

Síntese Rápida de Evidências nº 01

Maio - 2022

Exame citopatológico do câncer de colo do útero

Estratégias para ampliação da cobertura

NEV

Núcleo de
Evidências

SESAU

Secretaria Municipal
de Saúde



CAMPO GRANDE
PREFEITURA

NEV
Núcleo de
Evidências

SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde


CAMPO GRANDE
PREFEITURA

Coordenação

Andressa de Lucca Bento

Equipe Técnica

Fauhber da Silva Cordeiro

Gabriel Valdes

José Hydemitsu Higa

Kassandhra Pereira Zolin

Luís Fernando Garcia da Silva

Saú Pereira Tavares de Oliveira

SUMÁRIO

Resumo Executivo	4
CONTEXTO	4
QUESTÃO DE PESQUISA	4
RESULTADOS	4
Opção 1 – Mudanças organizacionais	4
Opção 2 – Programas de rastreamento com busca ativa:	4
Opção 3 – Educação em saúde	4
Opção 4 – Intervenções financeiras	4
Opção 5 – Ajustes de legislação e regulamentação	4
1. Contextualização do problema	5
2. Método	7
2.1 Questão de pesquisa	7
2.2 Critérios de inclusão	7
2.3 Definição da estratégia de busca e bases de dados	8
2.4 Seleção de evidências	9
2.5 Extração dos Dados	9
3. Descrição do problema	11
<i>Opção 1 - Mudanças organizacionais</i>	11
<i>Opção 2 – Programas de rastreamento com busca ativa</i>	14
<i>Opção 3 – Educação em saúde</i>	18
<i>Opção 4 – Intervenções financeiras</i>	19
<i>Opção 5 – Ajustes de legislação e regulamentação</i>	20
4. Considerações sobre equidade	22
5. Considerações finais	23
5.1 Limitações do estudo	23
6 Referências	24

RESUMO EXECUTIVO

CONTEXTO

O câncer do colo do útero é o terceiro câncer mais incidente em mulheres no Brasil e no mundo. As alterações celulares que dão origem ao câncer do colo do útero podem ser visualizadas precocemente com o exame citopatológico do colo do útero. O indicador 11 da pactuação interfederativa se refere à razão entre o número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos e o total de mulheres da faixa etária no município. Nos últimos dois anos, o indicador municipal não atingiu a meta pactuada em 2016, de 62%.

QUESTÃO DE PESQUISA

“Quais estratégias podem ser implementadas para melhoria do monitoramento da cobertura de exames citopatológicos do colo do útero?”

RESULTADOS

Após busca sistematizada nos principais bancos de dados sobre o tema, foram identificadas 577 referências. Após triagem por leitura de título, resumo e texto completo, 12 estudos atenderam os critérios de inclusão. Após extração de dados, as estratégias identificadas foram agrupadas em cinco opções de enfrentamento do problema:

Opção 1 – Mudanças organizacionais: alterações no processo de trabalho dos serviços de saúde, melhoria das instalações e/ou aumento da infraestrutura, objetivando a ampliação do acesso;

Opção 2 – Programas de rastreamento com busca ativa: estratégia de rastreamento programado e oferta organizada dos pacientes, implementado sistematicamente, mantendo controle rigoroso da periodicidade de seguimento e adotando as melhores práticas clínicas;

Opção 3 – Educação em saúde: estratégias organizadas para transmitir informações sobre prevenção e promoção à saúde para usuários, trabalhadores e gestores dos sistemas de saúde;

Opção 4 – Intervenções financeiras: estratégias que incluem redução ou isenção de pagamento, compensação ou recompensa aos pacientes, profissionais e/ou serviços de saúde;

Opção 5 – Ajustes de legislação e regulamentação: ações regulatórias e legislativas de nível nacional ou regional que operam fora da governança clínica para mudar o contexto ambiental, legal ou organizacional em que as ações sanitárias acontecem.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

