



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

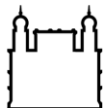
TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO E ANÁLISE DE SAÚDE PÚBLICA.

A ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NOS ANOS DE 2010 A 2017, NOS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO.

ELISÂNGELA DOS SANTOS

Orientador: Diego Ricardo Xavier

Rio de Janeiro, 2019



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

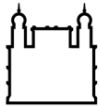


Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO,
MONITORAMENTO E ANÁLISE DE SAÚDE PÚBLICA-SIMASP**

**A ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO AO
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NOS ANOS DE 2010 A 2017, NOS
MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro, 2019



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO E ANÁLISE DE SAÚDE PÚBLICA-SIMASP

A ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NOS ANOS DE 2010 A 2017, NOS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO

por

ELISÂNGELA DOS SANTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Sistemas de Informação, Monitoramento e Análise de Saúde Pública.

Orientador(es): Diego Ricardo Xavier

Aline Pinto Marques

Rio de Janeiro, novembro de 2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que tem me dado vida, saúde e força.

A minha mãe que sempre esteve comigo me apoiando e aconselhando.

A minha família, meu marido e minha filha Emanuelle, que me apoiaram e estão sempre comigo me dando forças.

Aos meus irmãos, minha sobrinha e minha prima que me incentivaram a continuar estudando.

Ao meu trabalho na Clínica da Família Rogério Rocco, que me fez perceber através da sua população de cobertura tão sofrida e carente a importância da Atenção Básica e das Políticas Públicas de Saúde.

A minha amiga Marina Adelaine da Silva Barrozo que além de ter trabalhado comigo na ESF por 8 anos e meio, foi quem me acompanhou nesse retorno aos estudos (e também terminou) esse curso em que agora me especializo.

A minha amiga de curso Luciana Oliveira, que compartilhamos dos conhecimentos adquiridos.

Aos colegas de curso pelo companheirismo.

Aos professores que me ajudaram durante o curso, em especial ao meu orientador, Diego Ricardo Xavier, que sempre foi muito gentil, atencioso e teve muita paciência comigo durante o tempo de realização desse trabalho.

Ao meu pai (Rinaldo Luiz dos Santos) que apesar de não está mais presente, me ensinou que o estudo é a base do conhecimento.

RESUMO

Introdução: O câncer de colo de útero ou cervical é causado pela infecção persistente do HPV de tipo oncogênicos. O início precoce da vida sexual, múltiplos parceiros, o tabagismo e uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, são fatores que contribuem para o risco da doença. O exame preventivo é considerado a principal estratégia para diagnóstico precoce da doença e sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer de colo de útero. A ESF desenvolve ações de prevenção, detecção precoce e controle do câncer de colo de útero. Políticas públicas vêm sendo instituídas para diminuir a incidência e a mortalidade da doença, como programas de rastreamento, diagnóstico e tratamento, com ênfase em ações na rede de atenção básica à saúde. **Objetivos:** Realizar uma análise temporal e espacial dos municípios do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2017, sobre a atuação da Estratégia de Saúde da Família e a mortalidade por câncer de colo uterino. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal de base de dados secundários do período de 2010 a 2017 nos municípios do Rio de Janeiro, a população alvo são mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. Foram construídos mapas, gráficos e tabelas com a distribuição espacial e temporal e avaliada a correlação entre a variável mortalidade por câncer de colo uterino e variáveis de cobertura de ESF e AB e exames realizados. **Resultados:** O período de 2014 a 2017 apresentou uma taxa média de mortalidade com pequeno crescimento comparado ao período de 2010 a 2013, as taxas de cobertura da ESF e AB apresentaram crescimento, enquanto que a taxa de exames preventivos apresentou queda de um período para o outro. **Conclusão:** Apesar do aumento da cobertura da ESF e da Atenção Básica nos municípios do Rio de Janeiro, o volume de exames diminuiu nos últimos anos. As projeções apontam que esse tipo de cuidado e o avanço das políticas de prevenção serão mais necessários considerando o processo de envelhecimento da população. É necessária que se mantenham os ganhos da estratégia nos últimos anos e que políticas de austeridade não venham a enfraquecer e/ou inviabilizar o programa.

Câncer de colo de útero, exame Papanicolau, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer is caused by persistent oncogenic HPV infection. Beginning onset of sex life, multiple partners, smoking and prolonged use of birth control pills contribute to the risk of the disease. The preventive examination is considered the main strategy for early diagnosis of the disease and its periodic examination allows to reduce cervical cancer mortality. The Family Health Strategy (ESF) develops prevention, early detection and control of cervical cancer. Public policies were instituted to reduce the incidence and mortality of the disease, such as screening, diagnosis and treatment programs, with emphasis on actions in the basic health network. **Objectives:** To conduct a temporal and spatial analysis of the municipalities of Rio de Janeiro, from 2010 to 2017, on the performance of the ESF and cervical cancer mortality. **Methodology:** This is a cross-sectional study of secondary databases from 2010 to 2017 in the municipalities of Rio de Janeiro. The target population is women aged 25 to 64 years. Maps, graphs and tables were constructed with the spatial and temporal distribution and the correlation between the cervical cancer mortality variable and the ESF and Care Strategy (AB) coverage variables and the tests performed was evaluated. **Results:** From 2014 to 2017, there was an average mortality rate with low growth compared to 2010 to 2013, the coverage rates of the ESF and AB increased, while the rate of preventive examinations decreased from one period to the next. **Conclusion:** Despite the increase in ESF and AB coverage in the municipalities of Rio de Janeiro, the volume of exams has decreased in recent years. Projections indicate that this type of care and the advance of prevention policies will be more necessary, considering the aging process of the population. It is necessary to maintain the gains of the strategy in recent years and that austerity policies do not weaken and / or make the program unfeasible.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	9
1.1 - IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	11
2 - OBJETIVOS.....	14
2.1 - OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 - JUSTIFICATIVA	15
4 - METODOLOGIA	15
5 - RESULTADOS	17
6 - DISCUSSÃO.....	29
7 - CONCLUSÃO	33
8 - REFERÊNCIAS	35

LISTA DE SIGLAS

INCA – Instituto Nacional Do Câncer José Alencar Gomes da Silva

OMS – Organização Mundial De Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana Da Saúde

ESF – Estratégia De Saúde Da Família

BMJ - British Medical Journal

CIIC – Centro Internacional de Pesquisa sobre o Câncer

HPV – Papilomavírus Humano

SUS – Sistema Único de Saúde

AB – Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PAS – Programa de Agentes de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

MS – Ministério da Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

NOB – Norma Operacional Básica do SUS

PRO-ONCO – Programa de Oncologia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CID-10 – Código Internacional de Doenças

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

DATASUS – Departamento de Informação em Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ICSAB – Internações por Doenças Sensíveis a Atenção Básica

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis (Doenças Sexualmente Transmissíveis).

1 - INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero, também chamado cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano – HPV, (chamados de tipos oncogênicos), transmitidos através da relação sexual sem proteção. Na maioria das vezes a infecção pelo HPV não causam a doença. Porém em alguns casos, ocorrem alterações celulares que podem evoluir para o câncer (INCA, 2019).

A doença em sua fase inicial pode se desenvolver sem sintomas, em casos mais avançados, pode acontecer sangramento vaginal que vai e volta ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais (INCA, 2019).

O início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, tabagismo e o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, são fatores que aumentam o risco para a doença (INCA, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta que por ano mais de 250 mil mulheres morrem de câncer de colo de útero, sendo 85% desses óbitos ocorridos nos países de média e baixa renda. A OMS fez um apelo aos países para que invistam em serviços de diagnóstico e na vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) (OMS, 2019).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) mostra que somando os números da América Latina, Caribe, Estados Unidos e Canadá, chega a 72 mil diagnósticos por câncer de colo de útero e 34 mil mortes de mulheres devido a doença (OPAS, 2019).

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo de útero é o terceiro tumor maligno mais frequente entre as mulheres e o quarto tipo de câncer que mais mata mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A incidência de câncer de colo de útero estimada pelo INCA para o ano de 2018 no estado do Rio de Janeiro, são de 1.340 novos casos com taxa bruta de 15,48 (INCA, 2018).

O exame Papanicolau mais conhecido como exame preventivo, é capaz de detectar facilmente as lesões precursoras, que são curáveis na maioria dos casos. O exame preventivo é considerado a principal estratégia para diagnóstico precoce da doença e sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer de colo de útero. O exame pode ser realizado em postos ou unidades de saúde da rede pública, por mulheres que tem ou já tiveram vida sexual e que estejam, prioritariamente, na faixa etária entre 25 a 64 anos. Para um diagnóstico mais seguro, recomenda-se realizar os dois primeiros exames anuais, tendo resultados normais, repetir após 3 anos (INCA, 2019).

Na edição online do British Medical Journal (BMJ), foi publicado um estudo onde mostra, que a taxa de sobrevivência das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero pelo exame chega a 92% enquanto que as diagnosticadas apenas pelos sintomas apresentam taxa de sobrevivência da 66% (UENO, 2018).

