

A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil

The cervix cancer tracking organization by a Family Health team in Rio de Janeiro, Brazil

La organización del rastreo del cáncer de cuello uterino por un equipo de Salud de la Familia en Rio de Janeiro, Brasil

Melanie Noël Maia^a

Rhayane Peres de Oliveira da Silva^b

Laís Pimenta Ribeiro dos Santos^c

^a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. melnoelmaia@gmail.com
(Autor correspondente)

^b Hospital Pedro Ernesto (HUPE-UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. peres.rhayane@gmail.com

^c Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). São Paulo, SP, Brasil. lais.pimentars@gmail.com

Resumo

Introdução: O rastreamento organizado do câncer do colo do útero ainda é um desafio a ser vencido em todo o Brasil. **Objetivo:** Descrever a intervenção de uma equipe de Saúde da Família para a melhoria da qualidade das ações de rastreamento desta condição. **Métodos:** A intervenção foi estruturada a partir das recomendações nacionais para o rastreamento do câncer do colo do útero e das evidências disponíveis na literatura para aumento da participação popular em programas de rastreamento. Funcionalidades do sistema de prontuário eletrônico local foram fundamentais para a viabilização da proposta. A partir da reorientação de práticas assistenciais e administrativas, foi estabelecido e mantido por 15 meses um programa organizado de rastreamento do câncer do colo do útero nesta equipe de Saúde da Família. **Resultados:** No mês anterior ao início da intervenção, as equipes da unidade de saúde e da área programática apresentavam uma cobertura média de 10% da população alvo rastreada. Ao final de 15 meses, a equipe-intervenção atingiu uma cobertura de 44%, em contraste com a média de 22% das demais equipes da unidade, e 25% da área programática. **Conclusões:** Quando uma equipe de Saúde da Família empreende esforços para a organização do rastreamento do câncer do colo do útero, bons resultados podem ser alcançados no aumento da cobertura populacional. Esperamos que outras equipes possam se beneficiar da divulgação desta experiência e tomem para si a responsabilidade de organizar o rastreamento do câncer do colo do útero, impactando positivamente sobre a saúde de suas comunidades.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Programas de Rastreamento; Neoplasias do Colo do Útero; Melhoria de Qualidade

Como citar: Maia MN, Silva RPO, Santos LPR. A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1633](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1633)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: não se aplica.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.
Recebido em: 01/10/2017.
Aprovado em: 09/05/2018.

Abstract

Introduction: Organized cervix cancer tracking remains a challenge to be overcome across Brazil. **Objective:** To describe the intervention of a Family Health team to improve the quality of the actions to track this condition. **Methods:** The intervention was structured based on the national recommendations for the tracking of cervix cancer and the available evidence on how to improve popular participation in tracking programs. Functionalities of the electronic medical records were fundamental to the viability of this proposal. From the reorientation of care and administrative practices, an organized cervix cancer tracking program was established and maintained for 15 months in this Family Health team. **Results:** In the month prior to the beginning of the intervention, the health unit and programmatic area teams had a 10% average coverage of the target population screened. At the end of 15 months, the intervention team reached a 44% coverage, in contrast to the 22% average of the other teams in the unit, and 25% of the programmatic area. **Conclusions:** When a Family Health team undertakes efforts to organize the tracking of cervix cancer, good results can be achieved in increasing population coverage. We hope that every Family Health team may benefit for this publication and engage in organized cervix cancer tracking, contributing in this way to community's health improvement.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Mass Screening; Uterine Cervical Neoplasms; Quality Improvement

