



Conduta de profissionais durante a consulta de rastreamento do câncer de mama e útero

Professional conduct during breast and uterine/cervical cancer screening consultations

Conducta de profesionales durante consulta de rastreo del cáncer de mama y útero

Fernanda Martins Bertocchi¹, Betânia Maria Fernandes¹, Maria Inês Gomes de Almeida¹, Sandra Carvalho de Freitas², Carla Cardi Nepomuceno de Paiva³, Elaine Amaral de Paula¹

Objetivou-se avaliar a conduta de profissionais quanto às ações de anamnese e exame físico realizadas na consulta de rastreamento de câncer de mama e de colo de útero na atenção primária à saúde. Estudo transversal, descritivo, de análise quantitativa realizado em um município de Minas Gerais, MG, Brasil. Para avaliação, aplicou-se um questionário estruturado às mulheres que compareceram à consulta com profissional enfermeiro ou médico, no período de dezembro 2012 a janeiro de 2013. O instrumento de pesquisa, contém perguntas sociodemográficas e referentes às ações de anamnese, exame físico e ginecológico, conforme recomendações do Ministério da Saúde. Foram entrevistadas cinquenta mulheres, com média de 40 anos de idade. Os resultados evidenciaram ações de anamnese, exame físico e ginecológico incompletos em todas as consultas. Para promoção integral da atenção à saúde da mulher faz-se necessário o cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde.

Descritores: Saúde da Mulher; Assistência Integral à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Neoplasias da Mama; Neoplasias do Colo do Útero.

Aimed to evaluate the behavior of professionals regarding checking medical history (anamneses) and the physical examination performed in screening consultation for breast and cervical cancer in primary health care. This is a descriptive cross-sectional study of quantitative analysis, and was conducted in Minas Gerais, MG, Brazil. For evaluation purposes, a structured questionnaire was answered by women who attended a consultation with nurses or doctors, from December 2012 to January 2013. The research instrument contained sociodemographic questions and questions related to medical history (anamneses), physical and gynecological examination, as recommended by the Ministry of Health. Fifty women were interviewed, averaging 40 years of age. The results showed incomplete anamnesis, physical and gynecological examination in all consultations. For full promotion of women's health attention, it is necessary to comply with Ministry of Health recommendations.

Descriptors: Women's Health; Comprehensive Health Care; Primary Health Care; Breast Neoplasms; Uterine Cervical Neoplasms.

El objetivo fue evaluar la conducta de profesionales cuanto a las acciones de anamnesis y examen físico realizados en consulta de rastreo de cáncer de mama y de cuello uterino en la atención primaria a la salud. Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo realizado en una ciudad en Minas Gerais, MG, Brasil. Para evaluación, se aplicó cuestionario estructurado a las mujeres que fueron a la consulta con el profesional enfermero o médico, de diciembre de 2012 a enero de 2013. El instrumento de investigación tuvo preguntas sociodemográficas y de acciones de anamnesis, examen físico y ginecológico, según recomendación del Ministerio de la Salud. Cincuenta mujeres fueron entrevistadas, con promedia de 40 años de edad. Los resultados señalaron acciones de anamnesis, examen físico y ginecológico incompletos en todas las consultas. Para promoción total de la atención de salud de la mujer, es necesario cumplir con las recomendaciones del Ministerio de la Salud.

Descritores: Salud de la Mujer; Atención Integral de Salud; Atención Primaria de Salud; Neoplasias de la Mama; Neoplasias del Cuello Uterino.

¹Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil.

²Hospital Regional João Penido. Juiz de Fora, MG, Brasil.

³Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Fernanda Martins Bertocchi
Rua Carangola, 505, Democrata, CEP: 36035-220. Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: nanda_bertocchi@yahoo.com.br

Introdução

O câncer tem sido considerado um dos problemas de saúde pública do sistema de saúde brasileiro, devido a sua relevância epidemiológica, social e econômica. Sofre influência por causas internas ou externas ao organismo sendo as causas internas geneticamente pré-determinadas, enquanto que as externas estão relacionadas às influências do meio ambiente e aos hábitos ou costumes de uma sociedade⁽¹⁾.

