

AUMENTO NA ADESÃO AO EXAME MAMOGRÁFICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL DO SUL DO BRASIL APÓS A REALIZAÇÃO DO RASTREAMENTO ORGANIZADO

PORFÍRIO, Greice Aline¹

FRONZA, Dilson²

GOMES, Douglas Soltan³

DE OLIVEIRA, Thaís Figueiredo Teodoro⁴

RESUMO

Objetivo: Comparar a evolução nos índices de realização do exame mamográfico para a detecção precoce do câncer de mama antes e após o desenvolvimento do rastreamento organizado numa Unidade de Saúde da Família (USF) da zona rural de Cascavel – PR. **Métodos:** Estudo compreendendo uma coorte de mulheres com idade entre 40 a 69 anos ($\bar{x} = 53$ anos), no período de maio/2010 a maio/2013. As mulheres foram convidadas a participar das campanhas de rastreamento mamográfico por meio de convite e agendamento do exame pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) da própria USF. Foram analisados os índices de adesão anterior e posterior ao início do programa de rastreamento, e a periodicidade com que as pacientes realizaram novos exames nos anos seguintes. **Resultados:** Comparando-se o número de mamografias realizadas mensalmente durante o ano de 2010 ($\bar{x}_{mensal} = 6,2$ pacientes/mês) com os anos posteriores ao início do rastreamento organizado, de 2011 a 2013 ($\bar{x}_{mensal} = 15$ pacientes/mês; $SD = 2,67$), observou-se um incremento médio superior a 100% em termos de adesão. Das 281 mulheres elegíveis à mamografia no ano de 2011, 31 delas (15%) completaram três anos consecutivos de rastreamento mamográfico, 119 (55%) realizaram duas mamografias e 64 (29,6%) realizaram apenas uma mamografia no período de três anos. 70,4% realizaram, portanto, pelo menos duas mamografias no período do estudo. O que representa alto índice de adesão ao rastreamento quando comparado ao período anterior ao início do protocolo, visto que o Ministério da Saúde (MS) recomenda pelo menos uma mamografia no intervalo máximo de dois anos. **Conclusão:** O desenvolvimento de um modelo de rastreamento organizado fez dobrar a taxa de realização dos exames mamográficos. Os achados confirmam a alta adesão aos protocolos de prevenção ao câncer de mama e rastreamento por mamografia, reforçando a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar no atendimento em saúde preventiva.

PALAVRAS-CHAVE: Rastreamento, Diagnóstico, Câncer de mama

INCREASED ADHERENCE TO MAMMOGRAPHY IN A SOUTHERN BRAZIL REMOTE HEALTH CENTRE AFTER THE INTRODUCTION OF ORGANIZED SCREENING SCHEME TO PREVENT BREAST CANCER

ABSTRACT

Objective: Comparing the rates of screening mammography for early detection of breast cancer before and after the development of organized protocol in a countryside Family Health Unit (FHU), Cascavel – PR. **Methods:** A study comprising a cohort of women aged 40 to 69 years, from May 2010 to May/2013. Women were invited to participate in mammographic screening campaigns, by invitation and scheduling by Community Health Agents (CHA) of the own FHU. We analyzed compliance rates before and after the start of the screening program, as well as and the frequency that patients underwent further tests in later years. **Results:** Comparing the number of mammograms screened monthly in 2010 ($\bar{x}_{monthly} = 15$ patients/month) to the three years after the beginning of organized screening, 2011-2013 ($\bar{x}_{monthly} = 15$ patients/month; $SD = 2,67$), there was an average increase of more than 100% in terms of adherence. From the 281 eligible women for mammography in 2011, 31 of them (15%) completed three consecutive mammographic screening, 119 (55%) had two mammograms and 64 (29.6%) had only one mammogram in over three years. 70.4% attended to at least two mammograms during the study period. This represents a high level of adherence to screening compared to the period prior to the beginning of the protocol, since the Health Ministry recommends at least one mammogram in the maximum interval of two years. **Conclusion:** The development of an organized screening indeed doubled the rate of achievement of mammograms. The findings confirm the high adherence to protocols for the prevention of breast cancer by mammographic screening, and enhance the importance of the multidisciplinary approach in preventive health care.