Resumen

Introducción: El rastreo organizado del cáncer de cuello uterino sigue siendo un desafío a ser vencido en todo Brasil. **Objetivo:** Describir una intervención de un equipo de Salud de la Familia para mejorar de la calidad de las acciones de rastreo de esta enfermedad. **Métodos:** Esta intervención tiene base en las recomendaciones nacionales para rastreo del cuello uterino y en las evidencias disponibles en la literatura para un aumento de la participación popular en programas de rastreo. Funcionalidades del sistema de prontuario electrónico fueran imprescindibles para la viabilidad de esta propuesta. Desde la reorientación de las prácticas asistenciales y administrativas fue establecido y mantenido por 15 meses un programa organizado de rastreo del cáncer del cuello uterino en este equipo de Salud de la Familia. **Resultados:** En el mes anterior al inicio de la intervención, los equipos de la unidad de salud y de las áreas programáticas presentaban una cobertura media de rastreo de la población objeto de un 10%. Al final de 15 meses de intervención, el equipo-intervención alcanzó un porcentaje de 44%, contrastando con la media de los 22% de los demás equipos de la unidad y los 25% del área programática. **Conclusión:** Cuando un equipo de Salud de la Familia busca esforzarse para la organización del rastreo del cáncer del cuello uterino se pueden lograr buenos resultados en el aumento de la cobertura de la población. Se espera que otros equipos puedan beneficiarse de la divulgación de esta experiencia y abrazar la responsabilidad de organizar el rastreo del cáncer de cuello uterino, impactando positivamente la salud de sus comunidades.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Tamizaje Masivo; Neoplasias del Cuello Uterino; Mejoramiento de la Calidad

Introdução

No Brasil, a despeito da existência de diretrizes clínicas baseadas em evidências que norteiam a atuação dos profissionais e as responsabilidades dos serviços no rastreamento do câncer do colo do útero,¹ ainda predomina um modelo de rastreamento oportunístico, em que o exame citopatológico é ofertado quando mulheres acessam os serviços de saúde por outros motivos.^{1,2}

Comparado aos programas de rastreamento organizado, em que existe maior sistematização das ações e controle sobre as informações, o modelo oportunístico costuma ser menos efetivo no impacto sobre a morbimortalidade atribuída à condição rastreada, além de ser mais oneroso para o sistema de saúde.³ Isso é facilmente perceptível ao se analisarem os dados brasileiros relativos ao rastreamento do câncer do colo uterino, que evidenciam um elevado percentual de exames colhidos fora da faixa etária alvo (mais de 20%) e a coexistência de dois grupos que recebem cuidado inadequado: um de mulheres excessivamente rastreadas com exames anuais, e outro de mulheres que nunca foram submetidas ao exame ou o fizeram há muitos anos.²

Como consequência, a efetividade do rastreamento para prevenção da incidência e mortalidade por câncer é comprometida e marcada por significativas diferenças regionais que traduzem a influência do acesso aos serviços e outros determinantes sociais de saúde.¹⁻⁵

É consenso na literatura científica que as ações para controle do câncer do colo do útero devem ser organizadas.^{1-3,5} O rastreamento é uma tecnologia própria da Atenção Primária à Saúde (APS), e garantir uma elevada cobertura da população alvo é o componente mais importante da atuação deste nível de atenção.^{1,2} Estratégias para aumento da participação da população em programas de rastreamento já foram testadas, e há evidências na literatura de efeitos positivos para algumas intervenções simples, como cartas-convite.^{6,7}

Neste relato, apresentaremos uma descrição da intervenção realizada por uma equipe de Saúde da Família para a implementação de um programa organizado de rastreamento do câncer do colo do útero, a partir da ampliação da cobertura e melhoria do registro dos resultados do rastreamento.

Métodos

Esta intervenção foi realizada por uma equipe de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, no Brasil, nos anos de 2014 e 2015, em um contexto de franca expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A gestão municipal apostava fortemente na estruturação de uma rede de serviços organizada a partir da APS, e consolidou estratégias como a implantação de sistemas de prontuário eletrônico do paciente (PEP) capazes de calcular indicadores assistenciais estratégicos para a ESF e a contratualização de metas para os prestadores de serviços de análises clínicas que reduziram significativamente o tempo de espera para resultados de exames na APS, incluindo o citopatológico do colo do útero.

Um indicador considerado estratégico e que era fornecido às equipes de Saúde da Família pelos PEP era o percentual de mulheres de 25 a 64 anos com pelo menos um resultado de exame colpocitológico registrado nos últimos 3 anos. O agendamento de colposcopias para mulheres com rastreio alterado e de consultas oncológicas para aquelas com diagnóstico estabelecido de câncer do colo uterino era realizado por meio de sistemas informatizados de regulação, com tempos de espera satisfatórios.