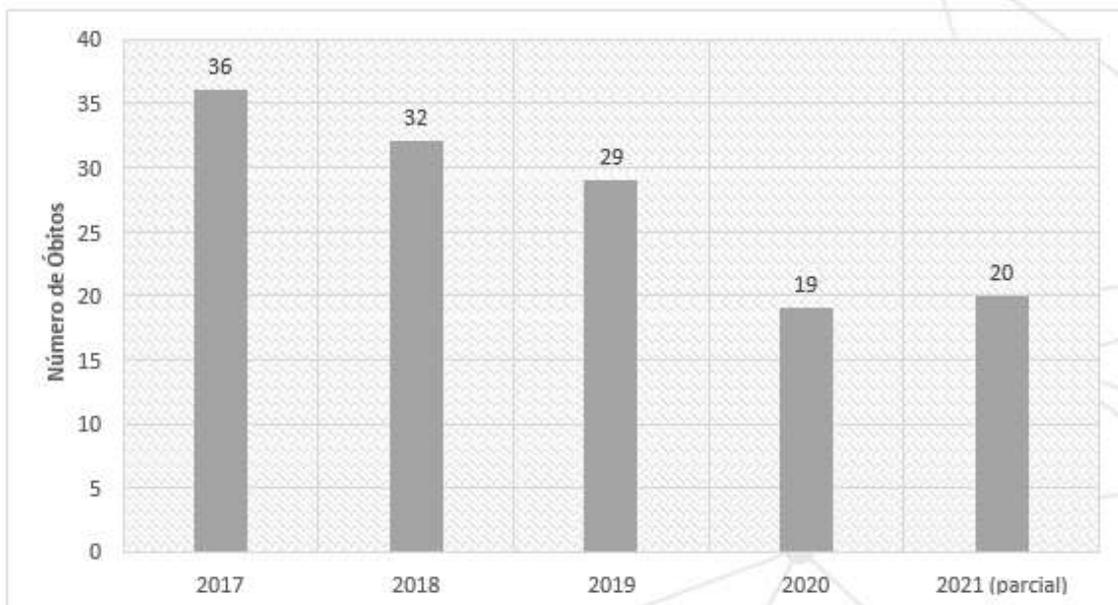
O câncer do colo do útero é um crescimento invasivo de células uterinas que causa lesões detectáveis por exames, mas que pode ser assintomático. É uma doença que costuma progredir de forma lenta, porém é o terceiro câncer mais incidente em mulheres no Brasil e no mundo. Quando descoberto e tratado no início, atinge altas taxas de cura^{1,2}.

As alterações celulares que dão origem ao câncer do colo do útero podem ser visualizadas precocemente com o exame citopatológico do colo do útero, também chamado de preventivo, colpocitologia oncótica ou Papanicolaou^{1,2}. Este exame é realizado coletando células do colo do útero para visualização de seu aspecto e estrutura em um microscópio. No contexto da saúde pública, o citopatológico pode ser coletado por enfermeiros e médicos, sendo usualmente ofertado em unidades de atenção primária à saúde (APS) e serviços especializados.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), foram registrados 16.710 novos casos de câncer do colo do útero no Brasil em 2020. A doença foi responsável por 6.596 óbitos em 2019, representando 6% de todas as mortes por câncer em mulheres no ano¹.

Em Mato Grosso do Sul, foi estimada uma incidência de 270 novos casos de câncer do colo uterino para o ano de 2020³. Na capital Campo Grande, o histórico de óbitos pela patologia se dá conforme Figura 1.

Figura 1. Número de óbitos por câncer do colo uterino nos últimos 5 anos em Campo Grande/MS



Fonte: CEVITAL-SESAU-PMCG⁴.

Afim de reforçar as responsabilidades dos gestores locais de saúde sobre as ações e estratégias sanitárias, a pactuação interfederativa de 2016 relacionou uma série de

indicadores e metas para o quinquênio 2017-2021. O indicador 11 se refere à razão entre o número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos e o total de mulheres da faixa etária no município (ou unidade geográfica em questão)⁵. O indicador busca representar a realização de exames citopatológicos para a prevenção do câncer do colo do útero, utilizando como parâmetro a realização de um exame a cada três anos para cada mulher na faixa etária elegível.

