 2020.

PARKIN DM, PISANI P, FERLAY J. Global Cancer Statistics. *Cancer J Clin*. 1999; 49(1):33-64. Disponível em : < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.49.1.33/pdf>> acesso em 04 abr 2020.

PAGLIUSI SR, TERESA AGUADO M. **Effi cacy and other milestones for human papillomavirus vaccine introduction**. *Vaccine*. 2004; v. 23, n. 5, p. 569-78. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17292517>> acesso em: 21 abr 2020.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2008.

PEREIRA, Queli Lisiane Castro; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. Acesso à mamografia: percepções dos responsáveis pela política da saúde da mulher. REME – **Rev. Min. Enferm.** v.15, n. 3, p. 365-371, jul./set., 2011. Disponível em <<bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>>. Acesso em 01 maio 2020

PRADO, Patrícia Rezende do et al. Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado Citológico ASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo Fatores Sociodemográficos, Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco - AC, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 471-479, 2012. Disponível em <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf)>. Acesso em 01 março. 2020.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**; v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>>. Acesso em 29 jan. 2020.

RAMA, Cristina Helena et al. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1., 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 Mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000100016>.

RAMA, Cristina Helena; Cecília MARTINS, Maria Roteli; DERCHAIN Sophie Françoise Mauricette; DE OLIVEIRA, Eliane Z. ; ALDRIGHI José Mendes ; MARIANI

SIGURDSON kristijan & SIGVALDASON, Helgvi. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer evaluation of screening activity in Iceland. *IntmActa Obstetricia et Gynecologica* 2006. v. 85, p. 343-349. Disponível em: [http://www.readcube.com/articles/10.1080%2F00016340500432457?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED\\_NO\\_CUSTOMER](http://www.readcube.com/articles/10.1080%2F00016340500432457?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER). Acesso em: 01 junho 2020.

SILVA, Pamella Araújo da; RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005>.

SILVA FILHO, A. M.; LONGATTO FILHO, A. **Colo uterino e vagina: processos inflamatórios (aspectos histológicos, citológicos e colposcópicos)**, Rio de Janeiro, RJ p.193-200, 2000. Disponível em: <[www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/.../45/pdf](http://www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/.../45/pdf)>. Acesso em 20 set. 2014.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; DALPIAZ, Ana Kelen. **Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas**. 2011. Disponível em:< [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/jornada\\_Eixo\\_2011/impasses\\_e\\_desafios\\_das\\_politicas\\_da\\_seguridade\\_social/estrategia\\_saude\\_da\\_familia\\_reflexao\\_sobre\\_alguas\\_de\\_Suas\\_premissas.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/jornada_Eixo_2011/impasses_e_desafios_das_politicas_da_seguridade_social/estrategia_saude_da_familia_reflexao_sobre_alguas_de_Suas_premissas.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2013.

SHIMIZU, Helena Eri; CARVALHO JUNIOR, Daniel Alvão de. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, Sept. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413\\_81232012000900021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413_81232012000900021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 Mar. 2020.

SOUSA, Maria Luciana Bezerra et al. **Estratégia saúde da família: dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS.** V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/ESTRATEGIA\\_SAUDE\\_DA\\_FAMILIA\\_DIFICULDADES\\_PARA\\_A\\_EFETIVACAO\\_DA\\_PROPOSTA\\_DE\\_REORGANIZACAO\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_DIFICULDADES_PARA_A_EFETIVACAO_DA_PROPOSTA_DE_REORGANIZACAO_DO_SUS.pdf)>. Acesso em: 11 Fev. 2020.

TENCONI P, BECKER T, PASINI A, HAAS P. Estudo da incidência de Câncer de Colo de Útero nas Regiões da Grande Florianópolis e Sul do Estado de Santa Catarina e Análise da Metodologia Utilizada Para Realização do Exame. *Rev. NewsLab* 2000; v.40, p.164-178. Disponível em: <http://www.portaldeginecologia.com.br/ler.php?id=159>> Acesso em: 02 junh 2020.