A equipe que realizou a intervenção integrava uma Clínica da Família (unidade de APS) com 13 equipes, situada na Área Programática 3.1 (Zona Norte do município), e era responsável pelos cuidados de saúde primários de cerca de 3700 pessoas, sendo 1060 mulheres de 25 a 64 anos, com a maior parte de sua população vivendo em situação de pobreza ou extrema pobreza. O sistema de prontuário eletrônico utilizado em toda a área programática que abrigava a equipe havia sido trocado cerca de 18 meses antes do início da intervenção, com impacto significativo nos indicadores assistenciais pela importação inadequada de dados nesta transição. Isso pode explicar em parte a baixa cobertura observada na equipe e em toda a área programática no início do estudo, que era de 10%.

A intervenção foi idealizada pela médica de família da equipe e aprimorada por meio de debate com os demais membros, e as estratégias utilizadas refletem recomendações encontradas na literatura científica para o aumento da participação em programas de rastreamento, ou foram desenvolvidas a partir da observação crítica da equipe.

Além da composição mínima das equipes da ESF, esta equipe também contava com a participação de acadêmicos de Medicina e, a partir de 2015, com residentes de Medicina de Família e Enfermagem

em Saúde da Família. A intervenção foi iniciada no mês de setembro de 2014 e sistematicamente mantida até dezembro de 2015, quando a profissional que idealizou o projeto foi transferida para outra unidade de saúde. As etapas da intervenção encontram-se detalhadas a seguir e sintetizadas no Quadro 1.

Quadro 1. Detalhamento da intervenção.

Etapa 1	Mudança na organização da entrega de resultados de citopatológico na unidade de saúde
Etapa 2	Resgate e registro de exames arquivados
Etapa 3	Oferta racional de coleta facilitada para mulheres na unidade de saúde
Etapa 4	Busca ativa de mulheres que não frequentam a unidade, com agendamento imediato de coleta
Etapa 5	Solicitação de acesso a resultados de exames colhidos em outras instituições
Etapa 6	Avaliação e registro imediato de resultados de exames
Etapa 7	Aprazamento da próxima coleta
Etapa 8	Ações imediatas para mulheres com resultados alterados

A primeira etapa da intervenção consistiu na mudança na organização da entrega de resultados de exames citopatológicos do colo do útero na unidade de saúde. Antes da intervenção, os resultados de citopatológico recebidos pela unidade ficavam arquivados na administração, aguardando que a usuária o buscasse, e esta poderia levá-lo ou não para avaliação pela equipe de referência.

A equipe que realizou a intervenção sugeriu que os resultados fossem imediatamente entregues às equipes de referência após a chegada na unidade, e que as usuárias passassem a buscar seus exames diretamente com as equipes. A sugestão foi acatada pela gerência local e, portanto, atingiu todas as equipes da unidade de saúde.

Posteriormente, foi realizado um resgate e registro de exames arquivados na unidade. Nesta etapa ocorreu a descoberta de um grande número de exames previamente realizados que estavam arquivados na administração, não entregues às pacientes e não registrados. Todos os resultados resgatados foram imediatamente registrados no prontuário eletrônico.

A etapa seguinte consistiu em ofertar de forma racional a coleta facilitada para mulheres na idade de rastreamento. Sendo assim, todos os profissionais da equipe foram sensibilizados para a adoção de uma postura vigilante em relação ao rastreamento do câncer do colo do útero, de forma que todas as mulheres de 25 a 64 anos que frequentavam a unidade por qualquer motivo eram verificadas quanto à sua situação de rastreio e, para aquelas com exame em atraso, era oferecida coleta imediata ou agendamento de coleta de citopatológico, considerando a preferência da mulher.

As mulheres que não frequentavam a unidade, ou seja, aquelas não atingidas pelo modelo de rastreamento oportunístico, foram contatadas por telefonema ou visita domiciliar, com convocação para coleta de citopatológico em data pré-determinada, pois existem sólidas evidências na literatura que o efeito do agendamento é superior ao do convite aberto.^{6,7} A data poderia ser facilmente modificada pela mulher, se necessário. Para as mulheres contatadas em domicílio, foi entregue uma breve carta-convite assinada pela médica de família da equipe, pois também há evidências de benefício deste modelo de carta.⁷

Durante esta etapa, muitas mulheres que constavam nos relatórios como não rastreadas relataram coleta recente do exame citopatológico em unidades de saúde privadas ou filantrópicas (clínicas populares). Elas foram solicitadas a disponibilizar o resultado do exame para a equipe, pelo próprio agente de saúde

(que fotografava o laudo e enviava para a equipe técnica), ou em consulta médica ou de enfermagem, conforme sua preferência.

