

Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino

Analysis of a municipal program of uterine cervical neoplasm prevention

Análisis de un programa municipal de prevención del cáncer del cuello uterino

Maurícia Brochado Oliveira Soares¹, Sueli Riul da Silva^{II}

¹Secretaria Municipal de Saúde. Igarapava, SP

^{II}Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Centro de Graduação em Enfermagem. Uberaba, MG

Submissão: 12/12/2008

Aprovação: 03/02/2010

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com objetivo de analisar o programa de prevenção do câncer cérvico uterino no município de Igarapava/SP. No ano de 2006, a rede pública municipal realizou uma cobertura de 14,9% da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, metade da razão mínima esperada para os municípios, sendo a faixa etária predominante das coletas de 20 a 34 anos (43,2%). Um total de 6,3% não compareceu no serviço de saúde a fim de receber o resultado. Quanto aos resultados das coletas, 51,6% (774) estavam dentro dos limites de normalidade e 47,9% (719) apresentaram alguma alteração, sendo 0,1% compatível com NIC II e III.

Descritores: Câncer do colo do útero/ prevenção & controle; avaliação de programas; câncer do colo do útero; Vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

This is a descriptive-exploratory study that aimed at analysing the program of uterine cervical neoplasm prevention in the city of Igarapava/SP. In the year of 2006, the municipal public service realized a preventive program with 14.9% of the feminine population from 25 to 59 years old, half of the minimum expected for the cities, whereas the predominant age of those collected were of 20 to 34 years old (43.2%). A total of 6.3% did not show up at the public health centers in order to get the results. Regarding the results of the collecting, 51.6% (774) were within the limits of normality and 47.9% (719) presented some alteration, where 0.1% were compatible with CIN I and II.

Key words: Uterine cervical neoplasms;/prevention & control; Program evaluation; Epidemiologic surveillance.

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con el objetivo de analizar el programa de prevención del cáncer del cuello uterino en el distrito municipal de Igarapava/SP. En el año de 2006, la red pública municipal realizó una cobertura de 14,9% de la población femenina en la faja de edad de 25 a 59 años, la mitad de la razón mínima esperada para los distritos municipales, siendo la faja de edad predominante de las colecciones de 20 a 34 años (43,2%). Un total de 6,3% no asistió en el servicio de salud para recibir el resultado. En cuanto a los resultados de las colecciones, 51,6% (774) de ellos estaban dentro de los límites de normalidad y 47,9% (719) de ellos presentaron alguna alteración, mientras siendo 0,1% compatible con NIC II e III.

Descritores: Neoplasias del cuello uterino/ prevención & control; Evaluación de programas y proyectos; Vigilancia epidemiológica.

AUTOR CORRESPONDENTE

Maurícia Brochado Oliveira Soares. Rua Santa Catarina, 135.
CEP 14540-000. Igarapava, SP. E-mail: mauricia_olive@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer cérvico uterino é a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, no Brasil, sendo superado apenas pelo câncer de mama e câncer de pele (não melanoma)⁽¹⁾.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁽²⁾, o câncer cérvico uterino é uma forma grave de morbidade que atinge a população feminina em idade fértil. De acordo com dados do INCA⁽³⁾ o câncer cérvico uterino foi responsável pela morte de 3.953 mulheres em 2000 no Brasil. Este câncer representa 10% de todos os tumores malignos em mulheres.

O câncer cérvico uterino é uma doença que pode ser prevenida e está diretamente vinculada ao grau de subdesenvolvimento do país. É o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo. Quase 80% dos casos novos ocorrem em países em desenvolvimento⁽³⁾.

Esta problemática se torna inquietante, quando se considera que a detecção precoce do câncer cérvico uterino pode ocorrer através de um exame tecnicamente simples e de baixo custo: exame de papanicolaou. Também conhecido como: citologia oncótica, exame citológico, exame de lâmina, exame citopatológico ou citologia cervicovaginal.

Este exame foi introduzido por Papanicolaou e Traut em 1943 devido ao fácil acesso ao colo uterino e às suas características morfológicas e funcionais tornando possível a identificação precoce das neoplasias cervicais^(4,5).

O exame de papanicolaou apesar de não estabelecer diagnóstico definitivo, conduz à propedêutica seguinte⁽⁴⁾. É considerado como um método de rastreamento com razoável sensibilidade, seguro e de baixo custo^(6,7).