TEIXEIRA, Luiz Antônio & FONSECA M. O. De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:< [http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca\\_desconhecida\\_saude\\_publica.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf). > Acesso em 02 maio 2015.

TEIXEIRA, L. A; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012. Disponível em: < [http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012\\_3/artigos/CSC\\_v20n3\\_375-380.pdf](http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/CSC_v20n3_375-380.pdf) >. Acesso em: 16 maio 2015.

U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for breast cancer: an update for the U.S.: preventive services task force. **Annals of Internal Medicine**, v. 151, n. 10, p. 727-737, 2009. Disponível em: ><http://www.ohsu.edu/xd/education/schools/school-of-medicine/departments/clinical-departments/medicine/divisions/general-internal-medicine/about/evidence-synthesis.cfm>> acesso em 01 out. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Saúde e sociedade: Estratégias de apoio às Equipes de Saúde da Família/Paola Trindade Garcia/ Judith Rafaelle Oliveira Pinho (Org.).** – São Luís, 2014a.

\_\_\_\_\_. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família:** o planejamento no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família/Ana Cleide Mineu Costa; Judith Rafaelle Oliveira Pinho (Org.). - São Luís, 2

VAN OORTMARSSSEN GJ , HABBEMA JD , VAN BALLEGOOIJEN M. Predicting mortality from cervical cancer after negative smear test results. *BMJ* 1992;305(6851):449-51. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1882551/?page=1>> Acesso em 12 abr 2020.

VALE DBAP, MORAIS SS, PIMENTA AL, ZEFERINO LC. **Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil.** Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas. 2010. Disponível: file:///C:/Users/Vaio-Rossi/Downloads/ValeDianaBhadraAndradePeixotodo\_M.pdf> Acesso em 31 maio 2020.

VAINIO H, BIANCHINI F. Breast cancer screening. Lyon: **IARC Press**; 2002. 229 p. (IARC handbooks of cancer prevention; vol. 7). Disponível em:<[http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook7/Handbook7\\_Breast-0.pdf](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook7/Handbook7_Breast-0.pdf)> . Acesso em: 31 maio 2020.

ZEFERINO LC. The challenge of reducing mortality dueto cervical cancer. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2008; v. 30, n.5, p.213-215.Disponível em: < 11. Zeferino LC. The challenge of reducing mortality due to cervical cancer. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(5):213-5.> Acesso em: 31 maio 2020.

ZEFERINO, L.C. Políticas Oficiais de Controle do Câncer no Brasil. **Acta Oncol. Bras.**,17:172-77, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **International agency for research on cancer**. Globocan 2008. Lyon: WHO, 2008. Disponível em > [http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr\\_2008.pdf](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf)>. Acesso em 01 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Early detection. Geneva: WHO; 2007. 42 p. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 3). Disponível em: < <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **International agency for research on cancer**. Globocan 2008. Lyon: WHO, 2008a. Disponível em > [http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr\\_2008a.pdf](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008a.pdf)>. Acesso em 01 maio. 2020.

\_\_\_\_\_. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Lyon, **2008b**. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 10 maio. 2020.

\_\_\_\_\_. **International agency for research on cancer**. World Cancer Report 2008. Lyon, 2008c.

\_\_\_\_\_. World health statistics 2006. 1. Geneva: WHO; **2006** . Disponível em: <[http://www.who.int/whosis/whostat2006\\_erratareduce](http://www.who.int/whosis/whostat2006_erratareduce)>. acesso em 01 março de 2020.

\_\_\_\_\_. Cytological screening in the 14. control of cervical cancer: technical guidelines. Geneva: WHO; 1988 . Disponível em:< <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241542195.pdf>> Acesso em: 01 jun 2020.

# Coletânea de Estudos da Assistência à **Grupos Prioritários** na Atenção Primária à Saúde

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

# Coletânea de Estudos da Assistência à **Grupos Prioritários** na Atenção Primária à Saúde

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 