Entretanto, atualmente são contabilizados apenas exames realizados e registrados no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. O cálculo provavelmente subestima a cobertura real de exames citopatológicos, pois além de não contabilizar triagens oportunas realizadas no sistema privado, também exclui de seu cálculo exames glosados, não pagos ou realizados em serviços públicos que não recebem recursos financeiros do SUS^{7,8}.

De forma ampla, uma das principais críticas ao indicador é a discrepância entre seu objetivo sanitário e sua forma de cálculo. Por se alicerçar na produção de exames citopatológicos, ele pode de fato não representar a eficiência e qualidade de cobertura (e prevenção da patologia) na população de rastreamento – e sim, apenas a capacidade de realização do exame⁹.

Através do cálculo atual, a rede municipal de saúde de Campo Grande atingiu em 2019 53% de cobertura de colpocitologia oncótica, sendo realizados 41.944 exames na população feminina com idade de 25 a 64 anos. Em 2020, no contexto pandêmico, a cobertura foi de 24%, sendo realizado 19.627 exames. Nestes dois anos, o indicador não atingiu a meta pactuada em 2016, de 62%¹⁰.

Diante disso, a Coordenadoria da Rede de Atenção Básica solicitou a este núcleo uma busca sistematizada na literatura científica acerca de estratégias para o aumento da cobertura de exames citopatológicos e prevenção ao câncer do colo uterino.

2. MÉTODO

Este estudo é uma síntese rápida de evidências que buscou abordar estratégias para a melhoria do Indicador 11 da Pactuação Interfederativa, que versa sobre a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.

A construção deste manuscrito foi amparada pela *Diretriz metodológica: Síntese de Evidências para Políticas* do Ministério da Saúde que a define como um condensado reduzido, focado e sem jargões científicos sobre um problema específico e as opções de enfrentamento do problema informada por evidências científicas¹¹.

Foi utilizada a Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências que descreve como identificar e usar as evidências científicas para apoiar as decisões políticas e torná-las mais eficientes¹².

Para ofertar uma síntese de evidências de qualidade e em tempo oportuno ao tomador de decisão, foram utilizados atalhos metodológicos estudados e descritos por Haby *et al.*^{13,14} para a elaboração de Revisões Rápidas, adaptados ao contexto e às necessidades locais em que esta resposta foi solicitada e elaborada.

2.1 Questão de pesquisa

“Quais estratégias podem ser implementadas para melhoria do monitoramento da cobertura de exames citopatológicos do colo do útero?”

A pergunta de pesquisa foi construída usando o acrônimo PCC, onde “P” corresponde aum Problema, “C” a Conceito e “C” ao Contexto. Para esta pesquisa utilizou-se:

P: baixa cobertura de realização de exames preventivos de colpocitologia oncótica, sematingimento das metas pactuadas;

C: monitoramento; rastreio; cobertura; indicadores de saúde;

C: saúde pública; saúde suplementar; sistemas de saúde; sistemas de informação em saúde.

2.2 Critérios de inclusão

Os critérios para a seleção de estudos elegíveis foram definidos após leitura preliminar da literatura científica sobre o tema, visando delimitação da relevância, abrangência e utilidade dos estudos para responder à questão de pesquisa. Os critérios de inclusão sãoapresentados conforme se segue.

Quadro A1. Critérios de Inclusão

Tema	Abrange o monitoramento de exames de colpocitologia oncótica Abrange estratégias para melhorar a cobertura de exames de colpocitologia oncótica Abrange sistemas de informação em saúde e registro do exame de colpocitologia oncótica Abrange mortalidade, sobrevivência, detecção precoce de lesões uterinas
Tipo de Estudo	Revisões Sistemáticas Ensaio randomizados
Período	Qualquer período
Publicação	Texto completo disponível

2.3 Definição da estratégia de busca e bases de dados

Foram elaboradas, traduzidas e executadas estratégias de pesquisa nos buscadores cujas bases pudessem possuir conteúdos pertinentes ao tema: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, Cochrane Library e Health Systems Evidence. Para bases de dados norte-americanas e europeias, foram utilizadas estratégias de pesquisa na língua inglesa; para bases latino-americanas, foram combinadas estratégias em três línguas: inglês, português e espanhol. Ao todo, 577 referências foram identificadas.