Desta forma, todos os novos resultados de exame recebidos pela equipe eram imediatamente registrados no prontuário eletrônico, sem esperar que a usuária viesse buscá-lo. O prazo determinado para a coleta de um novo exame citopatológico era escrito no laudo do exame, que seria posteriormente entregue para a mulher, e também registrado em uma planilha eletrônica para controle de ações da própria equipe. As mulheres com resultado de rastreamento alterado eram imediatamente convocadas para a comunicação do resultado e para a adoção das medidas pertinentes (aprazamento da repetição do exame ou agendamento de colposcopia).

Para a avaliação do impacto da intervenção, adotamos como desfecho primário a mudança do indicador “cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero nas mulheres de 25 a 64 anos”, que é calculado pela proporção de mulheres com exame realizado nos últimos três anos dentro desta faixa etária. Este indicador foi comparado com as demais equipes da clínica e com toda a área programática para garantir que os resultados tenham sido decorrentes da intervenção, e não de interferências contextuais.

Os dados relativos à equipe da intervenção e à Clínica da Família onde se situava foram extraídos do próprio sistema de prontuário eletrônico utilizado em tempo real, e os dados consolidados das mais de 140 equipes da área programática foram fornecidos pela Coordenação de Saúde local cerca de um ano após o término da intervenção.

A proposta de intervenção não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa por abranger ações que fazem parte das atribuições rotineiras das equipes de Saúde da Família, e porque os benefícios do rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos são claramente superiores aos possíveis danos na literatura científica.

Resultados

No mês anterior à implementação da intervenção, o percentual de mulheres de 25 a 64 anos com pelo menos um resultado de exame citopatológico registrado em prontuário eletrônico era de 10%, mostrando-se praticamente idêntico para a equipe que realizou a intervenção, a totalidade da Clínica da Família onde a equipe estava inserida, e o consolidado de equipes da área programática.

Em dezembro de 2015, estes percentuais encontravam-se respectivamente em 44%, 22% e 25%. O Gráfico 1 exibe a série histórica do indicador de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero nas mulheres de 25 a 64 anos desde janeiro de 2014 (cerca de oito meses após a troca do sistema de prontuário eletrônico na área programática, e oito meses antes da intervenção) até dezembro de 2015.

Além da mudança percebida no indicador escolhido, observamos de maneira não sistematizada alguns resultados secundários que merecem ser relatados, pois podem colaborar para a melhoria da organização dos serviços de saúde. No início do estudo, a equipe possuía em seu cadastro aproximadamente 950 mulheres de 25 a 64 anos sem menção de resultado de exame citopatológico no prontuário eletrônico.

Devido à elevada ocorrência de mulheres sem registro de número de telefone ou com números desatualizados, apenas 150 tentativas de contato telefônico foram bem sucedidas. Outro resultado que chamou a atenção foi que nenhuma das 24 mulheres com exame de rastreamento alterado no período