KEYWORDS: Screening, Diagnosis, Breast cancer

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama está entre as neoplasias malignas mais frequentes entre as mulheres de todo o mundo e sua incidência está crescendo constantemente, estimando-se a detecção anual de um milhão de casos novos (MARCHI et al, 2006).

Por ser considerado um tumor de bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente, o aumento significativo na incidência e mortalidade do câncer de mama reflete a dificuldade de prevenção primária desta neoplasia. A falha em eliminar fatores de risco e fornecer diagnóstico e instituição de terapêutica oportuna às lesões precursoras determina a atual condição dessa neoplasia como um grave problema de saúde pública (GEBRIM e QUADROS, 2006).

Desde 2004, existe em território brasileiro um consenso para a detecção precoce do câncer de mama que preconiza a realização do exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos e rastreamento mamográfico bianual dos 50 aos 69 anos. Nas mulheres de alto risco, recomenda-se exame clínico e mamografia anuais a partir dos 35 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Esse consenso, elaborado pelo MS, afirma que a redução da mortalidade por essa

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG)

² Médico. Especialista em Medicina da Família e da Comunidade. Professor Mestre do Curso de Medicina da FAG., e-mail: fronzad@gmail.com

³ Médico. Especialista em Mastologia, Ginecologia e Obstetrícia. Professor Mestre do Curso de Medicina da FAG, e-mail: drdouglassgomes@gmail.com

⁴ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz, e-mail: thaís_fto@hotmail.com

neoplasia, observada em países desenvolvidos, está associada ao diagnóstico prematuro por meio da utilização da mamografia e à oferta de tratamento adequado (MARCHI et al, 2006).

Apesar da polêmica sobre a eficácia do rastreamento mamográfico, os autores concordam quanto à redução de mortalidade, ao redor de 30 a 40%, entre as mulheres regularmente rastreadas na faixa etária de 50 a 69 anos de idade. Fato que se deve a descoberta antecipada de lesões cancerígenas, possibilitando tratamentos menos agressivos e com melhores índices de sobrevida (TICE e KERLIKOWSKIE, 2009).

Intervenções de rastreio do câncer de mama facilitam a detecção precoce e podem reduzir drasticamente as taxas de mortalidade. Contudo, em países em desenvolvimento como o Brasil, programas de rastreamento e terapêuticas eficazes são indisponíveis para a maioria da população (MANAUD et al, 2009). Já é conhecido que precárias condições socioeconômicas além das diferentes modalidades de acesso individual aos serviços de saúde ocasionam barreiras prejudiciais à descoberta prematura de doenças, em especial das neoplasias (MARCHI et al, 2006).

Fatores como baixo nível educacional, idade mais avançada, baixa renda e poucos conhecimentos em saúde, aliados a características sócio-demográficas desfavoráveis, dificultam o rastreamento e acesso ao atendimento para larga parcela da população. O rastreamento precoce comumente se restringe aos cidadãos com melhores condições financeiras e culturais e com cobertura em saúde privilegiada. Sem detecção precoce, pacientes em estágios mais avançados da doença têm reduzida oportunidade para um tratamento eficiente (MANAUD, et al 2009).

De acordo com as diretrizes do MS, devido à extensão territorial, ao volume populacional e ao sucesso da Estratégia Saúde da Família, os programas de rastreamento nacionais devem ser estruturados a partir da atenção primária em saúde, pelo uso de ações programadas, com população e periodicidade definidas, incluindo a busca do câncer de mama (BRASIL e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Tais programas proporcionam cobertura mais ampla dos indivíduos suscetíveis, além de garantir maior eficiência, acesso e agilidade no rastreio (BRASIL e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Entretanto, o que se observa normalmente, é o rastreamento oportunístico ao câncer de mama a partir da procura ocasional dos serviços de saúde por motivos que não o próprio rastreamento. Estudos demonstram que a adesão a esta modalidade de busca é insuficiente na redução das taxas de incidência e de mortalidade (LIMA-COSTA e MATOS, 2007). Esse quadro se agrava ainda mais quando direcionado à zona rural onde, devido às peculiaridades do modo de vida e trabalho, as mulheres apresentam dificuldades na procura e acesso aos serviços de saúde. Observa-se, portanto, maior mortalidade por neoplasia mamária nessa população, bem como ao diagnóstico de cânceres em fases mais avançadas da doença em comparação com mulheres residentes na área urbana (BAIRD et al, 2008; MAUAD et al, 2009).