O câncer de mama e de colo de útero representam a principal causa de morbidade entre as mulheres, depois do câncer de pele do tipo não-melanoma. O câncer de mama está relacionado a história de menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação após os 30 anos de idade, nuliparidade e reposição hormonal pós-menopausa⁽²⁾. Por sua vez, o câncer de colo de útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do Papiloma Vírus Humano, em especial, os subtipos 16 e 18, que respondem por 70% dos cânceres de colo de útero⁽³⁾. Outros fatores potencializam o risco de desenvolvimento desse câncer, como a multiparidade, o uso de anticoncepcionais orais, o tabagismo, a iniciação sexual precoce e a multiplicidade de parceiros sexuais⁽⁴⁾.

Estimativas para o Brasil apontam que, no ano de 2014, 57.120 mulheres serão diagnosticadas com câncer de mama, ao passo que 15.590 mulheres serão diagnosticadas com câncer de colo de útero, com um risco estimado, respectivamente, de 57 e 15 casos a cada 100 mil mulheres⁽⁵⁾.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Programa Viva Mulher e outras diretrizes de atenção aos cânceres de mama e de colo de útero têm sofrido mudanças, com o intuito de reduzir os índices de morbi-mortalidade por tais cânceres. No que tange às ações de rastreamento e de diagnóstico precoce, a atenção primária à saúde, através de suas unidades de atendimento, constitui a porta de entrada. As consultas de controle do câncer de mama e de colo de útero fazem parte da rotina desses serviços de saúde, os quais são norteados por

documentos que abordam a temática⁽⁶⁾. Desse modo, são atribuições dos integrantes da equipe de atenção primária à saúde fornecer atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher; encaminhar os casos necessários aos outros níveis de atenção à saúde com vistas ao cuidado longitudinal. Assim, a consulta de rastreamento do câncer de mama e útero pode colaborar muito para a diminuição destas morbidades, além de contribuir na detecção precoce de doenças preexistentes, como a cardiovascular.

Para o atendimento à mulher na consulta de rastreamento do câncer de colo de útero e de mama, faz-se necessário o levantamento da história clínica e ginecológica da paciente, cujas perspectivas são a prevenção de doenças e a promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida das mesmas⁽⁷⁾.

Considerando o exposto, acredita-se que as ações de rastreamento são fundamentais para a detecção precoce, bem como para a prevenção de complicações relacionadas à saúde da mulher. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo avaliar as condutas dos profissionais da atenção primária que atuam na consulta de rastreamento de câncer de colo de útero e de mama quanto anamnese e exame físico de acordo com a percepção de um grupo de mulheres, respondendo à seguinte questão norteadora: de que forma os conhecimentos e ações dos profissionais da atenção primária durante a consulta de rastreamento do câncer de colo de útero e de mama se adaptam às recomendações do Ministério da Saúde?

Com esse estudo apresentamos resultados que possam nortear o planejamento das ações voltadas para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero e mama, visando a aumento da qualidade das mesmas e a busca e consolidação da atenção integral à saúde da mulher.

Método

Trata-se de um estudo avaliativo, realizado a partir de uma análise quantitativa dos dados. As evidências e os resultados dos estudos avaliativos têm o

potencial de interagir e de reorientar o processo decisório⁽⁸⁾.

A investigação ocorreu em sete unidades de atenção primária à saúde de um município de médio porte da Zona da Mata Mineira. Considerou-se como critério de inclusão mulheres com idade superior a 18 anos, as quais procuraram as unidades de atenção primária à saúde para a consulta de rastreamento do câncer de colo de útero e de mama, nos dias de realização da pesquisa, e que concordaram em participar desta. Foram excluídas do estudo as mulheres que não aceitaram o procedimento de coleta de dados. Dessa maneira, foram selecionadas para entrevista cinquenta mulheres entre 18 e 89 anos de idade, sendo que metade delas realizaram a consulta com profissional enfermeiro e a outra metade, com profissional médico. Ao todo estiverem envolvidos cinco enfermeiros e cinco médicos.