A redução do risco de contágio pelo HPV está relacionada à prevenção primária do câncer de colo de útero. Ações como a vacinação contra o HPV e a realização do exame preventivo (Papanicolau) se completam na prevenção à doença, pois mesmo as mulheres vacinadas quando alcançarem a idade preconizada deverá fazer o exame preventivo periodicamente (INCA, 2019).

O Centro Internacional de Pesquisas sobre o Câncer (CIIC) vinculado à Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou, que a vacina contra o HPV é segura e indispensável para eliminar o câncer de colo do útero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Tanto a vacinação contra HPV quanto o exame citopatológico de colo uterino são ações indispensáveis para redução da incidência e da ocorrência de óbitos por Câncer de Colo Uterino. Estas ações estão diretamente relacionadas com a cobertura e as intervenções preconizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (INCA, 2019).

Portanto, alcançar a alta cobertura da população alvo é o componente mais importante da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer de colo de útero (INCA & MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A implantação do programa se deu de forma gradativa e hoje atinge grande parte da população brasileira a seguir são descritos alguns aspectos históricos desse processo e como a cobertura do programa evoluiu.

1.1 - IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve a necessidade de reorganizar os serviços de saúde de maneira descentralizada e com ações de caráter preventivo e coletivo (BARROS, 2014).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, conforme o anexo I da portaria 2488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, PORTARIA 2488, 2011):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, PORTARIA 2488, 2011)

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, PNAB, 2006).

Em 1990, o tema família passou a ter uma valorização mundial. O Brasil inspirados em outros países criou novos programas como o Programa Agentes da Saúde (PAS), no Ceará - 1987, o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e posteriormente o Programa Saúde da Família (PSF) (BARROS, 2014).

Em 1994 o Ministério da Saúde (MS), cria o PSF, que incorpora o PACS com o propósito de contribuir na organização do SUS, na municipalização da integralidade e a participação da comunidade (BARROS, 2014).

Como um programa tem um tempo determinado, em 2006 o PSF passou a ser uma estratégia permanente da atenção básica, nomeada de Estratégia Saúde da Família – ESF (DALPIAZ, STEDILE, 2011).

A ESF surgiu da necessidade de uma nova abordagem de atendimento, já que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), não estavam suprindo à necessidade da população. De acordo com Ministério da Saúde, a ESF está inserida no contexto político de fortalecimento da Atenção Básica (AB) no SUS (BARROS, 2014).

A ESF foi implantada no Brasil em 2006, juntamente com o Pacto em Saúde, com a finalidade de consolidar o SUS (DALPIAZ, STEDILE, 2011).

A portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006 refere:

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, PACTO PELA SAÚDE, 2006).

As normas que regem a implementação da ESF foram dadas pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB). A NOB/96 estabelece bases para que o SUS seja um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu

meio ambiente, assim como na relação da equipe de saúde com a comunidade e as famílias (BARROS, 2014).

A valorização da atenção primária no final dos anos de 1990, seguiu a linha dos movimentos internacionais, a ampliação da cobertura pela ESF, constituiu a principal iniciativa do governo brasileiro para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), e reorganização do modelo de atenção à saúde. Além de ampliar o acesso, a ESF incorporou a definição de porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, como uma de suas diretrizes, somada ao desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, formação de equipes multiprofissional, maior participação social e intersetorialidade (INCA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família tem um modelo assistencial, focado nas famílias cadastradas em um determinado território, estabelecendo vínculos e desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, e manutenção da saúde, insere em seu contexto o cuidado com a saúde da mulher, direcionando estratégias de prevenção e controle do câncer de colo de útero (NOGUEIRA, 2010).

Considerando o problema de Câncer de Colo Uterino esse nível de atenção executa ações voltadas para prevenção e detecção precoce do câncer, com informação e esclarecimento da população sobre o rastreamento, identificação da população feminina na faixa etária preconizada, identificação de mulheres com risco aumentado, convocação/reconvocação para o exame, realização da coleta da citologia, recebimento de laudos, identificação e vigilância dos casos com resultado positivos, orientação e encaminhamento das mulheres para unidade secundária, avaliação da cobertura de citologia na área, supervisão e avaliação da qualidade da coleta, planejamento e execução de ações na área sob responsabilidade sanitária da equipe, voltadas para melhoria da cobertura do exame (INCA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A equipe também é responsável pela vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento, identificar falhas no acesso e oferecer

suporte às pacientes em tratamento curativo ou paliativo (INCA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Com o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, em 1986, do Programa de Oncologia (PRO-ONCO), elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer, teve um reconhecimento por parte das autoridades brasileiras, das elevadas incidência e mortalidade por câncer de colo uterino. Dessa forma, políticas públicas vêm sendo instituídas para diminuir a incidência e a mortalidade da doença, como programas de rastreamento, diagnóstico e tratamento, com ênfase em ações na rede de atenção básica à saúde (TOMASI, E. et al, 2015).

Nesse sentido, o objetivo do estudo é fazer uma análise temporal e espacial dos municípios do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2017, sobre a atuação da Estratégia de Saúde da Família, na prevenção ao câncer de colo de útero.

2 - OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL

Analisar a distribuição espacial e temporal da mortalidade por câncer de colo útero e a atuação da Estratégia de Saúde da Família entre os diferentes municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2017.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a evolução temporal e a distribuição espacial da mortalidade por Câncer de Colo de útero nos municípios do estado do Rio de Janeiro no período de 2010 – 2017;
- Analisar a cobertura da Estratégia da Saúde da Família, a realização dos exames preventivos e a cobertura da atenção básica nos municípios do estado do Rio de Janeiro de 2010 a 2017;

- Correlacionar os indicadores de estratégia de saúde da família com a ocorrência de mortalidade por Câncer de Colo de Útero;
- Evidenciar e discutir o impacto da Estratégia da Saúde da Família na prevenção do Câncer de Colo de útero no estado do Rio de Janeiro.

3 - JUSTIFICATIVA

O câncer de colo de útero é uma neoplasia com maior incidência e taxas de mortalidade entre mulheres. No entanto, a alta cobertura do exame preventivo na população feminina em idade de risco, a qualidade no procedimento de coleta, agilidade do resultado e tratamento oportuno, contribuem para redução das taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero (TOMASI, E. et al, 2015).

A motivação para realização deste estudo coaduna-se com a experiência profissional da autora, que no exercício de sua função em uma Clínica da Família, pode vivenciar todo empenho da ESF em aumentar a cobertura do exame preventivo, utilizando de estratégias que vão desde a qualidade do exame, com a capacitação dos profissionais envolvidos, até a conscientização e orientação da população feminina sobre os riscos e a prevenção do câncer de colo de útero, realizando busca ativa e convocação das mulheres do território na faixa etária de risco, para realização do exame. Além de oferecer a vacinação contra o HPV, que ao longo do tempo poderá contribuir para a redução da incidência e óbitos por câncer de colo de útero.

4 - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal do período de 2010 a 2017. A área de estudo é o município do Rio de Janeiro (RJ) que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 tinha uma população de 15.989.929, as estimativas do instituto apontam que em 2019 a população residente é de 17.264.943 pessoas. A área total do município é de 1.224,56 km², situado a 23°04'10"S e 43°47'40"W.

A população referida no estudo é a população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos dos municípios do Rio de Janeiro. O problema de saúde pública estudado foi o Câncer de Colo de Útero, classificado na CID10, C-53 neoplasia maligna de colo de útero.

As fontes de informações utilizadas foram: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) no período de 2010 até o último ano disponível, no caso 2017.

As estimativas populacionais foram obtidas junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o período de 2010 a 2015. A população dos anos de 2016 e 2017 foi estimada através da interpolação do crescimento populacional médio no período de 2010 a 2015. As informações foram obtidas do site do Departamento de Informação em Saúde (Datasus, 2019).

Inicialmente optou-se por buscar os dados de vacinação de HPV, contudo as informações disponíveis apresentam informações somente a partir de 2014 e com algumas inconsistências, dado a recente implantação do sistema.

Após a coleta os dados foram tabulados segundo a unidade de análise (municípios). Os resultados consistem na descrição da variável de desfecho (mortalidade por câncer de colo de útero) e das variáveis explicativas: média de exames citopatológicos de colo uterino (coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino, exame citopatológicocervico vaginal/microflora, exame citopatológicocervico vaginal - rastreamento, exame citopatológicocervico vaginal na população de 25 a 64 anos), cobertura da atenção básica, cobertura da estratégia de saúde da família ambos obtidos na plataforma e-Gestor Atenção Básica e gerado em: 02 de Outubro de 2019.