Utilizando-se o exame de papanicolaou como rastreador de câncer de colo uterino em programas bem estruturados nota-se uma queda significativa das taxas de incidência e de mortalidade⁽⁸⁻⁹⁾.

No exame de Papanicolaou são colhidas células da ectocérvice com a espátula de Ayre e da endocérvice com a escova cervical, após a introdução do espéculo e exposição do colo uterino. O material é colocado em uma lâmina transparente de vidro com uma parte fosca numerada e identificada com o nome da mulher. Logo após a coleta é feita a fixação do esfregaço com álcool a 95% ou polietilenoglicol ou propinilglicol. A lâmina é acondicionada em tubete e encaminhada para o laboratório, onde é corada e levada ao microscópio para identificação de células esfoliadas, atípicas, malignas ou pré-malignas⁽¹⁰⁾.

O câncer de colo uterino é uma das raras moléstias malignas curáveis em 100% dos casos, quando diagnosticada precocemente através do exame de Papanicolaou. A coleta do material para o exame de papanicolaou é realizada na consulta ginecológica com médico ou enfermeiro⁽¹¹⁾.

As principais alterações associadas a processos pré-neoplásicos ou malignos detectáveis facilmente pelo Papanicolaou são⁽¹¹⁾:

- Atípicas de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS) e/ou glandular (AGUS): alterações citopatológicas que devem ser melhor investigadas. A mulher deve ser reavaliada e, de acordo com a história clínica repetir a citologia em seis meses ou encaminhá-la para colposcopia⁽¹²⁾;

- Efeito citopático compatível com Vírus do Papiloma Humano (HPV): alterações celulares ocasionadas pela existência do HPV. É

classificada como lesão de baixo risco. Como conduta clínica, a mulher deve ser acompanhada e repetir a citologia em seis meses⁽¹²⁾;

- Neoplasia Intra-Epitelial Cervical I – NIC I (displasia leve): as alterações se limitam a um terço do epitélio de revestimento da cérvix. É classificada como lesão de baixo grau de malignidade. Segundo o Ministério da Saúde⁽¹⁾, aproximadamente 60% das mulheres com NIC I apresentam regressão espontânea, 30% apresentam persistência da lesão e menos de 10% evoluem para NIC III. A conduta clínica é acompanhar a mulher e repetir a citologia em seis meses⁽¹²⁾;

- Neoplasia Intra Epitelial Cervical II – NIC II (displasia moderada) e Neoplasia Intra Epitelial Cervical III – NIC III (displasia intensa ou carcinoma *in situ*): as alterações atingem $\frac{3}{4}$ do epitélio pavimentoso de revestimento do colo uterino (NIC II) ou atingem toda a espessura epitelial (NIC III). São lesões de alto grau de malignidade. A mulher deve ser encaminhada para colposcopia e biópsia, se necessário⁽¹²⁾;

- Carcinoma Escamoso Invasivo: as alterações celulares são semelhantes ao NIC III, necessitando comprovação histopatológica para determinar a invasão⁽¹²⁾;

- Adenocarcinoma *in situ* ou invasivo: alterações nas células glandulares do colo uterino. A conduta é encaminhar a mulher para colposcopia e biópsia, se necessário⁽¹²⁾.

É importante ressaltar que a lesão não tem que passar obrigatoriamente por todas estas etapas para chegar ao câncer invasor (carcinoma), sendo as lesões de alto grau consideradas as verdadeiras precursoras do câncer, pois, na maioria dos casos, evoluirão para carcinoma invasor do colo uterino⁽¹¹⁾.

As lesões iniciais pré-invasivas do câncer de colo uterino desenvolvem-se sem nenhuma sintomatologia específica e seu diagnóstico ocorre ocasionalmente na coleta de citologia oncótica (Papanicolaou)⁽¹³⁾.

A sintomatologia específica do câncer do colo uterino só ocorre quando o tumor invade o estroma cervical ocasionando sangramentos e infecções bacterianas secundárias, com corrimento aquoso de odor fétido. Ocorre metástase para os tecidos vizinhos e para a via linfática ocorrendo edema em membros inferiores. A dor na região hipogástrica está sempre presente nesta fase⁽¹³⁾.

Apesar da reconhecida importância desse exame, vários estudos mostram que a falta de adesão ao preventivo pela população feminina deve-se a fatores como o desconhecimento do próprio corpo, do exame e da sua realização, dificuldade de acesso, e outros de ordem pessoal^(14,15). Assim concebemos que esse comportamento esteja relacionado ao fato de tratar-se de um procedimento que requer a exposição e a manipulação da genitália feminina.