O Departamento de Atenção Básica à Saúde do município estipula um número ideal de 20 preventivos a cada mês, por profissional, totalizando 200 preventivos mês no universo estudado. Dessa forma, utilizou-se o cálculo amostral para populações finitas para quantificação do tamanho da amostra, resultando em uma amostra de 50 mulheres.

Conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde para avaliação da consulta de prevenção de câncer ginecológico, considerou-se os subcomponentes anamnese, exame físico e exame ginecológico. A anamnese engloba os motivos que levaram à procura do serviço de saúde; a história clínica, englobando a orientação sexual, características do ciclo menstrual, data da última menstruação, idade quando a mulher teve a primeira relação sexual, número de parceiros sexuais, ocorrência de doenças sexualmente transmissível, tipo de parto, número de filhos e história pessoal e familiar de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Em relação ao exame físico e ginecológico, constaram no instrumento de coleta de dados a realização da inspeção da mucosa ocular; aferição da pressão arterial e temperatura corporal; ausculta cardíaca e pulmonar; inspeção estática e dinâmica das mamas

e palpação; coleta do esfregaço cérvico-vaginal; teste de coloração com iodo (Shiller) e toque bimanual.

O tempo de consulta foi avaliado por meio de um cronômetro digital. As participantes foram indagadas sobre o cumprimento dessas etapas pelo profissional que as atendeu. As entrevistas foram gravadas em mídia digital *Moving Picture Experts Group1/2 AudioLayer 4* (MP4). A pesquisa contou com a investigação acerca das etapas da consulta de controle do câncer de colo de útero e de mama: anamnese e exames físico e ginecológico.

As variáveis selecionadas para este estudo foram pré-codificadas, armazenadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 19.0 e submetidas às técnicas estatísticas exploratórias média, desvio padrão e distribuição de frequências⁽⁹⁾. A relação entre as variáveis foi avaliada com o teste Qui-quadrado e o teste T de *Student*. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas. O nível de significância adotado foi de 0,05, intervalo de confiança 95%.

Às usuárias, foi garantido o sigilo e o anonimato de suas respostas assim como, o direito de se recusarem a participar. Também foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora com o protocolo nº 02859012.0.0000.5147. A realização da pesquisa foi autorizada pela Subsecretaria de atenção primária à saúde do município. O presente estudo não apresenta conflito de interesse.

Resultados

A análise dos dados referentes ao perfil socio-demográfico revelou média de idade de 40 anos (desvio padrão $\pm 16,14$), com variação da faixa etária entre 18 e 89 anos. A maioria das mulheres (58%) tinham menos de 40 anos de idade. Em relação ao estado civil, 44% afirmaram ser casadas; 38% eram solteiras; 10% viúvas; e 8% eram divorciadas. Quanto à escolaridade, 48% relataram possuir ensino fundamental

incompleto; 16% tinham o ensino fundamental completo; e 36% possuíam o nível médio. Em relação à ocupação das participantes, 52% exerciam atividade remunerada, enquanto 48% exerciam atividade não-remunerada.

Das 50 mulheres participantes, 25 realizaram a consulta com o profissional enfermeiro; as outras 25, com o profissional médico.

No que diz respeito às perguntas referente à anamnese, as mais frequentes, segundo as usuárias foram as seguintes: em 90% das consultas, tiveram a data da última menstruação como pergunta mais frequente, 84% foram indagadas sobre as características do ciclo menstrual, 76% sobre a relação com o parceiro, 74% inquiriram sobre os motivos para comparecerem à consulta e 72% o número de filhos.

As perguntas realizadas com menor frequência foram relativas à: número de parceiros sexuais (26%); orientação sexual da mulher (36%); idade da coitarca (34%); história pessoal e familiar de diabetes *mellitus* (38%).