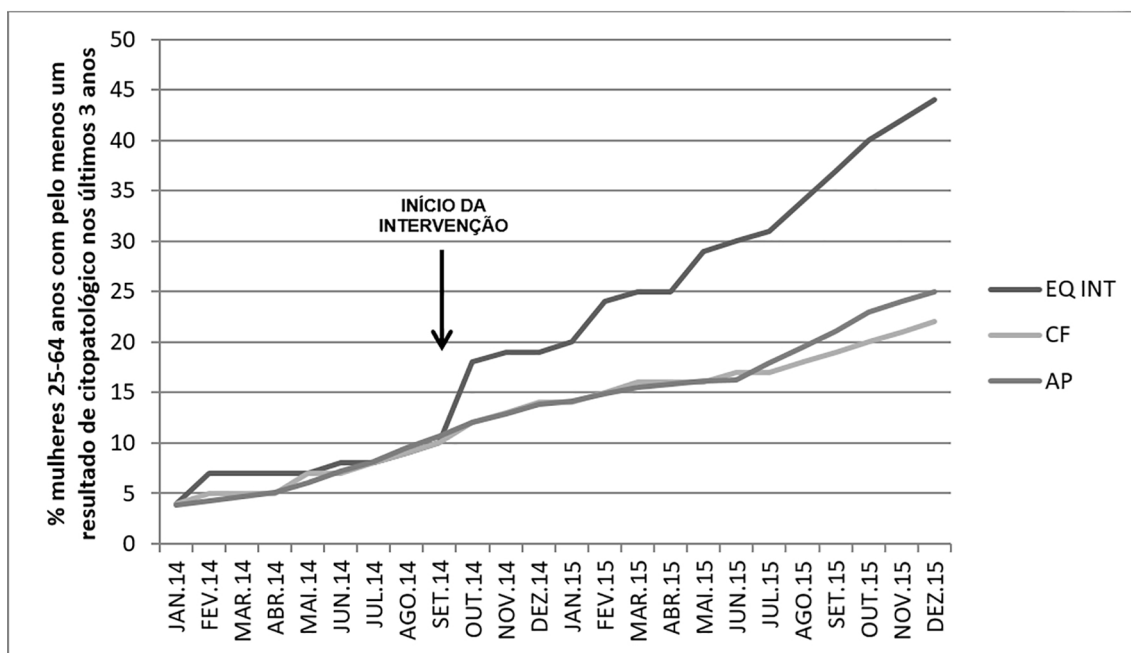


Gráfico 1. Série histórica da cobertura de rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Área Programática 3.1, Rio de Janeiro, 2014-2015. EQ INT: Equipe-intervenção; CF: Clínica da Família; AP: Área Programática 3.1. Fonte: Prontuário Eletrônico Prime Saúde/Dados fornecidos pela Coordenação da AP 3.1.

do estudo apresentou perda de seguimento, sendo todas manejadas conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

O tempo máximo decorrido entre a data de realização do exame citopatológico alterado e a data de realização da colposcopia foi de 97 dias. Um caso de câncer invasivo do colo do útero foi diagnosticado, e a primeira consulta oncológica aconteceu menos de 60 dias após a primeira avaliação na APS, quando foi estabelecida alta suspeição clínica para o diagnóstico, tendo a confirmação histopatológica sido realizada neste intervalo.

Também cabe ressaltar que menos de cinco exames foram colhidos em mulheres fora da faixa etária alvo para o rastreamento, e todos foram em mulheres de 65 anos ou mais sem história de exames prévios suficientes para a cessação do rastreamento, conforme recomendado pelas diretrizes nacionais. Nenhum exame foi colhido em mulheres de 24 anos ou menos.

Algumas das estratégias propostas na intervenção, como a mudança na organização da entrega de resultados e o registro imediato dos resultados em prontuário eletrônico, foram reconhecidas pela gestão local e sua adoção incentivada para todas as equipes da área programática.

Discussão e conclusões

Resumo dos principais achados do estudo

A experiência descrita mostra que quando uma equipe de Saúde da Família empreende esforços para a organização do rastreamento do câncer do colo do útero, bons resultados podem ser alcançados no aumento da cobertura populacional. Apesar da cobertura ainda limitada de 44% observada ao final do

período do estudo, mudanças importantes foram observadas, tanto no desfecho primário quanto em outros aspectos do cuidado em saúde. Optamos por não contabilizar desfechos intermediários, como o número de exames coletados ou de mulheres convidadas para o rastreamento, pois estes não seriam capazes de refletir o sucesso da intervenção.

Fortalezas e limitações do estudo

A intervenção descrita foi idealizada no contexto de preparação para o “Outubro Rosa”, período em que as equipes são tradicionalmente estimuladas a intensificar a coleta de exames citopatológicos em modelo de campanha, mas o fazem de modo pontual e pouco racional, captando mulheres já rastreadas ou fora da faixa etária alvo.