Existe um consenso entre os autores a respeito dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino. O processo carcinogênico do colo uterino envolve um ou mais fatores. Dentre estes fatores temos^(4,5,16):

- início precoce da atividade sexual;
- múltiplos parceiros sexuais masculinos;
- parceiro sexual masculino com múltiplas parceiras;
- multiparidade;
- história de doença sexualmente transmissível (DST), principalmente papilomavírus humano (HPV) e herpes (HSV2);
- baixo nível socioeconômico;
- idade;

- tabagismo;
- carência de vitaminas A e C;
- história familiar e hereditariedade;
- imunodepressão.

O Ministério da Saúde padronizou através do Programa de Controle de Câncer Cérvico Uterino (PNCCU - 1997), ações de baixo custo e fácil execução que foram implantadas e implementadas nos serviços básicos de saúde⁽¹⁷⁾.

Estas ações incluem o rastreamento, a coleta de material citopatológico (papanicolaou), tratamento e acompanhamento das mulheres com possíveis resultados alterados, educação e orientações à população em geral.

Segundo a comprovação do estudo de Diógenes, Rezende e Passos⁽¹⁸⁾, o programa de prevenção do câncer cérvico uterino depende de fatores importantes como: prestação de serviços adequados, definições da população-alvo, capacitação da comunidade de maneira responsável e consistente.

Em 2006, o Pacto de Atenção Básica incluiu como um de seus indicadores a razão entre os exames de papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária. A razão mínima esperada para os municípios é de 0,3 exame/mulheres/ano⁽¹⁾.

Analisar a faixa etária da população feminina submetida ao exame de papanicolaou, o número total de exames realizados, os resultados, acompanhamentos, tratamentos e encaminhamentos em um determinado espaço geográfico e num determinado tempo é salutar na medida em que possibilita a elaboração de políticas voltadas para a realidade local. Neste contexto, nosso objetivo de estudo mostra-se válido e importante para organizar um programa de prevenção, priorizando grupos de riscos, por idade e características da vida sexual, para diminuir a taxa de mortalidade por câncer cérvico uterino.

Com este estudo podemos traçar e estabelecer propostas concretas para a melhoria das políticas públicas municipais de saúde para a prevenção do câncer cérvico uterino.

OBJETIVOS

- identificar as faixas etárias da população feminina submetida ao exame de papanicolaou no ano de 2006 na rede pública municipal;
- calcular a razão entre os exames de papanicolaou realizados e a população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos;
- calcular a proporção de mulheres que não retornaram para receber o resultado de papanicolaou em relação ao total coletado;
- analisar os resultados dos exames de papanicolaou coletados no ano de 2006 verificando o acompanhamento e tratamento daquelas mulheres cujos resultados se apresentaram alterados.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório com o intuito de analisar o programa de prevenção do câncer cérvico uterino a nível municipal.

O local da pesquisa foi o município de Igarapava/SP que possui uma população de 28.144 habitantes. O município possui cinco postos de saúde que coletam o exame de Papanicolaou, sendo

realizados no ano de 2006, por cinco ginecologistas e três enfermeiras, um total de 1501 coletas.

Segundo a rotina preconizada, após a coleta, os exames e requisições são encaminhados semanalmente para o laboratório credenciado pelo SUS na cidade de Franca/SP. O resultado retorna para o município após aproximadamente 15 dias.

Como no município não existe o protocolo de terapêutica para DSTs, as mulheres submetidas ao exame de papanicolaou devem passar pela consulta médica para estabelecer o tratamento necessário.

Toda coleta de papanicolaou é registrada em um livro controle onde constam: nome, endereço, bairro, número do prontuário, número da lâmina, telefone, idade, data da coleta, nome do profissional que fez a coleta, data do retorno e o resultado. Este livro é utilizado como controle da unidade para que não haja risco de extravio de exames, garantir à mulher o recebimento do resultado, realizar busca ativa no caso de resultados alterados e realizar acompanhamentos.

Nesta pesquisa utilizamos o livro referente ao ano de 2006 de cada unidade, onde analisamos o número mensal de coletas, as idades das mulheres e os resultados dos exames de papanicolaou realizados.

As unidades também possuem outro livro de controle de entrega dos resultados, onde constam: nome, endereço, data e assinatura da retirada do resultado.