Ao se analisar as variáveis estudadas relacionadas a anamnese feita durante a investigação clínica e comparar com a categoria profissional apresentou diferenças estatisticamente significativas relacionadas ao tipo de parto ($p < 0,031$), doenças sexualmente transmissíveis ($p < 0,005$), número de parceiros sexuais (0,025), idade da primeira relação sexual (0,008), história pessoal de hipertensão arterial (0,0001) e de diabetes *mellitus* (0,0001) (tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação de itens investigadas da anamnese por categoria profissional (n = 50)

Variáveis	Categoria profissional				Valor de p
	Enfermeiro		Médico		
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	
Tipo de parto	21(79,0)	4(21,0)	14(56,0)	11(44,0)	0,031
Doença sexualmente transmissível	16(64,0)	9(36,0)	6(24,0)	19(76,0)	0,005
Número de parceiros sexuais	10(40,0)	15(60,0)	3(12,0)	22(88,0)	0,025
Idade da primeira relação sexual	13(52,0)	12(48,0)	4(16,0)	21(84,0)	0,008
História pessoal e familiar de hipertensão arterial	17(68,0)	8(32,0)	4(16,0)	21(84,0)	0,0001
História pessoal e familiar de diabetes <i>mellitus</i>	16(64,0)	9(36,0)	3(12,0)	22(88,0)	0,0001

Quanto aos exames físico e ginecológico, constatou-se que o direcionamento das ações era, focalizado, na coleta do esfregaço cérvico-vaginal, realizada em todos os atendimentos. O toque bimanual foi realizado em 76% das consultas e a palpação das mamas, em 92% das usuárias.

Não foram informadas avaliações de ausculta cardíaca e pulmonar em quaisquer consulta. Em 4% das consultas, foi inspecionada a mucosa ocular e aferida a temperatura corporal; em 14%, foi realizada a inspeção estática e dinâmica das mamas; e 20% das participantes tiveram a pressão arterial aferida.

Não foram observadas diferenças estatísticas em relação à frequência das ações, relatada no exame das mamas e do colo de útero durante a consulta por categoria profissional (tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação das mamas e toque bimanual por categoria profissional (n=50)

Variáveis	Categoria profissional				Valor de p
	Enfermeiro		Médico		
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	
Avaliação estática das mamas	5(20,0)	20(80,0)	2(8,0)	23(92,0)	0,209
Avaliação dinâmica das mamas	5(20,0)	20(80,0)	2(8,0)	23(92,0)	0,209
Palpação das mamas	23(92,0)	2(8,0)	23(92,0)	2(8,0)	0,695
Toque bimanual	18(72,0)	7(28,0)	20(80,0)	5(20,0)	0,371

No presente estudo, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de utilização do teste de Shiller e a categoria profissional ($p = 0,03$).

A cronometragem do tempo de consulta revelou uma variação entre 15 e 40 minutos para as consultas realizadas por enfermeira; evidenciando uma média de 26 minutos por atendimento. Já as consultas realizadas por médica apresentaram uma variação de 6 a 40 minutos, sendo a média de 22 minutos. Das 25 consultas realizadas por enfermeira, 16% foram realizadas em um tempo inferior ao preconizado pela portaria nº 1101, que determina o tempo de 20 mi-

nutos⁽⁸⁾. No que tange às consultas médicas, 28% dos atendimentos foram inferiores a 15 minutos, tempo considerado mínimo pela portaria supracitada.

Discussão

O presente estudo revela que as ações de anamnese e exame físico na população estudada são realizados de maneira incompleta, além de tempo curto de consulta realizada por médicos e enfermeiros. Em contraposição, o profissional enfermeiro apresentou maior frequência de realização de ações de anamnese e do teste de Schiller quando comparado ao profissional médico. Essa diferença não foi observada para ações de exame físico.

Em relação às participantes, observou-se que a maioria apresentava menos de 40 anos de idade – faixa etária que corresponde à idade reprodutiva da mulher e que é mais recomendada ao rastreamento do câncer de colo de útero, uma vez que o risco de ocorrência das lesões de alto grau é mais elevado⁽⁶⁾. A incidência do câncer de colo de útero aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade, atingindo seu pico na quinta ou na sexta década de vida. Ainda, antes dos 25 anos, prevalecem as infecções por papilomavírus humano e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente, na maioria dos casos, podendo ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas⁽¹⁰⁾.