Quadro A2. Estratégias de busca e resultados em 27 de julho de 2021

Base	Estratégia utilizada	N. de Achados
PubMed	("papanicolaou test"[MeSH Terms] OR "colpocytology"[Title/Abstract] OR "Papanicolaou"[Title/Abstract]) AND ("indicators"[Title/Abstract] OR "coverage"[Title/Abstract] OR ("health status indicators"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "status"[All Fields] AND "indicators"[All Fields]) OR "healthstatus indicators"[All Fields]) OR ("quality indicators, health care"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "indicators"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "health care quality indicators"[All Fields] OR ("quality"[All Fields] AND "indicators"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "qualityindicators health care"[All Fields]))	505
BVS	("papanicolaou test" OR "colpocytology" OR "Papanicolaou") AND ("indicators" OR "coverage" OR (Health Status Indicators) OR (Quality Indicators, Health Care)) OR ("Teste de Papanicolaou" OR "colpocitologia" OR "Papanicolaou" OR	20

	preventivo) AND (“indicadores” OR “cobertura” OR “Indicadores Básicos de Saúde” OR “Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde”) OR (“Prueba de Papanicolaou” OR “colpocitología”) AND (“Indicadores de Salud” or “Indicadores de Calidad de la Atención de Salud”)		
Cochran e Library	#1	MeSH descriptor: [Papanicolaou Test] explode all trees	
	#2	colpocytology	
	#3	Papanicolaou	
	#4	#1 OR #2 OR #3	
	#5	indicators	
	#6	coverage	45
	#7	MeSH descriptor: [Health Status Indicators] explode all trees	
	#8	MeSH descriptor: [Quality Indicators, Health Care]	
	#9	#5 OR #6 OR #7 OR #8	
	#10	#4 AND #9	
Health Systems Evidence	Papanicolaou test		7