O sucesso dos programas de rastreio depende não só da percepção dos participantes, mas também dos recursos e cuidados médicos disponíveis. Moradoras de locais mais remotos como áreas rurais enfrentam barreiras que incluem serviços de saúde insuficientes e encaminhamento mais tardio para centros de tratamento específicos, uma preocupação óbvia para as autoridades de saúde pública (MANAUD et al, 2009).

Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer de mama. Entre as ações propostas para aumentar os índices de cobertura e realização do exame mamográfico estão o envio de cartas convite oferecendo o serviço, marcação do exame no centro de referência pelos profissionais de saúde, a visita das agentes comunitárias e o uso da mídia escrita e falada.

O presente estudo se justificou pela contribuição na organização de um sistema para rastreamento de uma doença prevalente e de elevada morbi-mortalidade, que contribuirá não somente para o planejamento e ações em saúde coletiva, como também beneficiará as pacientes no diagnóstico precoce do câncer de mama.

2 MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi conduzido no período de junho de 2010 a maio de 2013, na área de abrangência da Unidade Saúde da Família (USF) São Francisco, zona rural de Cascavel – PR. A pesquisa foi apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz e aprovada sob o parecer 041/2011.

Todos os moradores da USF são cadastrados em banco de dados informatizado, próprio da unidade. A partir deste, uma coorte compreendendo todas as mulheres com idade igual ou superior a 40 anos e menor que 70 anos de idade ($\bar{x} = 53$ anos) foram incluídas no estudo. Do total das mulheres pertencentes à unidade, 281 pacientes (34,7%) foram incluídas representando o total compreendido na faixa etária considerada elegível para a estratificação e rastreamento do câncer de mama e que habitavam a região abrangida pela USF.

Após a realização do censo das mulheres pertencentes à unidade em questão, as elegíveis para o estudo foram convidadas anualmente e consecutivamente durante os três anos do estudo a realizar o rastreamento para o câncer de mama, oferecendo-se agendamento do exame de mamografia no mês subsequente ao de seu nascimento.

As pacientes foram visitadas pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) no mês do seu aniversário, sendo então orientadas sobre a importância do exame mamográfico e a respeito do procedimento para sua realização, quando então

foi realizado o consentimento informado. O exame foi agendado conforme a disponibilidade de vagas do serviço de radiologia conveniado com o governo Federal – Centro de Oncologia de Cascavel (CEONC).

O trabalho de contato pessoal, feito na residência das pacientes, o agendamento e envio dos pedidos dos exames de mamografia foi organizado e promovido pelas ACSs da USF São Francisco, orientadas pelo médico em gestão.

Após realização do exame, os laudos mamográficos eram periodicamente entregues por serviço de malote à Unidade de Saúde. O médico da unidade fazia a análise, registrava o resultado no prontuário da paciente e as ACSs finalmente informavam os resultados da mamografia na residência da participante. Caso o resultado do exame mostrasse achados suspeitos ou inconclusivos, uma consulta era agendada com o médico assistente ou a paciente era encaminhada diretamente ao serviço de oncologia para consulta com o especialista.

Os laudos dos exames foram anotados em protocolo específico e as condutas, após a confirmação dos resultados, foram adotadas conforme as recomendações do sistema BIRADS®.

Foram avaliados os índices de adesão anterior e posterior ao início do programa de rastreamento, bem como a periodicidade em que as pacientes realizaram novos exames nos anos seguintes. Os dados foram compilados e armazenados utilizando o software Excel 2010 e, posteriormente, analisados em um banco de dados informatizado.