Os dados são apresentados considerando o somatório para todo o estado do Rio de Janeiro e distribuídos em dois períodos 2010 a 2013 e 2014 a 2017 segundo municípios. Posteriormente, foram calculadas as taxas médias de mortalidade por câncer de colo útero, proporção de população coberta pela atenção básica e estratégia de saúde da família e a taxa média de exames de citopatológicos de colo útero. Foram construídos tabelas, gráficos e mapas (com

distribuição nas legendas seguindo quebras naturais) das variáveis selecionadas e realizadas a análise de correlação. Gráficos do tipo scatterplot visualizam as relações entre a variável de desfecho e as variáveis explicativas selecionadas. O scatterplot ou a matriz de dispersão visualiza as relações bivariadas entre vários pares de variáveis. Os gráficos de dispersão individuais são empilhados de modo que cada variável, por sua vez, esteja no eixo x e no eixo y. Foi aplicada a padronização por z-score as variáveis (com média zero e variância um), e com isso a contrapartida visual é de uma matriz de correlação. O principal interesse está na magnitude e no sinal da inclinação em cada um dos gráficos de dispersão e na extensão em que isso aponta para uma relação bivariada significativa que são dados.

Os *softwares* utilizados foram Microsoft Excel 2007® e TabWIN 4.15 para tabulação, Qgis 3.0 para elaboração dos mapas e GeoDa 1.12 para análise de correlação entre as variáveis.

5 - RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os valores absolutos e proporcionais do perfil das mulheres que vieram a óbito por câncer de colo de útero no período de 2010 a 2017 no estado do Rio de Janeiro.

Nos anos de 2010 a 2017 o estado do Rio de Janeiro apresentou um total de 3.037 óbitos por câncer de colo de útero em mulheres dentro da faixa etária preconizada de 25 a 64 anos.

A faixa etária que teve a maior proporção de óbitos por câncer de colo uterino nos anos de 2010 a 2017, foi a de 45 a 54 anos com 35,20%.

Nos períodos analisados (2010 a 2013 e 2014 a 2017), observa-se que houve um pequeno aumento na proporção de óbitos de 49,59% no 1º período para 50,41% no 2º período.

Em relação a Cor/Raça a maior proporção de óbitos por câncer de colo de útero no período de 2010 a 2017 foi entre mulheres declaradas como brancas,

com 45,83%.

As mulheres com escolaridade de 4 a 7 anos de estudo, ou seja, ensino fundamental, foram as que apresentaram a maior proporção de óbitos 22,32%, no período analisado.

Com relação ao estado civil, houve uma proporção maior de óbitos por câncer de colo de útero, entre as mulheres solteiras com 49,79% no período.

VARIÁVEIS	Nº ÓBITOS	%
Faixa Etária		
45 - 54 anos	1069	35,20
55 - 64 anos	950	31,28
Ano Óbito		
2010 - 2013	1506	49,59
2014 - 2017	1531	50,41
Cor/Raça		
Branca	1392	45,83
Preta	457	15,05
Amarela	0	0,00
Parda	1138	37,47
Indígena	0	0,00
Ignorado	46	1,51
Escolaridade		
Nenhuma	74	2,44
1 a 3 anos	535	17,62
4 a 7 anos	678	22,32
8 a 11 anos	507	16,69
12 anos ou mais	134	4,41
Ignorado	159	5,24
Estado Civil		
Solteira	1512	49,79
Casada	832	27,4
Viúva	289	9,52
Separada judicialmente	280	9,22
Outro	69	2,27
Ignorado	55	1,81
TOTAL	3037	100

Tabela 1 – Perfil das mulheres que morreram por câncer de colo de útero no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2014. Fonte: SIM/Datasus

O gráfico 1 apresenta distribuição da taxa de mortalidade por neoplasia de colo de útero e taxa de exames citopatológicos de colo uterino, no estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2017. Observa-se a diminuição da taxa de exames ao longo da série, sobretudo no período entre 2013 e 2015, ano em que se observa a menor taxa de exames com 5,52 exames por 100 mil mulheres na idade entre 25 e 64 anos. A taxa de óbitos por neoplasia de colo uterino apresenta relativa estabilidade com pequena inflexão negativa na série no período entre 2012 e 2014 e novo incremento a partir de 2015.

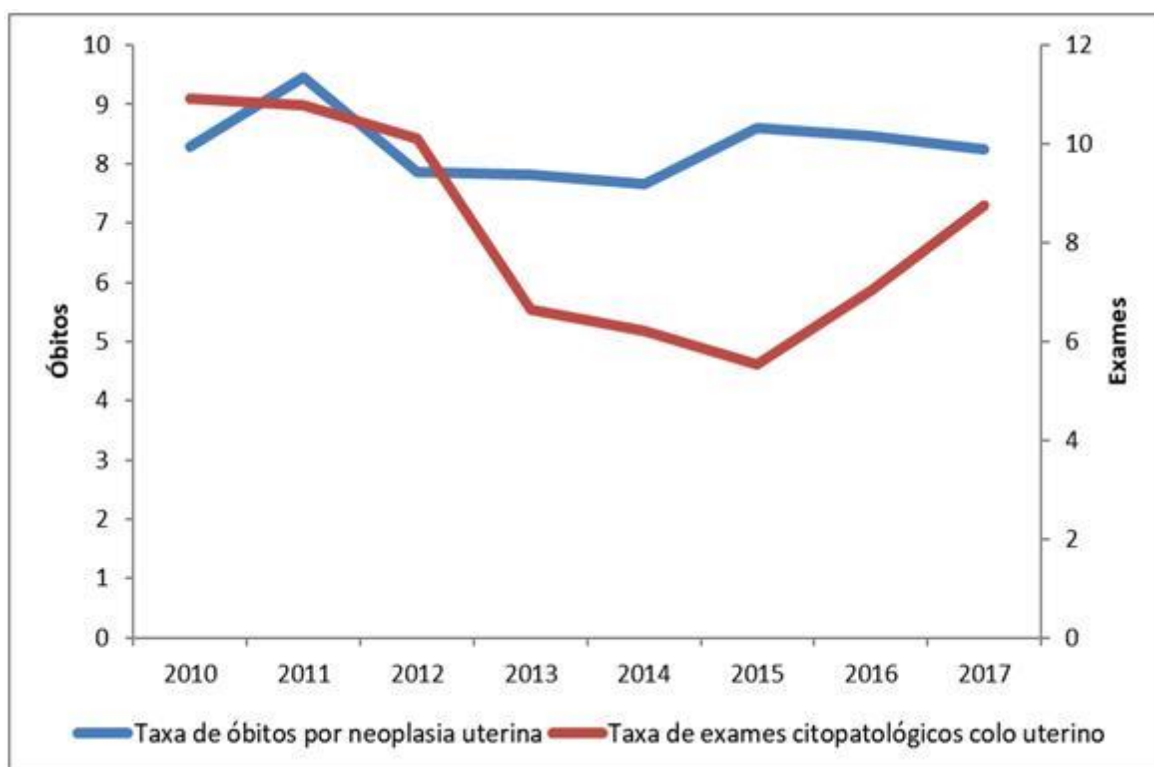


Gráfico 1 – Taxa de mortalidade por neoplasia de colo de útero e taxa de exames citopatológicos de colo uterino, no estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2017.

A figura 1 apresenta a distribuição espacial da taxa média de mortalidade por câncer de colo útero no período de 2010 a 2013 segundo municípios no estado do Rio de Janeiro. Os municípios que apresentaram as maiores taxas são Laje do Muriaé, Rio das Flores, Tanguá, Vassouras e Macuco com taxas variando entre 15,9 a 26,9 por 100 mil mulheres na idade entre 25 a 64 anos. O estado do Rio de Janeiro apresentou no mesmo período uma taxa média de 8,97.

A figura 2 apresenta a distribuição espacial da taxa média de mortalidade por câncer de colo de útero no período de 2014 a 2017 segundo municípios no estado do Rio de Janeiro. Os municípios que apresentaram as maiores taxas são Sapucaia, Magé e Japeri com taxas variando entre 15,1 a 21,9 por 100 mil mulheres na idade entre 25 a 64 anos.

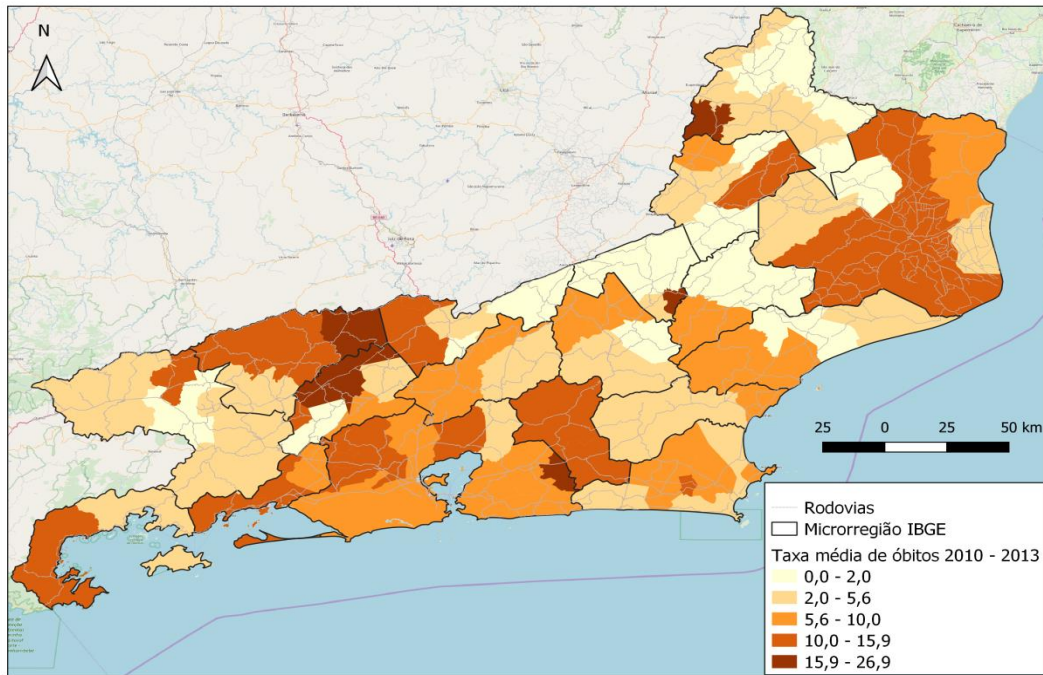


Figura 1-Distribuição espacial da taxa média de mortalidade por câncer de colo de útero nas mulheres com idade de 25 a 64 anos no período de 2010 a 2013 no estado do Rio de Janeiro