A população alvo foi aquela composta por todas as mulheres que realizaram a coleta de papanicolaou no ano de 2006 na rede pública municipal, as referidas 1501 coletas.

Todas as mulheres que participaram da pesquisa tiveram assegurada a sua privacidade e o sigilo das informações, uma vez que não foi necessário identificar nome e endereço das mesmas; cada sujeito foi identificado por um número.

Os dados coletados foram analisados com base em sua frequência estatística simples sendo ainda determinadas as razões entre exames realizados e a população feminina com 25 a 59 anos, bem como a análise dos resultados e a proporção de mulheres que não retornaram para receber o mesmo.

O estudo foi norteado pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, incorporando sob a ótica do indivíduo e da coletividade os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maledicência, beneficência e justiça, visando também, assegurar os deveres e os direitos que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado⁽¹⁹⁾. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Os resultados foram apresentados à Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava em forma de relatório.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 1501 coletas de exame de papanicolaou na rede pública municipal de Igarapava no ano de 2006. De acordo com a Tabela 1, a faixa etária predominante das coletas de exame de papanicolaou é de 20 a 34 anos, representando um total de 43,2% das coletas. Isto na prática sugere, assim como apresentado na literatura, que o exame de Papanicolaou é realizado de forma oportunista nas consultas ginecológicas e obstétricas^(10,11).

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual por faixa etária de coletas de exame de Papanicolaou realizados no ano de 2006 na rede pública municipal de Igarapava. Igarapava, 2006.

Faixa etária	n	%
< 15	25	1,7
15 a 19	146	9,7
20 a 24	219	14,6
25 a 29	234	15,6
30 a 34	195	13,0
35 a 39	152	10,1
40 a 44	138	9,2
45 a 49	138	9,2
50 a 54	95	6,3
55 a 59	69	4,6
60 a 64	45	3,0
65 a 69	20	1,3
70 >	25	1,7
Total	1501	100,0

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual dos resultados das coletas de exame de Papanicolaou realizados no ano de 2006 na rede pública municipal de Igarapava. Igarapava, 2006.

Resultados	n	%
Flora inespecífica	267	37,1
<i>Gardinerella vaginalis</i>	249	34,7
<i>Candida SP</i>	91	12,7
Flora mista	73	10,2
<i>Trichomonas vaginalis</i>	19	2,6
<i>Trichomonas vaginalis e Gardinerella vaginalis</i>	9	1,3
Metaplasia escamosa imatura	5	0,7
<i>Actinomyces SP</i>	4	0,6
<i>Leptotrix</i>	1	0,1
Lesão intra epitelial de alto grau II e III	1	0,1
Total	719	100,0

A faixa etária prioritária para detecção do câncer cérvico uterino é de 35 a 49 anos de idade, pois é o período que corresponde ao pico de incidência das lesões precursoras que irão progredir para carcinoma invasivo se não detectadas e tratadas em tempo hábil⁽¹⁰⁾. Conforme a Tabela 1, apenas 27,7% das coletas de exame de papanicolaou foram realizadas na faixa etária corresponde a 35 a 49 anos de idade. Contudo, verificamos na literatura científica que a quantidade de exames realizados na faixa etária prioritária para a prevenção do câncer cérvico uterino ainda é limitada no Brasil como um todo⁽²⁰⁾.

A população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos do município no ano de 2006, segundo dados do Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) era de 6.837. Houve uma cobertura de 14,9% da população feminina nesta faixa etária. A razão entre o número de exames de papanicolaou realizados em relação a esta população foi de 0,15; metade da razão mínima esperada (0,3

exame/mulheres/ano) para os municípios estabelecidos no Pacto de Atenção Básica de 2006⁽¹⁾.

Estes dados demonstram a necessidade de aumentar o número de coletas de exame de papanicolaou, assim como rastrear e mobilizar a população feminina na faixa etária prioritária estabelecida pela literatura científica de 35 a 49 anos, com o intuito de detectar as lesões precursoras e diminuir a mortalidade por este tipo de câncer^(10,11).

Quanto ao retorno para receber o resultado do exame, temos um total de 95 mulheres (6,3%) que não compareceram no serviço de saúde a fim de receber o resultado. Salientamos que todos estes resultados estavam dentro dos limites da normalidade, sendo negativos para neoplasia.

Na literatura, para fins de comparação, verificamos, com surpresa, que segundo o Ministério da Saúde⁽¹¹⁾, cerca de 40% das mulheres que realizam o exame não retornam para buscar o resultado.