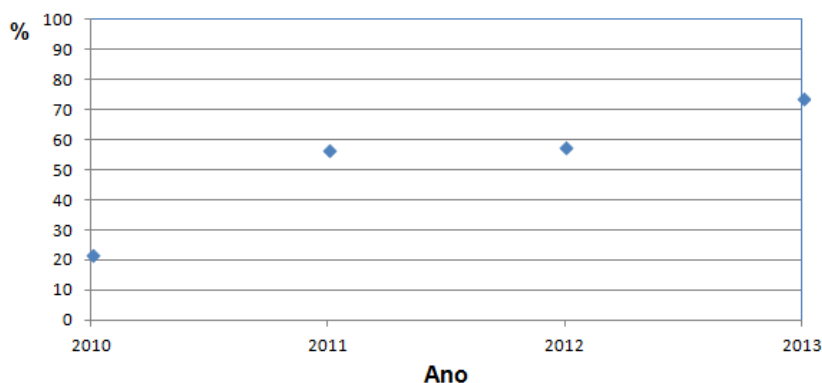
A comparação dos números de exames realizados foi possível devido ao controle existente no serviço de mamografias do CEONC, que forneceu os resultados mamográficos dos anos anteriores e permitiu comparar as frequências de solicitação de mamografias antes e após a intervenção com o protocolo de rastreamento organizado.

3 RESULTADOS

Previamente ao estudo não havia protocolo para a solicitação de exames de rastreamento mamográfico na USF São Francisco. O rastreamento mamográfico era realizado de modo oportunístico, ou seja, a consulta clínica era o momento em que o médico discutia a realização dos exames, pela sua própria indicação ou pelo desejo da paciente, que solicitava o exame durante a consulta.

Do total das mulheres selecionadas para o estudo, 159 realizaram o exame mamográfico no ano de 2011 e 162 o fizeram no ano de 2012. De janeiro a junho de 2013, 80 das 108 mulheres elegíveis realizaram o exame ($\bar{x}_{mensal} = 15 \text{ pacientes/mês}$; $SD = 2,67$). Em relação ao ano anterior ao rastreamento (2010), observaram-se incrementos acima de 100% na realização de mamografias (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Evolução percentual de realização das mamografias antes e durante o rastreamento organizado na USF São Francisco.

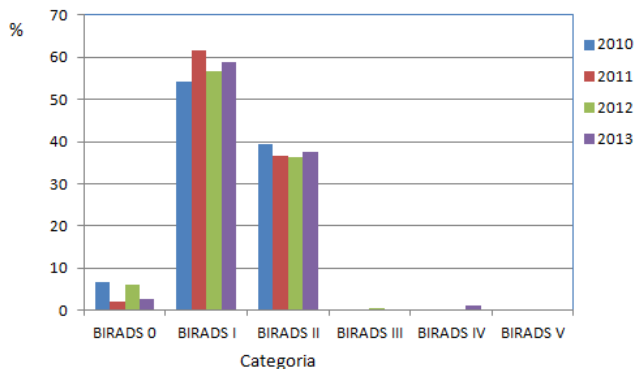


A idade média das pacientes foi 53 anos (variação de 39-71) e observou-se maior adesão ao exame na faixa etária dos 40-49 anos (62,1%), em comparação as pacientes com 50-71 anos (54,8%).

Das pacientes que realizaram o exame, em todos os anos estudados, observaram-se taxas acima de 95% de achados normais ou benignos (BIRADS 1 ou 2). Nas que obtiveram resultados de categoria BIRADS 3, portanto provavelmente benignos, em nenhuma delas foi confirmado câncer de mama após a biópsia. Nos resultados de BIRADS 0, devido à maior densidade mamária em mulheres abaixo dos 50 anos, não foi confirmado malignidade após a realização de ultrassom complementar em nenhum dos casos.

Apenas uma das pacientes estudadas no período de três anos obteve resultado provavelmente maligno (categoria 4), sendo confirmado câncer de mama após a realização de biópsia. A distribuição em percentual dos achados é mostrada no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição percentual da categoria BIRADS antes e após a realização do rastreamento organizado na USF São Francisco.



4 DISCUSSÃO

O MS preconiza o exame clínico anual das mamas para rastreamento das mulheres que se encontram nas faixas de 40 a 49 anos, e orienta sua realização a todas as que procuram o serviço de saúde para qualquer tipo de consulta (BRASIL, 2004). Existe controvérsia, no entanto, quanto à idade de ingresso nesses programas. Apesar de ser mais evidente o benefício quanto à detecção e diminuição da mortalidade quando iniciado aos 50 anos (MARCHI et al, 2006), não existe ainda um consenso de qual seria a idade inferior para o rastreamento mamográfico em pacientes de baixo risco, com autores preconizando o início aos 40 anos (MADLENSKY et al, 2003).