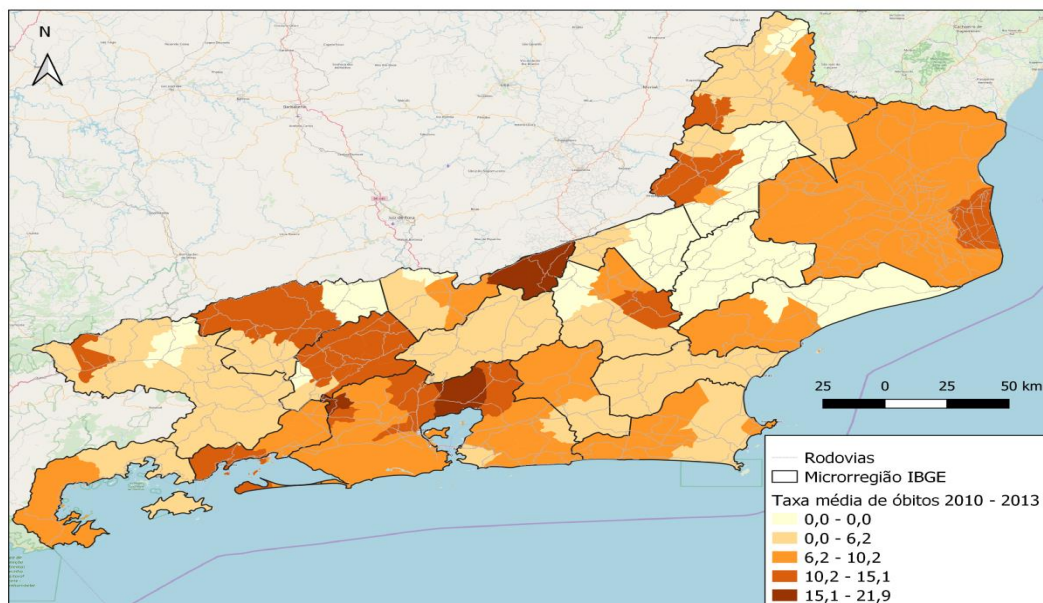


Figura 2 – Distribuição espacial da taxa média de mortalidade por câncer de colo de uterino nas mulheres com idade de 25 a 64 anos no período de 2014 a 2017.

Com relação ao período anterior (figura 1), os municípios que apresentaram as maiores taxas (Rio das Flores e Macuco) diminuíram para taxa média de zero nesse período, por outro lado o município de Sapucaia que na figura 1 tinha uma taxa média de óbitos igual à zero, na figura 2 passou para uma taxa média de 21,90 no período, O município de Tanguá teve uma redução de 18,70 da taxa média de óbitos, Vassouras também apresentou uma redução de 3,40. A capital apresentou uma pequena redução, no período, da taxa média de mortalidade por câncer de colo de útero, passando para 8,92. Observa-se que municípios com pequenas populações apresentaram maiores variações nas taxas devido flutuação aleatória do indicador fenômeno comum em pequenas populações e conseqüentemente poucos casos.

A figura 3 apresenta a distribuição espacial da média de exames realizados no período de 2010 a 2013 segundo municípios no estado do Rio de Janeiro. Os municípios que apresentam médias maiores são Armação de Búzios, Quissamã, Rio das Flores, Porto Real, Piraí, Comendador Levy Gasparian e Mendes com médias de exames realizados variando de 24,4 a 38. O estado do Rio de Janeiro apresentou no período a taxa média de exames realizados de 35,27.

A figura 4 apresenta a distribuição espacial da média de exames realizados no período de 2014 a 2017 segundo municípios no estado do Rio de Janeiro. Os municípios que apresentam médias maiores são Sumidouro, Porto Real, Piraí, Quissamã e Paraty com médias de exames realizados entre 22,8 a 30,2.

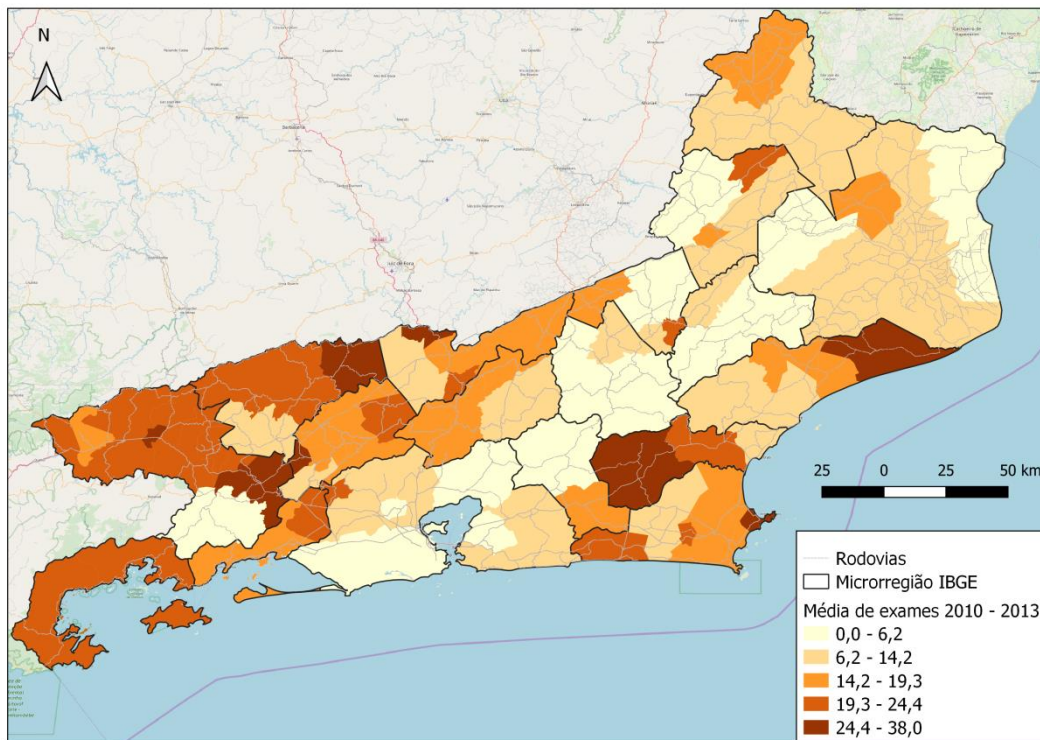


Figura 3- Distribuição espacial da média de exames realizados no período de 2010 a 2013 no estado do Rio de Janeiro.

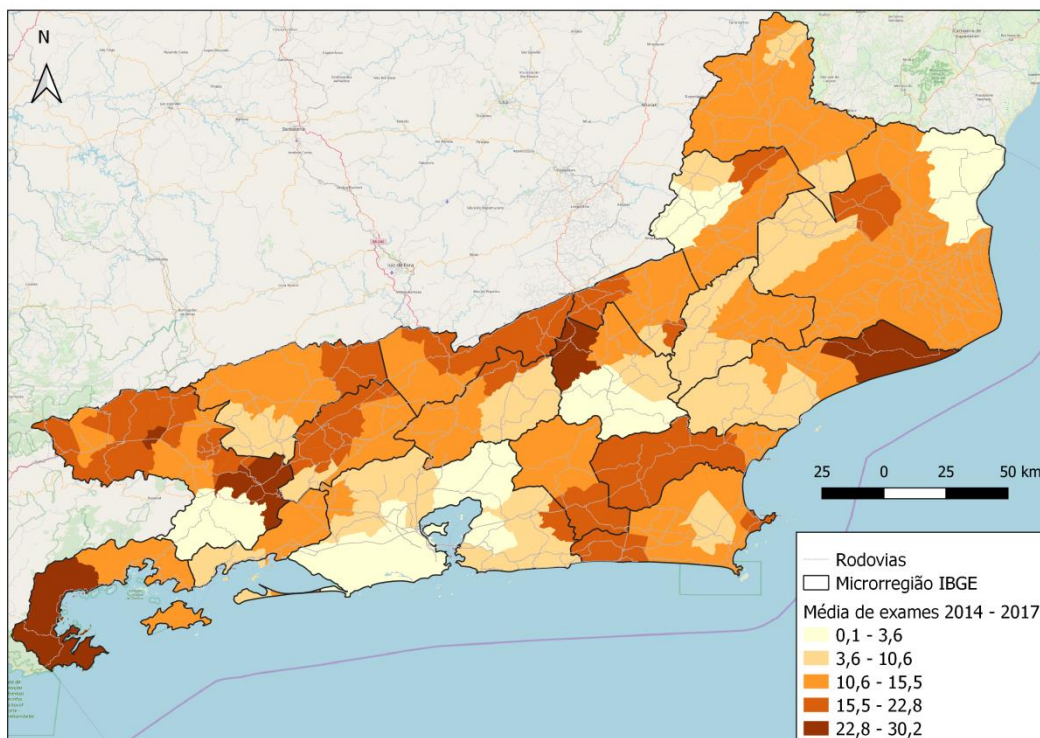


Figura 4 – Distribuição espacial da média de exames realizados no período de 2014 a 2017 no estado do Rio de Janeiro.