Este é um dado interessante que precisamos ressaltar, pois, no momento da coleta os profissionais devem enfatizar a necessidade do retorno para o recebimento do resultado, através de uma adequada interação e de informações precisas.

Um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde em Fortaleza⁽²¹⁾ obteve uma porcentagem aproximada de 9% (87) de um total de 969 mulheres que não retornaram para receber o resultado do exame. Dentre os motivos que justificam o não retorno para receber o resultado de papanicolaou temos: motivos relacionados à mulher (como o esquecimento, as dificuldades de ordem pessoal para retornar ao local e data agendada) motivos relacionados à não interação entre o profissional e a mulher e motivos relacionados ao serviço (atrasos, falha de comunicação).

Em relação aos resultados dos exames de Papanicolaou, 51,6% (774) estavam dentro dos limites de normalidade, e as mulheres foram orientadas individualmente de acordo com os dados clínicos atuais e anteriores.

Os resultados com alterações contabilizaram um total de 47,9% (719) do total de coletas. Analisando a Tabela 2, podemos observar que houve prevalência de inflamações pelos seguintes agentes causadores: *flora inespecífica* 37,1% (267), e de *Gardnerella vaginalis* 34,7% (249), seguidas por *Candida sp* 12,7% (91) e *flora mista* 10,2% (73).

O Ministério da Saúde⁽²²⁾ calcula que um total de 30% das mulheres que colhem o exame de papanicolaou poderão necessitar de algum tipo de medicamento, sendo esperada uma prevalência de inflamações por *Gardnerella vaginalis* seguida por *Cândida sp* e *Trichomonas vaginalis*. Em um estudo realizado no município de Mozarlândia/GO⁽²³⁾, os pesquisadores encontraram uma incidência de 27,6% (159) do total de 577 resultados de papanicolaou com presença de inflamação sendo prevalente também *Gardnerella vaginalis*, *Cândida sp* e *Trichomonas vaginalis*, respectivamente.

Verificaram-se cinco resultados de metaplasia escamosa imatura (0,7%), sendo todas estas mulheres medicadas e acompanhadas na própria Unidade Básica de Saúde.

Houve um resultado (0,1%) compatível com Lesão Intra Epitelial de Alto Grau (NIC II, NIC III). Esta mulher foi encaminhada para colposcopia e biópsia, medicada e acompanhada em Serviço de Referência na cidade de Franca/SP.

Do total de 1501 coletas de exame de papanicolaou, oito (0,5%)

foram consideradas como amostras insatisfatórias por outros motivos, destas apenas uma não fez nova coleta. Apesar da pequena porcentagem de amostra insatisfatória frente ao total coletado, para a mulher que procura o serviço é desgastante ter que voltar e repetir a coleta, ficando apreensiva e duvidosa quanto ao real motivo da nova coleta. É extremamente importante que o serviço de saúde tenha profissionais capacitados e atualizados para realizar as coletas de exames de papanicolaou, fazer o acondicionamento das lâminas e o transporte das mesmas até o laboratório para análise.

CONCLUSÃO

O exame de Papanicolaou é considerado um método de rastreamento do câncer cérvico uterino detectando as lesões pré-neoplásicas.

A rede pública municipal de saúde de Igarapava realizou em 2006, 1501 coletas de exame de papanicolaou, apresentando uma cobertura de 14,9% da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, sendo a faixa etária predominante das coletas de 20 a 34 anos (43,2%).

Um total de 6,3% (95 mulheres) não compareceu ao serviço de saúde a fim de receber o resultado do exame.

Em relação aos resultados dos exames 51,6% estavam dentro dos limites de normalidade, e 47,9% dos resultados apresentaram alterações, com prevalência dos agentes: *flora inespecífica* 37,1%, e *Gardnerella vaginalis* 34,7%. Verificaram-se cinco resultados de metaplasia escamosa imatura (0,7%) e um resultado (0,1%) compatível com Lesão Intra Epitelial de Alto Grau (NIC II, NIC III).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do conhecimento amplamente divulgado sobre o câncer cérvico uterino e suas medidas de controle, muitas mulheres continuam morrendo em razão da detecção tardia deste tipo de câncer por não ter sido diagnosticado precocemente.