Além da idade, cofatores de outras naturezas, como o início precoce das atividades sexuais e a multiplicidade de parceiros, estão associados ao risco de infecção pelo papilomavírus humano⁽¹¹⁾. Em pesquisa realizada na cidade de Fortaleza-CE, evidenciou-se uma maior frequência de mulheres que tiveram a primeira relação sexual entre 15 e 20 anos de idade, e, aproximadamente, um quarto das entrevistadas relataram ter tido mais do que três parceiros sexuais. As autoras da pesquisa ressaltam que a faixa etária da adolescência é a mais propícia ao desenvolvimento do câncer de colo de útero, devido à instabilidade hormonal e a maior vulnerabilidade à infecção por papiloma-

vírus humano⁽¹²⁾. No presente estudo, verificou-se que foi pouco questionado o número de parceiros sexuais que a mulher teve e a idade com que ela teve sua primeira relação sexual. Tais questionamentos são considerados importantes, visto que possibilita ao profissional maior conhecimento sobre a história sexual da mulher, além de culminar em orientações relevantes no momento da consulta, as quais podem contribuir para o uso de medidas de proteção contra o câncer de colo de útero.

A recomendação brasileira para o rastreamento do câncer de mama consiste em: realização de exame clínico anual das mamas; quando se encontra determinada alteração, recomenda-se mamografia diagnóstica para mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos de idade; exame clínico das mamas e mamografia de rastreamento a cada dois anos para mulheres entre 50 a 69 anos; exame clínico das mamas semestral e mamografia anual para mulheres com histórico familiar relacionado à mãe, à irmã ou à filha com câncer de mama, com idade inferior a 50 anos; histórico familiar relacionado à mãe, à irmã ou à filha com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; história de câncer de mama masculino e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*, 5 a 10 anos antes da idade ao diagnóstico mais precoce na família⁽¹³⁻¹⁴⁾.

No presente estudo, verificou-se que cerca de 80% das profissionais não realizam a avaliação estática e/ou dinâmica das mamas. Corroborando o estudo realizado sobre os conhecimentos, atitudes e práticas dos exames ginecológicos preventivos por trabalhadoras do terceiro setor, verificou-se que o exame clínico das mamas foi o menos conhecido entre as mulheres, e não tendo sido realizado em 43% das consultas⁽¹⁵⁾. O exame clínico das mamas deve ser uma rotina realizada por um profissional (médico ou enfermeiro), na época do exame ginecológico, e tem como objetivo a detecção de neoplasia maligna ou de qualquer outra patologia incidente. Ele requer momentos propedêuticos obrigatórios, como a inspeção

estática e dinâmica e a palpação⁽⁷⁾. O exame clínico das mamas é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária⁽⁶⁾. A inspeção estática e dinâmica possibilita a identificação de sinais de achatamento dos contornos das mamas; abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas; grandes assimetrias e diferenças na cor da pele, textura, temperatura e padrão de circulação venosa⁽⁶⁾. A palpação é realizada com o intuito de verificar a presença de linfonodos axilares ou supraclaviculares e nódulos nas mamas.

Outro aspecto relevante do exame físico na consulta de rastreamento de câncer de colo de útero e de mama refere-se à aferição da pressão arterial. No presente estudo, observou-se que os profissionais envolvidos no cuidado com as mulheres na atenção primária à saúde negligenciavam tal prática. Sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica faz parte do conjunto de doenças crônicas não-transmissíveis, tendo alta prevalência e baixas taxas de rastreamento⁽¹⁶⁾. Considerando a proposta de atenção integral à saúde da mulher, acredita-se que as consultas de rastreamento no âmbito da atenção primária à saúde representam um momento oportuno para as práticas de prevenção e intervenção precoce.

No presente estudo, verificou-se, ainda, que as enfermeiras dispensaram maior tempo durante as consultas, se comparado ao tempo gasto pelas médicas. No entanto, mesmo em consultas realizadas em maior tempo, pode-se observar o não cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde^(6,13).

Estudo realizado com mulheres e enfermeiras, no sul do país, demonstrou que as usuárias consideraram insuficiente o tempo de consulta de rastreamento de câncer de mama e de colo de útero para sanar todas as suas dúvidas. Além disso, as participantes relataram deficiências na comunicação interpessoal com o profissional e a falta de orientação. Em contrapartida, os profissionais envolvidos relataram desejo de dedicarem maior tempo às consultas à mulher⁽¹⁷⁾.