Com relação ao período anterior (figura 3) os municípios de Porto Real, Pirai e Quissamã, tiveram uma redução na taxa média de exames, porém permanecem com as maiores taxas, o município de Paraty aumentou o valor da média de exames no período em 0,42.

O município de Sumidouro aumentou a média de exames realizados em 26,14 no período, comparado ao período anterior (figura 3). O estado do Rio de Janeiro apresentou no período taxa de 29,80 de exames realizados.

A figura 5 apresenta a distribuição espacial da taxa média de cobertura da Atenção Básica no período 2010 a 2013 segundo municípios no estado do Rio de Janeiro. Nesse período a menor taxa média foi de 20,73 no município de Japeri, do total de municípios no estado do Rio de Janeiro, 26 apresentaram taxa média de 100% de cobertura da Atenção Básica.

No estado Rio de Janeiro a taxa de cobertura da Atenção Básica em 2010 foi de 36,2, subindo para 48,3 em 2013.

A figura 6 apresenta a distribuição espacial da taxa média de cobertura da Atenção Básica no período de 2014 – 2017 segundo os municípios no estado do Rio de Janeiro. Nesse período a menor taxa média foi de 30,36 no município de Queimados, já no município de Japeri houve um aumento de 27,41% da taxa média em relação ao período anterior (2010-2013). 32 municípios apresentaram taxa média de 100% de cobertura da Atenção Básica. O estado do Rio de Janeiro em 2014 apresentou taxa de cobertura da Atenção Básica de 49,1% subindo para 48,6% em 2017.

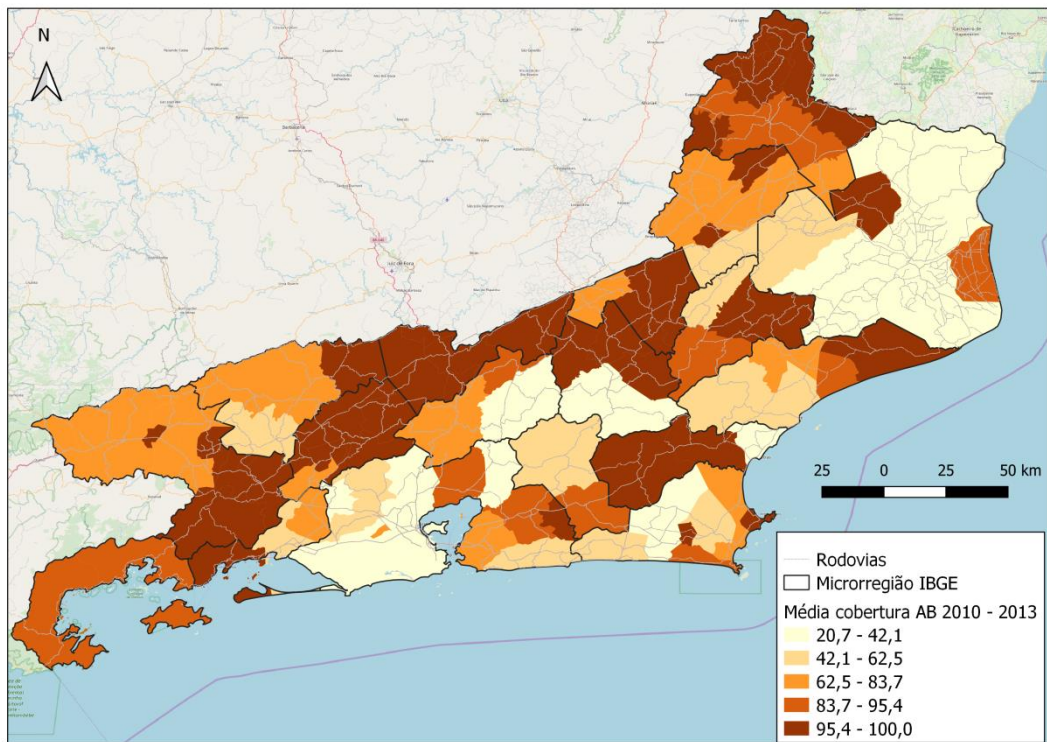


Figura 5 – Distribuição espacial da taxa média de cobertura da Atenção Básica no período de 2010 a 2013 no estado do Rio de Janeiro.

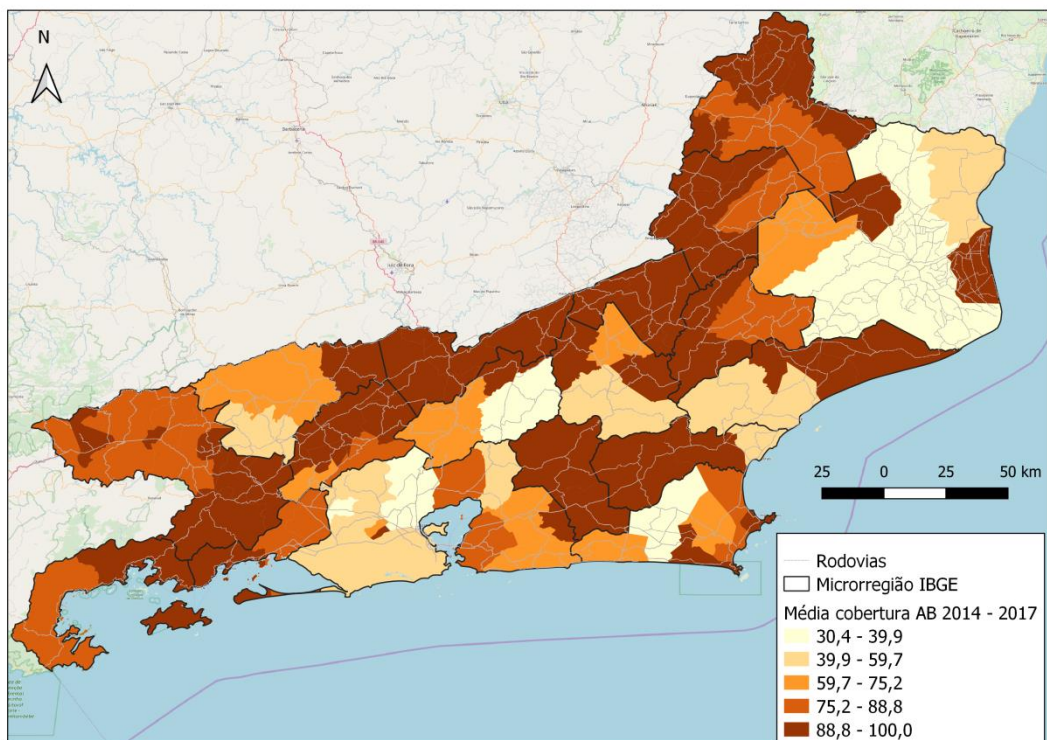


Figura 6 – Distribuição espacial da taxa média de cobertura da Atenção Básica no período de 2014 a 2017 no estado do Rio de Janeiro.

A figura 7 apresenta a distribuição espacial da taxa média de cobertura da Estratégia de Saúde da Família no período de 2010 a 2013 segundo municípios no estado do Rio de Janeiro. Dentre os 92 municípios do Rio de Janeiro, 27 apresentaram taxas médias de cobertura de 100% no período. Apenas 3 municípios apresentaram taxas médias baixas ou nenhuma de cobertura da ESF, Campos dos Goytacazes com 0, São Fidélis com 9,16% e Rio das Ostras com 15,25%, no período.

O Estado do Rio de Janeiro apresentou 31,8% de cobertura de ESF no ano de 2010, subindo para 44,4 em 2013.

A figura 8 apresenta a distribuição espacial da taxa média de cobertura da Estratégia de Saúde da Família no período de 2014 a 2017 segundo municípios no estado do Rio de Janeiro. Dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, 34 municípios tiveram taxas médias de cobertura da ESF de 100% no período.