Após esta análise e a fim de melhorar o Programa Municipal de Prevenção do Câncer Cérvico Uterino, propusemos ao município em questão:

a) mobilizar a população na faixa etária prioritária de 35 a 49 anos, assim como aquelas mulheres que nunca realizaram o exame de papanicolaou a fim de aumentar a cobertura desta faixa etária, através de divulgações periódicas nos meios de comunicação incluindo atividades educativas na comunidade;

b) mobilizar os profissionais de saúde para que possam oferecer o exame de papanicolaou às mulheres que comparecem na unidade de saúde para outros fins;

c) realizar atividades de educação continuada para a equipe de enfermagem;

d) elaborar e distribuir panfletos e cartazes explicativos a respeito do câncer cérvico uterino e suas medidas de prevenção;

e) realizar busca ativa das mulheres que não retornaram à unidade de saúde para receber o resultado do exame de papanicolaou, investigando o motivo pelo qual não retornou ao serviço;

f) continuar proporcionando às mulheres com resultados alterados, encaminhamentos e tratamentos necessários;

g) instituir o protocolo de terapêutica para DSTs afim de facilitar o tratamento de lesões diagnosticadas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Estado da Saúde. Situação do câncer no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer em 2003. [citado em 23 dez 2003]. Disponível em: <http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa2003/regioes.html>
3. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. [citado em 10 nov 2004]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/cancer/colo_uterio/periodo.html
4. Silveira PG, Pessini SA. Câncer do colo do útero: lesões precursoras. IN: HALBE H W. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 2128-48.
5. Fochi J, Ribalta JCL, Silva IDCG. Câncer do colo do útero: importância, epidemiologia e fatores de risco. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 2120-27.
6. Zeferino LC, Costa AM, Panneta K, Neves-Jorge JP. Screening da neoplasia cervical. Rev Bras Ginecol Obstet 1996; 106: 415-9.
7. World Health Organization. Manual on the prevention and control of common cancers. Regional Publ Westerns Pacific Series 1998; 20.
8. Hanselaar AGJM. Criteria for organized cervical screening programs. Special emphasis on the Netherlands Program. Acta Cytol 2002; 46:619-29.
9. Vizcaino AP, Moreno V, Bosch FX. International trends in incidence of cervical cancer squamous - cell carcinoma. Int J Cancer 2000; 86:429-35.
10. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Estado da Saúde (FOSP). Coleta do Papanicolaou e ensino do auto exame da mama manual de procedimentos técnicos e administrativos. 2ª ed. São Paulo: Imprensa Oficial; 2004.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2002.
12. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Estado da Saúde (FOSP). Condutas clínicas frente aos resultados do exame de Papanicolaou. São Paulo: Imprensa Oficial; 2005.
13. Carvalho JP. Câncer do colo do útero: quadro clínico e diagnóstico. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 2171-3.
14. Pinho AA. Fatores associados à realização do Teste de Papanicolaou entre mulheres em idade reprodutiva no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Mestrado em saúde Materno-Infantil, Universidade de São Paulo; 2002.
15. Slomp FM. Melhora quantitativa dos preventivos de câncer uterino colhidos nos domicílios no Programa Saúde da Família Guarapuava-PR [monografia]. Curitiba (PR): Curso de Especialização em Saúde Coletiva, Universidade Federal do

- Paraná; 2000.
16. Pinelli FGS. Promovendo a Saúde In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV, organizadores. Enfermagem obstétrica e ginecológica. São Paulo: Roca; 2002. p.415-28.
 17. Gerk MAS. Prática de enfermagem na assistência ginecológica In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV, organizadores. Enfermagem obstétrica e ginecológica. São Paulo: Roca; 2002. p.429-70.
 18. Diógenes MAR, Rezende MDS, Passos NNG. Prevenção do câncer: atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ginecológica aspecto ético e legais da profissão. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2001.
 19. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96: Normas de Pesquisa em Saúde. Diário Oficial da União de 10/10/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
 20. Zeferino LC, Teixeira JC, Bastos JFB. Expandir a cobertura do rastreamento do câncer do colo uterino em mulheres entre 35 e 49 anos de idade é uma prioridade. Rev Feminina 2003; 31(8): 737-8.
 21. Greenwood AS, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolau. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14(4): 503-9.
 22. Ministério da Saúde (BR). Prevenção do câncer do colo do útero: organizando a assistência – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 23. Cardoso AC, Araújo LV, Silva PR, Gouveia DDS, Freitas RC, Tavares SBN, et al. Prevenção do câncer do colo do útero no município de Mozarlândia-GO. Rev Eletrônica Farmácia 2005; 2 (Suppl 2): 41-3.
-