A realização de citopatológico em menores de 25 deve ser desestimulada,¹ uma vez que a infecção pelo HPV tem comportamento diferenciado nesta faixa etária, com maior tendência à regressão espontânea^{8,9} e o sobrediagnóstico e sobretratamento de lesões contribuem para o aumento da morbidade obstétrica futura sem gerar benefício comparável.^{9,10}

O sobrerastreamento de algumas mulheres, por sua vez, traduz-se em um gasto infrutífero de recursos, e realça o efeito da determinação social sobre a utilização dos serviços de saúde, reproduzindo as iniquidades observadas nos demais contextos.^{3,4} A Prevenção Quaternária¹¹ e a Lei do Cuidados Inversos¹² dialogam diretamente com a temática do rastreamento, tornando-a muito mais complexa. Integrando evidências disponíveis na literatura e o conhecimento do contexto local, a intervenção mostrou-se uma estratégia exitosa, pautada por boas práticas, de baixa complexidade e de baixo custo.

Espera-se que estudos deste tipo,¹³ que descrevem experiências de equipes de saúde para a melhoria da qualidade em ambientes reais e não controlados, possam facilmente ser replicados por outras equipes que vivenciem situações semelhantes. A reprodução de algumas das práticas propostas por outras equipes de Saúde da Família da área programática, portanto, caracteriza um objetivo primordial deste relato (que antecedeu à publicação) e também pode ser considerada um desfecho positivo da intervenção.

Não é possível avaliar, no entanto, se a disseminação destas práticas contribuiu para a melhor evolução do indicador de todas as equipes, gerando impacto nos resultados observados. A comparação com a totalidade de equipes do município poderia responder esta questão, mas não foi possível obter estes indicadores junto à gestão municipal para inclusão no estudo.

O papel do PEP para a viabilização desta intervenção foi inequívoco, a partir da produção dos relatórios de mulheres com atraso no rastreamento e cálculo dos indicadores. Apesar da literatura conflitante a respeito do impacto das tecnologias de informação em saúde para o aprimoramento do cuidado, as ações preventivas parecem especialmente sensíveis à melhoria da qualidade a partir de tais inovações.¹⁴

A experiência poderá não ser generalizável, portanto, para locais que não contem com um sistema de prontuário eletrônico com as funcionalidades necessárias. Diante do contexto de progressiva informatização da ESF no país, esta pode não ser uma limitação significativa. Este relato também não será capaz de contribuir para uma possível melhoria dos indicadores de mortalidade do câncer do colo do útero a partir do incremento da população rastreada em contextos em que a rede não esteja organizada para a oferta das ações necessárias às mulheres com rastreamento alterado.

A intervenção foi mantida por um curto período de tempo, prejudicando a avaliação de seus efeitos em longo prazo, tendo sido interrompida em decorrência da transferência da profissional que idealizou o projeto para outra unidade de saúde do município. Há de se refletir sobre o impacto da rotatividade da ESF na continuidade de experiências exitosas, dentre outras questões relacionadas à mesma.

A dificuldade de fixação de profissionais na ESF já foi mencionada como um problema em dois estudos avaliativos importantes realizados no Brasil¹⁵ e no Rio de Janeiro¹⁶ por pesquisadores consagrados do campo da APS, sendo recomendável que os gestores municipais lancem mão de estratégias para tornar a permanência dos profissionais mais atrativa.

Comparação com a literatura já existente

A qualidade do rastreamento do câncer do colo do útero já foi avaliada no Brasil por alguns autores em diferentes localidades. Navarro et al.,¹⁷ usando inquérito domiciliar com uma amostra representativa de mulheres, encontraram uma taxa de 85,7% de cobertura da população-alvo em Boa Vista-RR em um contexto de rastreamento oportunístico, o que é considerado uma cobertura adequada, mas relataram associação inversa entre a renda familiar per capita e a não realização do exame.

Ribeiro et al.¹⁸ descrevem dados de cobertura semelhantes para mulheres que frequentavam o pré-natal em Juiz de Fora-MG, porém ressaltam a perda de oportunidades de rastreamento ao identificar uma quantidade significativa de mulheres que estavam em contato com o serviço de saúde, mas não foram submetidas ao exame citopatológico.

Análises dos dados do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) de Teresina-PI¹⁹ e do estado de Minas Gerais²⁰ indicam a necessidade de aprimoramento nos programas de rastreamento no que diz respeito à adequação da oferta de exames, dado o elevado número de exames colhidos em mulheres fora da faixa etária alvo ou com periodicidade menor que a recomendada.