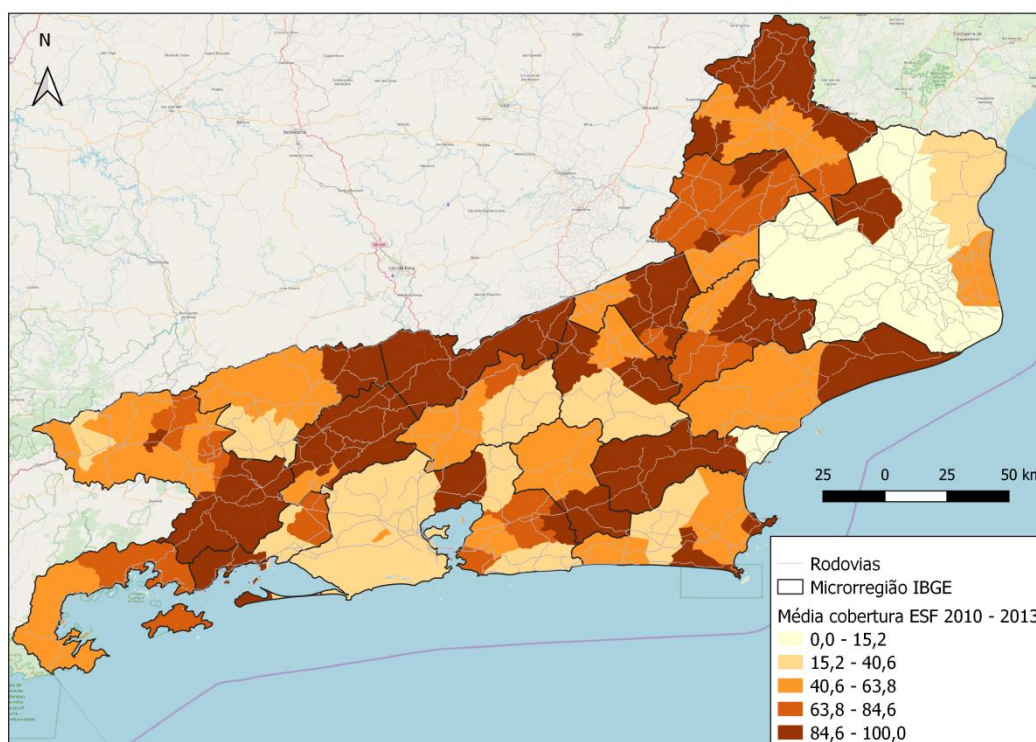


Figura 7 – Distribuição espacial da taxa média de cobertura da ESF no período de 2010 a 2013 no estado do Rio de Janeiro.

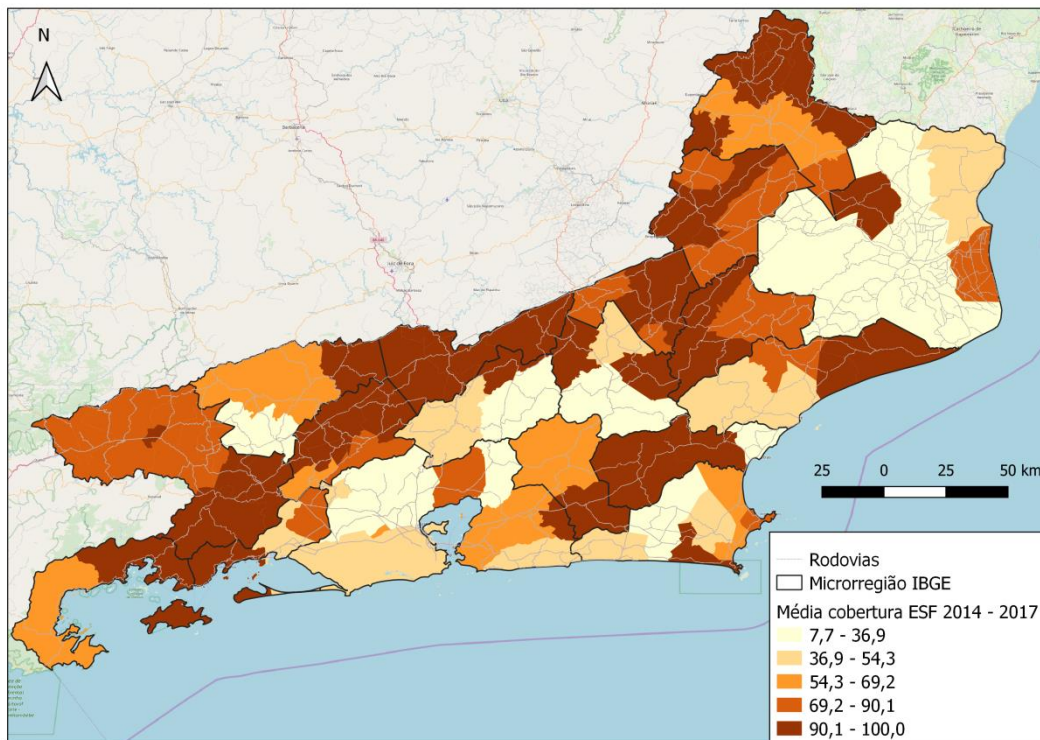


Figura 8 Distribuição espacial da taxa média de cobertura da ESF no período de 2014 a 2017 no estado do Rio de Janeiro.

Comparando as figuras 7 e 8 observa-se que houve um aumento das taxas médias de cobertura da ESF na figura 8. Os municípios que estavam com a taxa média baixa ou nenhuma no período anterior (figura 7) tiveram um aumento da cobertura da ESF nesse período, Campos de Goytacazes tinha uma taxa média de cobertura igual à zero, nesse período passou para 33,39, São Fidélis passou para 46,20 e Rio das Ostras para 32,52.

Em 2014 o estado do Rio de Janeiro apresentou uma taxa de 46,6 de cobertura da ESF, subindo para 51,1 em 2017.

Tanto a cobertura da ESF quanto a cobertura da AB nos períodos analisados apresentaram crescimento dos anos 2010 a 2013 para os anos de 2014 a 2017.

O gráfico abaixo mostra as correlações positivas e negativas, bem como correlações não significativas. Acima de cada gráfico de dispersão, a inclinação do ajuste linear é listada, com significância indicada por um *($p < 0,05$) ou dois **($p < 0,01$). Os histogramas na diagonal fornecem uma noção da forma da distribuição para cada variável.

Na figura 9 apresenta a correlação entre as variáveis taxa média de óbitos (txobt10_13), taxa média de exames (medex10_13) e as taxas de cobertura ESF (esf10_13) e da AB (ab10_13) no período de 2010 a 2013 é apresentado. Observa-se que as taxas de cobertura de ESF e AB aumentaram e apresentou relação direta e significativa (0,92 – $p < 0,01$), as taxas dos exames de rastreamento de câncer de colo de útero também apresentaram relação direta com as variáveis cobertura de ESF e AB (0,33 e 0,38 – $p < 0,01$, respectivamente) aumentaram. A taxa de óbito não apresentou significância estatística na correlação com as variáveis explicativas no período, embora seja possível observar relativa estabilidade na relação entre as variáveis.

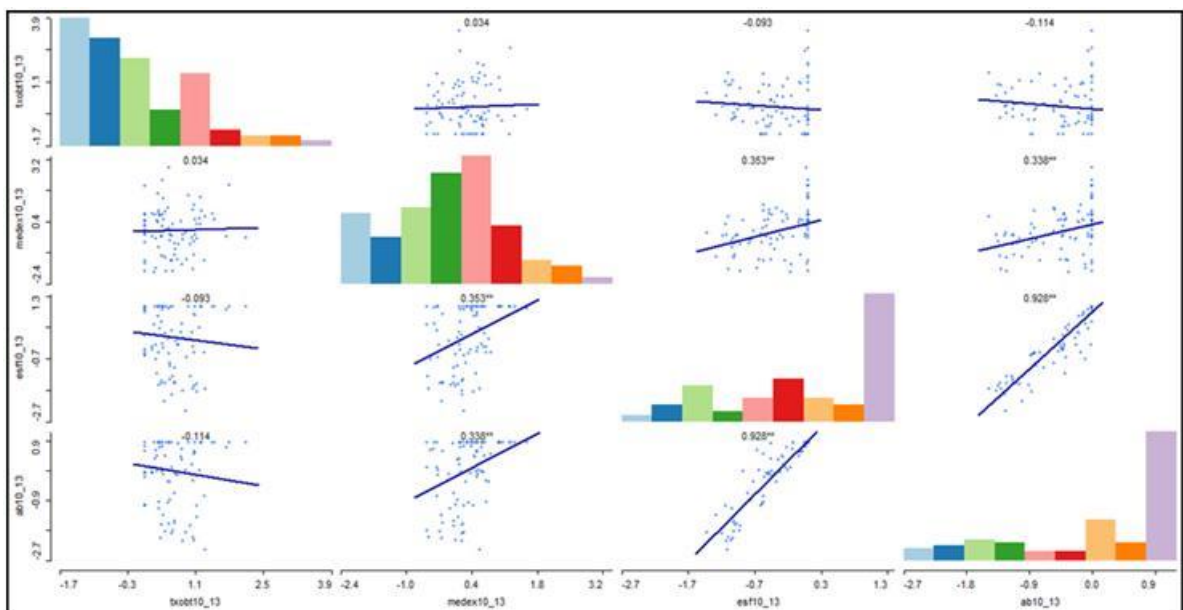


Figura 9 – Scatterplot e Correlação entre as variáveis padronizadas do estudo no período de 2010 a 2013.