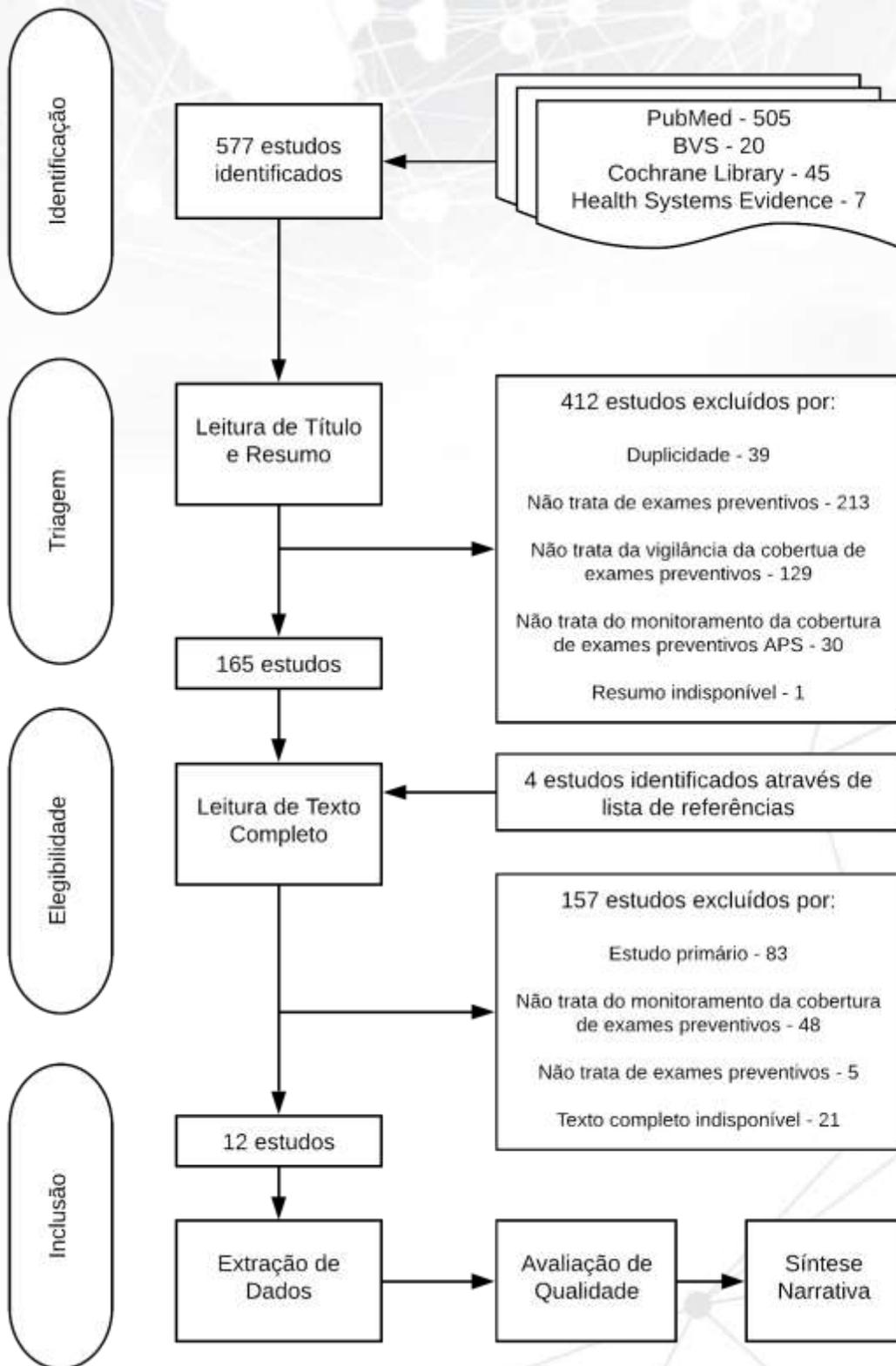
2.4 Seleção de evidências

Foram encontradas 577 referências, após verificação de duplicidade, 39 foram excluídas. Os 538 estudos restantes foram triados pela leitura do título e do resumo (abstract) e posteriormente por leitura de texto completo, conforme os critérios de inclusão expostos no Quadro 1. O processo de seleção de evidências foi pareado e cegado em 20% dos estudos, conforme preconizado pela *Cochrane Rapid Reviews Method Group*¹⁵, com triagem individual após discussão e consenso entre revisores e é apresentado na Figura 2.

2.5 Extração dos Dados

Os dados dos 12 estudos selecionados para extração de dados foram organizados em planilha própria elaborada pelos autores contendo as seguintes informações dos estudos: autor e ano de publicação, tipo de estudo, objetivo do estudo, considerações sobre o problema, estratégias para a melhoria do monitoramento da cobertura de exames, benefícios da estratégia, danos potenciais, relação custo/benefício, principais incertezas, locais onde foi implementada, opiniões das partes envolvidas, implementação (impacto esperado e estratégias para enfrentar barreiras em potencial), considerações sobre equidade, observações, extração manual, responsável pela extração. Estes dados serviram de subsídio para a síntese narrativa.

Figura 1. Flowchart de seleção de evidências



Fonte: Elaborado pelos autores

3. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Os 12 estudos incluídos descreveram diferentes estratégias para enfrentamento do problema conforme questão de pesquisa, que foram agrupadas em cinco opções:

- Opção 1 – Mudanças organizacionais
- Opção 2 – Programas de rastreamento com busca ativa
- Opção 3 – Educação em saúde
- Opção 4 – Intervenções financeiras
- Opção 5 – Ajustes de legislação e regulamentação

Opção 1 - Mudanças organizacionais

Mudanças organizacionais incluem alterações no processo de trabalho dos serviços de saúde, melhoria das instalações e/ou aumento da infraestrutura¹⁶. O objetivo principal das mudanças organizacionais é a ampliação do acesso, ou seja, a capacidade das pessoas obterem os serviços necessários no lugar e no momento certo¹⁷. Serviços de saúde com estruturas organizacionais dificultadoras de acesso constituem uma barreira à detecção precoce do câncer do colo do útero¹⁸.