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) proponha uma meta de cobertura com exame mamográfico de 70% da população entre 50-69 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), observa-se uma variação de 37 a 77% nesta estatística. Entre os fatores que contribuem para maior procura das pacientes, destacam-se: cobertura por plano privado de saúde, classe social elevada/renda familiar elevada, história familiar de câncer de mama, uso atual de reposição hormonal, biópsia ou cirurgia prévia da mama, exame clínico da mama, consulta com ginecologista, número de consultas médicas, localização urbana do domicílio, escolaridade e exame citopatológico (LIMA-COSTA, 2007; BRASIL e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; SCLOWITZ et al, 2005).

Neste trabalho optou-se por iniciar o rastreamento aos 40 anos, devido ao fato de que previamente a implantação do protocolo de rastreio ao câncer de mama, poucas mulheres procuravam o serviço de saúde em busca do exame mamográfico. Essa realidade se repetia em relação ao câncer de colo uterino, o que comprova a teoria de que a mulher que faz um exame preventivo tende a fazer também todos os outros, e aquelas que não fazem um em específico, não farão nenhum deles (BIM et al, 2010).

Outro ponto que beneficiou a manutenção dessa ampla faixa de rastreio a partir dos 40 anos de idade foi o maior absenteísmo à realização do exame mamográfico, em todos os anos estudados, nas pacientes acima de 50 anos. A faixa etária amplificada promove maiores possibilidades de detecção precoce para a neoplasia de mama, além do rastreamento continuado para outros tipos de cânceres. E, atualmente a USF São Francisco dispõe de mais dois programas de busca e seguimento: para o câncer de colo de útero e de intestino (cólon e reto).

O incremento na procura pelo exame mamográfico, observado entre os anos 2010 a 2013, não pode ser atribuído a outros fatores além da abordagem organizada do sistema de rastreamento implantado, feita pelas agentes ACSs da Unidade em questão. A estratégia de oferecer o exame de mamografia no momento da visita domiciliar foi de grande valia em promover o aumento da adesão.

É observado incremento similar em termos de adesão em outros trabalhos que utilizam o rastreamento organizado, captando as mulheres elegíveis e que não realizavam exames preventivos (PRACTICE BULLETIN, 2012). Um exemplo é o município de Amparo-SP, em que a visita domiciliar por agentes comunitários de saúde foi efetiva para aumentar o número de mulheres rastreadas para os cânceres de colo do útero e mama (VALE et al, 2010).

Em USFs da zona rural, a ação das ACSs exerce intervenção ainda mais importante, como foi observado no estudo realizado na comunidade São Francisco. Nestes locais, o acesso à saúde depende de muitas variáveis, tais como transporte, atividade laboral diária no período de funcionamento da Unidade, intempéries como chuva e frio, fatores estes que dificultam a ida do paciente e a solicitação de exames de rotina.

Com a instalação do novo sistema, a realização dos exames foi totalmente organizada pela equipe de saúde, desde a marcação até a entrega dos laudos na residência da paciente, o único momento de sua saída consistia na ida ao CEONC para a realização da mamografia. O que facilitou a realização do rastreamento por parte da paciente.

Um trabalho organizado e sistematizado de rastreio a neoplasias, assim como para qualquer outra doença, é executável nas USFs desde que disponham de sistemas de informação capazes de catalogar e, portanto, conhecer toda a população-alvo que se pretende rastrear. Para a redução efetiva da morbi-mortalidade, os programas de rastreamento ao

câncer requerem esforços profissionais permanentes, identificando a população de risco e garantindo os cuidados necessários. A criação de um banco de dados pode guiar e agilizar esse processo (MANAUD et al 2009).