Na figura 10 é apresentada a correlação entre as variáveis padronizadas taxa média de óbitos (txobt14_17), taxa média de exames (medex14_17) e as taxas de cobertura ESF (esf14_17) e da AB (ab14_17) no período de 2014 a 2017 é apresentado. Observa-se que as taxas de mortalidade por câncer de colo uterino apresentam relação inversa e estatisticamente significativa com as demais variáveis explicativas. Nos municípios onde se observou as menores taxas de mortalidade também se observam os maiores volumes de exames e as maiores coberturas pela ESF e AB, por outro lado quando menores os volumes de exames e coberturas, maiores as taxas de mortalidade.

A correlação usada nas figuras 9 e 10 é a correlação de Pearson.

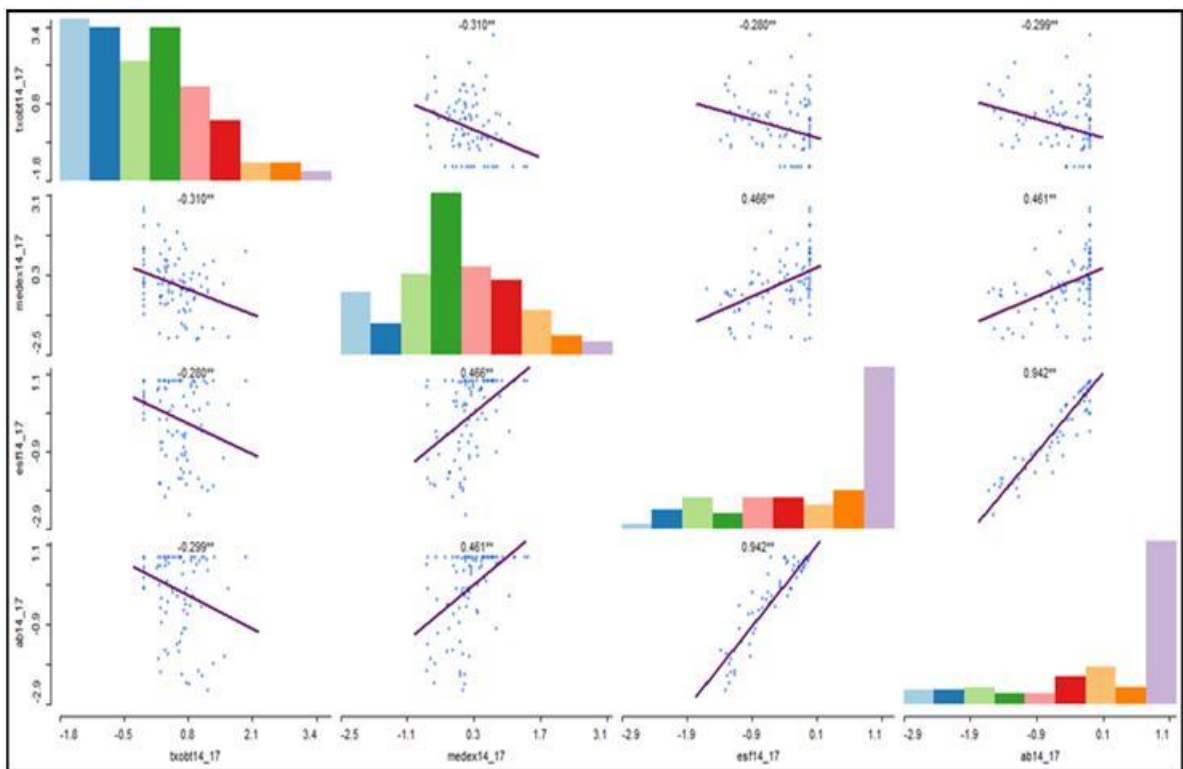


Figura 10 – Scatterplot e Correlação entre as variáveis padronizadas do estudo no período de 2014 a 2017.

6 - DISCUSSÃO

A mortalidade de mulheres por câncer de colo de útero é um problema de saúde pública, que foi considerado como prioridade para as políticas públicas do país (GIRANELLI, THULER, SILVA, 2014).

O presente estudo mostra que no estado do Rio de Janeiro nos períodos de 2010 a 2017, morreram 3.037 mulheres (valor bruto) na faixa etária de 25 a 64 anos, sendo que de 2010 a 2013 morreram 1.506 mulheres (valor bruto) e de 2014 a 2017 1.531 mulheres (valor bruto). A maior proporção dos óbitos foi entre as idades de 45 a 54 anos, em relação as variáveis escolaridade, cor/raça e estado civil, a maior proporção de óbitos foi entre mulheres com 4 a 7 anos de estudo, declaradas brancas e solteiras, mas esse perfil varia de acordo com cada região do país. Um estudo realizado em Pernambuco, baseado no inquérito da Pesquisa Mundial de Saúde: “*Atenção Básica, no ano de 2006*”, mostra um perfil de mulheres que realizaram a maior proporção de exames Papanicolau nos últimos 3 anos que antecederam a pesquisa, ficou concentrado nas mulheres com ensino fundamental completo, as referidas brancas e as que convivem com companheiros (ALBUQUERQUE K. M. et al, 2009).

Apesar do pequeno incremento no valor absoluto do número de óbitos quando os valores são tomados como taxas observa-se a estabilidade do indicador, o que preocupa, pois não se observa recente diminuição na taxa. Essa situação pode apresentar piora dado o envelhecimento da população e maior demanda pelo serviço. Segundo o IBGE no período de 2010 o índice de envelhecimento na população do estado do Rio de Janeiro era de 41,2 enquanto em 2017 era de 56,7, e em 2060 espera-se índice de 191,2. O valor do índice é obtido pela razão entre o número de pessoas de 60 ou mais, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (IBGE, 2019).

A Estratégia de Saúde da Família exerce um papel fundamental na redução da morbimortalidade dessa neoplasia, pois realiza ações de prevenção e

rastreamento do câncer de colo de útero, que são capazes de detectar o câncer ainda na fase inicial, proporcionando maiores chances de cura e consequentemente, redução da mortalidade (INCA, 2018). A relação inversa entre a taxa de óbitos por neoplasias de colo do útero e a taxa de exames realizados na população alvo no período de 2014 a 2017 (figura 10) evidencia a importância da estratégia para combater o agravo. Os resultados demonstram que nos municípios com as maiores taxas de exames e maiores coberturas da ESF e AB foram menores as taxas de mortalidade por câncer de colo de útero. Na figura 9 observa-se certa estabilidade e até uma relação direta entre os exames e os óbitos, possivelmente nesse período os casos estariam sendo identificados, contudo era menor o acesso ao tratamento.

Como principal forma de prevenção o exame Papanicolau é um procedimento que faz parte da carteira de serviços da ESF e são ofertados por agendamentos, os profissionais que compõem as equipes da ESF são capazes de identificar a população prioritária, convocar para realização do exame preventivo, diagnosticar, acolher, encaminhar e acompanhar as mulheres acometidas. Ainda conta com o apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) composto por equipe multiprofissional definida por gestores municipais, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). É importante ressaltar que no período da realização do estudo, os exames eram realizados através de agendamento, atualmente em algumas unidades da ESF, esse procedimento segue por livre demanda, facilitando o acesso para as mulheres, mas que pode prejudicar tanto o funcionamento do processo de trabalho das equipes quanto o diagnóstico precoce dos casos, pois aumenta o volume de exames realizados fora do período recomendado e das mulheres fora da faixa etária.

Apesar de certa estabilidade na taxa de óbitos por câncer de colo de útero no período de análise a queda na realização do exame de rastreamento de câncer de colo de útero apontada, sobretudo no resultado no período de 2014 a 2017 (gráfico 1) pode acarretar aumento nas taxas de óbito em curto prazo. Essa situação pode ser ocasionada, entre outros, pelos motivos citados no estudo sobre adesão ao câncer de colo de útero entre mulheres de comunidades assistidas pela ESF na Baixada Fluminense no Rio de Janeiro (GIRANELLI,

THULER, SILVA, 2014). O estudo apontou em primeiro lugar a não percepção do risco, pois as usuárias consideram desnecessária a realização do exame; barreiras sociais, estigmas para realizar o exame, e o trabalho; barreiras institucionais, dificuldade de acesso em agendar o exame. O estudo concluiu que apesar dos impeditivos houve boa adesão ao rastreamento do câncer de colo de útero pela ESF (GIRANELLI, THULER, SILVA, 2014).