Vale et al.,²¹ destacando a ESF como um caminho para a reorientação das práticas do rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil em direção a um programa organizado, acompanharam os indicadores de Amparo-SP por sete anos consecutivos, e concluíram que houve persistência do modelo oportunístico, com elevada frequência de coletas em excesso, que se bem direcionadas poderiam ter garantido cobertura de 100% da população alvo, sem necessidade de expansão da capacidade assistencial.

Lourenço,²² ao discutir a implantação de um programa de rastreamento organizado do câncer de mama em uma região composta por 19 municípios paulistas, também coloca a ESF como fundamental para garantir a viabilização do mesmo.

Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais

Um programa de rastreamento organizado do câncer do colo do útero ainda é uma agenda a ser cumprida no Brasil, e a ESF apresenta características que a colocam em uma posição de protagonismo para modificar esta situação, como a adscrição da população por critério territorial, a sua reconhecida capilaridade em territórios socialmente desfavorecidos, e a presença de agentes comunitários de saúde que podem atuar no recrutamento ativo das mulheres.

Esperamos que este relato de experiência exitosa possa sensibilizar todas as equipes de Saúde da Família do país para a responsabilização pelo rastreamento organizado do câncer do colo do útero, e mostre que é possível modificar realidades a partir de intervenções simples, dinâmicas e bem fundamentadas.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Utero. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2ª ed [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf
2. Derchain S, Teixeira JC, Zeferino LC. Organized, Population-based Cervical Cancer Screening Program: It Would Be a Good Time for Brazil Now. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016;38(4):161-3. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1582399>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Primária. Rastreamento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf
4. Sarfati D, Shaw C, Simmonds S. Commentary: Inequalities in cancer screening programmes. *Int J Epidemiol*. 2010;39(3):766-8. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyq039>
5. World Health Organization (WHO). Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 [Internet] [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1
6. Everett T, Bryant A, Griffin MF, Martin-Hirsch PP, Forbes CA, Jepson RG. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;5:CD002834 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002834.pub2>
7. Camilloni L, Ferroni E, Cendales BJ, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P, et al. Methods to increase participation in organized screening programs: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:464 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-464?site=bmcpublihealth.biomedcentral.com>
8. Vale DB, Westin MC, Zeferino LC. High-grade squamous intraepithelial lesion in women aged <30 years has a prevalence pattern resembling low-grade squamous intraepithelial lesion. *Cancer Cytopathol*. 2013;121(10):576-81 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.1002/cncy.21312>
9. Landy R, Birke H, Castanon A, Sasieni P. Benefits and harms of cervical screening from age 20 years compared with screening from age 25 years. *Br J Cancer*. 2014;110(7):1841-6 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2014.65>
10. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevidis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2006;367(9509):489-98 [acesso 2018 Abr 16]. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68181-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68181-6)
11. Silva AL, Mangin D, Pizzanelli M, Jamouille M, Wagner HL, Silva DH, et al. Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesse. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(33):371-4 [acesso 2018 Abr 16]. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(33\)1006](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(33)1006)
12. Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet*. 1971;297(7696):405-12 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>
13. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):986-92 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
14. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Ann Intern Med*. 2006;144(10):742-52 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00125>

15. Gêrvás J, Fernández MP. Uma Atenção Primária forte no Brasil. Relatório sobre: como fortalecer os acertos e corrigir os erros da Estratégia de Saúde da Família. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2011 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf
16. Harzheim E, org. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família - Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro [Internet]. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2013 [acesso 2018 Abr 16]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/050_material_saude_livro_reforma_aps_rj.pdf
17. Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CIA, Araújo DS, Teles DAF, et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. *Rev Saúde Pública*. 2015;49. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005554>
18. Ribeiro L, Bastos RR, Vieira MT, Ribeiro LC, Teixeira MTB, Leite ICG. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(6):e00001415. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00001415>
19. Damacena AM, Luz LL, Mattos IE. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):71-80 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000100008>
20. Corrêa CSL, Lima AS, Leite ICG, Pereira LC, Nogueira MC, Duarte DAP, et al. Rastreamento do câncer do colo do útero em Minas Gerais: avaliação a partir de dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). *Cad Saúde Coletiva*. 2017;25(3):315-23 [acesso 2018 Abr 16]. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201700030201>
21. 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. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):383-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200017>
22. Lourenço TS. Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: barreiras relacionadas à realização do exame de mamografia [Dissertação de mestrado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2009.