Outra consideração importante é o grande papel desempenhado pelas ACSs em relação às abordagens iniciais no desenvolvimento desse sistema de rastreamento. Ações como a divulgação e oferta do programa de rastreio, conscientização sobre a prevenção e detecção precoce ao câncer, educação em saúde dirigida para a população local, são fatores que reforçam e apoiam as políticas de saúde desenvolvidas pelas comunidades (MANAUD et al, 2009).

O maior contato entre as agentes de saúde e as pacientes da área abrangida pela USF São Francisco mostrou-se altamente relevante para o aumento na adesão ao programa de rastreamento instalado, provavelmente devido ao melhor entendimento por parte da população sobre importância do rastreamento por mamografia em diminuir a mortalidade por este tipo de câncer.

A coordenação do exame mamográfico com acompanhamento clínico foi outro ponto relevante nessa estratégia de intervenção, favorecendo o sucesso do estudo realizado. A logística utilizada desde a confecção dos pedidos de exames mamográficos até a entrega do laudo na residência da paciente minimizou barreiras de diagnóstico e tratamento, sucesso que dificilmente seria obtido utilizando a modalidade de rastreamento oportunístico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O rastreamento ao câncer de mama, de forma organizada e sistematizada, demonstrou ser um método efetivo e de possível realização em USF da zona rural. Como a associação entre o rastreio dos agravos à saúde, condições socioeconômicas, nível de escolaridade bem como a modalidade de acesso aos serviços de saúde já foi bem identificada, o desenvolvimento de tais programas reafirma o compromisso dos médicos realmente engajados num programa governamental de saúde da família. O envolvimento das atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento dos pacientes residentes na USF busca suprimir as desigualdades individuais e promover a equidade na saúde da população. Assim, o próximo passo é aprimorar metodologias de abordagem e conscientização com o intuito de aumentar a participação das pacientes para a realização do exame mamográfico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin no. 131: Screening for cervical cancer. **Obstet. Gynecol.** Nov 2012.

BAIRD G, FLYNN R, BAXTER G, DONNELLY M, LAWRENCE J. Travel time and cancer care: an example of the inverse care law? **Rural Remote Health.** 2008; 8 (4) 1003.

BIM, C. R.; PELOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; PREVIDELLI, I. T. S. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem – USP.** 2010; 44(4): 940-6.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER [Internet]. Estimativa 2012. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>.

_____. **Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Caderno de Atenção Básica: Rastreamento.** 2010.

GEBRIM, L. H.; QUADROS, L. G. A. **Rastreamento do câncer de mama no Brasil.** 2006.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L. Prevalence and factors associated with mammograms in the 50-69-year age group: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (PNAD-2003). **Cad Saúde Pública**, v.23, n.7, p. 1665-73, Jul 2007. ISSN 0102-311X (Print) 0102-311X (Linking). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17572816

MADLENSKY, L. et al. Assessing the evidence for organized cancer screening programmes. **Eur J Cancer**, v.39, n.12, p. 1648-53, Aug 2003. ISSN 0959-8049 (Print) 0959-8049 (Linking) Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12888358

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C.; FONSECHI-CARVASAN, G. A. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2006; 28(4): 214-9.

MAUAD, E. C.; NICOLAU, S. M.; MOREIRA, L. F.; HAIKEL, R. L. JR.; LONGATTO-FILHO, A.; BARACAT, E. C. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. **Rural Remote Health**. 2009; 9 (3) 1241.

SCLOWITZ, M. L. et al. [Breast cancer's secondary prevention and associated factors]. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 340-0, Jun 2005. ISSN 0034-8910 (Print) 0034-8910 (Linking). Disponível em:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15997308

TICE, J.A.; KERLIKOWSKIE, K. Screening and prevention of breast cancer in primary care. **Prim Care**, v. 36, n.3, p. 533-58, Sep 2009. ISSN 1558-299X (Eletronic) 0095-4543 (Linking). Disponível em:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19616154

VALE, D.B.A.P.; MORAIS, S.S.; PIMENTA, A. L.; ZEFERINO, L. C. Assessment of the cervical cancer screening in the Family Health Strategy in Amparo, Sao Paulo State, Brazil. **Cad Saúde Pública**. 2010; 26 (2) 383-90. Portuguese.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Early detection**. Geneva: World Health Organization, 2007. 42 p. ISBN 97892415473389241547338.