O aumento da cobertura da ESF é fundamental para a prevenção da mortalidade por câncer de colo de útero, pois ESF desenvolve ações e grupos educativos em parceria com o NASF que promovem orientações, com a finalidade de prevenção à saúde, faz a captação das mulheres que estão na faixa etária preconizada para realização do rastreamento do câncer de colo do útero, realiza a busca ativa que visa identificar mulheres faltosas na coleta do exame, aquelas que nunca realizaram o Papanicolau e outras que abandonaram o tratamento de alguma lesão, como destaca o artigo Ações das Equipes de Saúde a Família na Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero (OLIVEIRA, I. S. et al, 2010).

De acordo com o estudo exploratório de abordagem qualitativa realizado em duas unidades da ESF de uma cidade de Minas Gerais. É desejável que as equipes da ESF atente para o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e ao controle do câncer de colo de útero, como a valorização dos fatores de risco, do exame preventivo, dos sinais e sintomas, da necessidade da realização da busca ativa e dos encaminhamentos necessários, e, além disso, assegure o acompanhamento o seguimento das mulheres que apresentem alterações nos exames. O estudo também mostrou que as ações da ESF foram positivas, a participação dos trabalhadores da ESF, são importantes na prevenção contra o câncer de colo de útero (OLIVEIRA, I. S. et al, 2010).

Além da prevenção ao câncer de colo de útero o crescimento da cobertura da ESF tem impactos positivos na redução de internações por doenças sensíveis à atenção básica (ICSAB), conforme estudo publicado no artigo “Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica”, que destaca a cidade do Rio de Janeiro com uma redução de 37,7% no período de 2001 a 2016, diminuiu de 48 para 30 internações por 10.000 habitantes (PINTO, GIOVANELLA, 2018). No caso do

câncer de colo uterino o trabalho da ESF contribui significativamente na detecção precoce e evita a complicação e hospitalização para tratamento do agravo. A estratégia é a principal porta de entrada do SUS no trabalho de prevenção e foi à principal responsável pelo combate as doenças imunopreveníveis através da vacinação (FAUSTO, MATTA, 2007).

O Centro Internacional de Pesquisas sobre o Câncer (CIIC) vinculado à Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou, que a vacina contra o HPV é segura e indispensável para eliminar o câncer de colo do útero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Além do rastreamento para câncer de colo de útero, reduzir o risco de contágio pelo HPV também está relacionada à prevenção primária do câncer uterino. Ações como a vacinação contra o HPV e a realização do exame preventivo (Papanicolau) se completam na prevenção à doença, pois mesmo as mulheres vacinadas quando alcançarem a idade preconizada (25 a 64 anos) deverão realizar o exame preventivo periodicamente (INCA, 2019). As duas ações são disponibilizadas na ESF, porém a vacinação contra o HPV foi incorporada ao calendário vacinal em 2014 pelo Ministério da Saúde, preconizando meninas de 9 a 13 anos. A partir de 2017 a vacina foi estendida para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos.

Infelizmente as informações de vacinação do HPV não foram contempladas neste estudo devido à ausência de dados. Outra limitação deste trabalho diz respeito ao próprio desenho do estudo, pois mesmo agregando períodos para evitar a flutuação aleatória do indicador alguns municípios não apresentaram casos em alguns períodos e em outro apresentaram grande crescimento por conta do baixo volume populacional e a ocorrência eventual de um óbito apresentou taxas zeradas em um período e taxas muito altas em outro, é o caso do município de Sapucaia. De todo modo, é possível evidenciar que apesar da cobertura da ESF e AB apresentarem elevados índices, o número de exames tem caído e o número de óbitos apresenta tendência de aumento. Também não foi possível trabalhar com os casos de incidência, uma informação que torna mais evidente a relação de exames com a detecção dos casos, já que os óbitos, em última análise, são casos identificados ou em estágio tardio ou que não tiveram acesso ao tratamento de forma adequada.

Recentemente as políticas federais, estaduais e municipais têm optado pela diminuição e/ou reestruturação das equipes de ESF que embora mantenha a cobertura da população com elevados percentuais, sobrecarregam os trabalhadores da saúde e impossibilitam a execução de forma adequada das políticas contempladas pelo programa (MORAIS, H. M. et al, 2018).

A recente expansão e contratação de Organizações Sociais de Saúde são um exemplo de políticas adotadas que por um lado são voltadas a simplificação do processo administrativo (MORAIS, H. M. et al, 2018)., mas que por outro lado coloca o profissional de saúde em situações de difícil aplicação dos protocolos recomendados pelo programa, sobretudo quando se fala em vigilância e atendimento de qualidade para prevenção de agravos e saúde da população.

7 - CONCLUSÃO

Este estudo aponta para a necessidade da continuidade dos avanços da ESF na prevenção de óbitos por neoplasias de útero. Os dados apontam que nos últimos anos apesar da persistência e até aumento da cobertura da ESF e AB o volume de exames tem diminuído o que por consequência cria um cenário que vai expressar de forma mais acentuada nas taxas de mortalidade por câncer de colo uterino. As projeções apontam que a necessidade deste tipo de cuidado e o avanço das políticas de prevenção são ainda mais necessários considerando o processo de envelhecimento da população e a maior demanda por esse tipo de serviço.

As políticas recentes de austeridade devem considerar que medidas imediatas para contenção de gastos não devem desarticular programas estratégicos, pois implica em gasto ainda maior, já que o cuidado preventivo e o tratamento de um caso de câncer de colo uterino em estágio inicial geram muito menos custo social e financeiro que o tratamento de um câncer uterino em estágio avançado.

O exame de qualidade, o acompanhamento das mulheres, as campanhas de sensibilização e a vacinação contra HPV, são caminhos para diminuição desse problema.

Assim como, a parceria entre ESF / Escolas públicas (saúde do escolar), onde são realizadas palestras com orientações de cuidados à saúde, higiene bucal e prevenção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Essas ações são de extrema importância, pois ajuda a sensibilizar a população jovem de hoje, que será o adulto de amanhã à se proteger.

O interrompimento destes avanços tendem a aumentar a mortalidade e o tratamento de alto custo para doentes em estágio tardio. Portanto, é importante fortalecer a ESF ampliando a qualidade do cuidado e melhorando as estruturas físicas e humanas do programa.

8 - REFERÊNCIAS:

- AGUILAR, Rebeca Pinheiro; SOARES, Daniela Arruda. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. 2015.
- ALBUQUERQUE, Kamila Matos et al. Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. 2009.
- BARROS, Idarleide Costa. A Importância da Estratégia de Saúde da Família, 2014 pp. 23, 25 e 26 – Universidade de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.
- BRASIL. PORTARIA 2488 de 21 de OUTUBRO de 2011. MINISTÉRIO DA SAÚDE.
- BRASIL. PORTARIA, 399 de 22 de FEVEREIRO de 2006. PACTO PELA SAÚDE.
- BRASIL. PORTARIA, 648 de 28 de MARÇO de 2006. PNAB.
- DALPIAZ, Ana Kelen, STEDILE, Nilva Lucia Rech. Estratégia Saúde da Família: Reflexão sobre algumas premissas. 2011.
- FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues, MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Morosini MVGC, organizador. Modelos de atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, 43-67.
- GIRIANELLI, Vania Reis, THULER, Luiz Claudio Santos, SILVA, Gulnar Azevedo. Adesão ao Rastreamento para câncer do colo do útero entre da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro. 2014.
- IBGE 2019 PROJEÇÃO
Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

- INCA 2019
Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>
Acesso em 19 set. 2019.
- INCA ESTIMATIVA 2018
Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/rio-de-janeiro.asp>
Acesso em: 20 out. 2019.
- INCA, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero. 2011. Rio de Janeiro, Brasil: CEDC.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019
Disponível em: www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45218-volta-as-aulas-e-oportunidade-para-reforçar-a-vacinacao-contra-o-hpv
Acesso em: 19 set. 2019.
- MORAIS, Heloisa Maria de et al. Cadernos de Saúde Pública. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. 2018. Rio de Janeiro: on-line version issn 1678-4464.
- NOGUEIRA, Irlene Aparecida. Prevenção de Câncer de Colo Uterino no Contexto da estratégia de saúde da família, 2010 – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
- OLIVEIRA, Iácara Santos Barbosa et al. Ações das Equipes de Saúde da Família na Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero. 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS 2019
Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-85-das-mortes-por-cancer-de-colo-de-utero-ocorrem-em-paises-de-media-e-baixa-renda/>
Acesso em 22 set. 2019

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2019
Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id5865:cancer-de-colo-do-utero-e-3-mais-comum-entre-mulheres-na-america-latina-e-caribe-mas-pode-ser-prevenido&Itemid=839
Acesso em 15 set. 2019
- PINTO, Luiz Felipe, GIOVANELLA, Lúcia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23 n.6 pp.1903-1914.
- TOMASI, Elaine et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 15 (2): 171-180 abr. / jun. 2015.
- UENO, Joji. Minha Vida. 2018
Disponível em: <http://minhavidacom.br/saude/materiais/15982-papanicolau-quem-deve-fazer-e-quais-doencas-o-exame-detecta>