Na presente investigação, verificou-se, também, que enfermeiras apresentaram anamnese mais completa e maior prevalência de realização do teste de Shiller, se comparadas às ações das médicas. Estudo de validade diagnóstica do teste de Shiller, em população de mulheres brasileiras, verificou elevada sensibilidade e especificidade satisfatória para o teste de Shiller, quando associado à colpocitologia oncótica. Assim, recomenda-se a utilização associada desses dois métodos como técnica de rastreio para população geral, em todas as consultas de rastreamento câncer de colo de útero⁽¹⁸⁾.

Conclusões

Ao final dessa investigação, conclui-se que a consulta de rastreamento do câncer de colo de útero e de mama não tem sido realizada conforme recomendações do Ministério da Saúde na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, sugerindo adequação da consulta à mulher nos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Torna-se necessário a reflexão sobre como têm sido desenvolvidas as consultas no sistema público, sobre quais dificuldades os profissionais de saúde enfrentam no cotidiano do trabalho que os impedem de fornecer um atendimento de qualidade e sobre as barreiras existentes, impostas pelo próprio sistema, que limitam o tempo de consulta à usuária e às demais clientes do sistema público de saúde brasileiro.

Colaborações

Bertocchi FM, Fernandes BM e Freitas SC contribuíram para a concepção, coleta dos dados de campo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final a ser publicada. Almeida MIG, Paiva CCN e Paula EA contribuíram para análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final a ser publicada.

Referências

1. Barrow TM, Michels KB. Epigenetic epidemiology of cancer. *Biochem Bioph Res Commun*. [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 3]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25124661>
2. Screening for Breast Cancer. Topic Page. U.S. Preventive services task force. Agency for healthcare research and quality. [Internet]. 2009 [cited 2014 Sep 3]. Available from: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshrca.htm>
3. Organização Mundial de Saúde. Centro de Informação sobre Papiloma Vírus Humano (HPV) e o câncer cervical. Papiloma vírus humano e cânceres relacionados no Brasil [Internet]. 2010 [citado 2014 set 3]. Disponível em: < www.who.int/hpvcentre
4. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical carcinoma and sexual behavior: collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009; 18(4):1060-9.
5. Ministério da Saúde (BR). Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil para 2013. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; [Internet]. 2013 [citado 2014 set 3]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MDB, Previdelli ITS. Early diagnosis of breast and cervical cancer in women from the municipality of Guarapuava, PR, Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):940-6.
8. Bodstein R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(2):1336-45.
9. Data Mining and Statistical Solutions. Tecnologia de Análise Preditiva [Internet]. 2011 [citado 2014 ago 20]. Disponível em: <http://www.spss.com.br>
10. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Brasília: Instituto Nacional de Câncer; 2011.
11. Santos UM, Souza SEB. Papanicolaou: diagnóstico precoce ou prevenção do câncer cervical uterino? *Rev Baiana Saúde Pública*. 2014; 37(4):941-51.
12. Diógenes MAR, Cesarino MCF, Jorge RJB, Queiroz INB, Mendes RS. Fatores de risco para câncer cervical e adesão ao exame papanicolaou entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Rene*. 2012; 13(1):200-10.
13. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Sismama: informação para avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil. Brasília: Instituto Nacional de Câncer; 2010.
14. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Rede Nacional de Câncer Familiar: manual operacional. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2009.
15. Afonso VW, Ribeiro LC, Bertocchi FM, Diniz ALL, Passos CS, De Paula EA. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca de exames ginecológicos preventivos por trabalhadoras do terceiro setor. *HU Rev*. 2011; 37(4):431-9.
16. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(6):672-8.
17. Teixeira CAB, Silva RM, Rodrigues MSP, Linard AG, Diógenes MAR, Mendonça FAC. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. *Rev APS*. 2009; 12(1):16-28.
18. Russo E, Kupek E, Zanine RM. High grade CIN diagnosis by combined visual inspection with Lugol's iodine and cytology in symptomatic women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011; 156(1):91-5.