Mudanças organizacionais foram relatadas em 09 artigos^{8,16,18-24} como estratégias para melhoria da cobertura de exames citopatológicos do colo do útero. O detalhamento dos benefícios, considerações sobre implementação e incertezas/danos potenciais apontados nos estudos está descrito no Quadro 1.

Quadro B1. Considerações sobre as mudanças organizacionais apontadas nos estudos

<p>Benefícios</p>	<p>Em revisão sistemática com metanálise, a implementação de mudanças organizacionais apresentou capacidade de aumentar em até 3 vezes o uso dos serviços preventivos para o câncer do colo do útero quando comparados à rotina (<i>odds ratio</i> 3.03 [2.56-3.58]), sendo a intervenção mais efetiva dentre as analisadas¹⁶.</p> <p>Há evidências de que uma APS efetiva pode melhorar os resultados de saúde individuais e populacionais, ao mesmo tempo que otimiza o custo da prestação de serviços de saúde em geral e específicas¹⁹.</p> <p>Intervenções para melhorar o acesso tiveram um aumento de 25,3% na realização do preventivo²¹.</p> <p>Um estudo que objetivava avaliar a eficácia do envio de cartas-convite com abolição da cobrança de taxas, observou um aumento significativo na realização da colpocitologia tanto no grupo intervenção quanto no grupo controle. Os autores</p>
--------------------------	---

	<p>concluíram que a diminuição de barreiras de acesso fizeram com que a adesão à realização do exame aumentasse de forma geral²⁰.</p>
<p>Considerações sobre implementação</p>	<p>Barreiras organizacionais como escassez de médicos, dificuldades no agendamento de exames e consultas com baixa flexibilidade, presença de burocratização, racismo institucional e falta de sigilo profissional são fatores limitadores de acesso relativos à gestão e/ou profissionais de saúde¹⁸.</p> <p>Mulheres que tiveram acesso a enfermeiras com abordagens voltadas à prevenção do câncer do colo do útero aumentaram a realização do exame em comparação àquelas que não tiveram²⁴.</p> <p>Falta de credibilidade na coleta realizada por enfermeiros foi apontada como limitador de acesso pelos pacientes em determinados contextos culturais¹⁸.</p> <p>No âmbito da gestão, mudanças organizacionais devem abranger¹⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do funcionamento da rede de serviços; • Garantia de integralidade da atenção; • Criação de mecanismos de coordenação assistencial; • Garantia de trâmite entre serviços com facilidade; • Promoção do acolhimento com vínculo em toda a linha de cuidados para atenção ao câncer do colo de útero. <p>Dentre as estratégias de mudanças organizacionais mais efetivas são citadas a instituição de protocolos com condução de programas e manejos preventivos e assistenciais realizados por enfermeiros^{16,19,24}.</p> <p>Práticas avançadas realizadas por profissionais de saúde não médicos, bem como o uso de demais servidores (administrativos, agentes comunitários, etc.) para identificar e facilitar o acesso aos serviços de prevenção as pacientes que necessitem se mostraram efetivos e aumentaram as taxas de realização da colpocitologia^{16,19,24}.</p> <p>A colaboração, o trabalho em equipe e um projeto baseado no conhecimento das necessidades, barreiras e embasamento teórico aumentarão a eficácia das intervenções¹⁹.</p>

	<p>A taxa de realização de exames aumenta quando são oferecidos às mulheres coletas já agendadas, em comparação a quando elas mesmas precisam providenciar o agendamento^{8,20}. O comparecimento cai em 37% se a mulher tiver que ativamente escolher e informar o horário de agendamento²².</p> <p>O aprimoramento da oferta de serviços com a redução do tempo de espera, criação de serviço de triagem com avaliação de risco aprimorada, serviços de visita domiciliar, introdução de clínica de saúde da mulher e funcionamento da unidade fora do expediente regular são mudanças organizacionais sugeridas nos estudos¹⁹.</p> <p>É fundamental que haja a remoção de barreiras administrativas, logísticas, econômicas, geográficas e/ou temporais⁸.</p> <p>O auto-teste (auto-colheita) para HPV foi um procedimento identificado que pode aumentar a captação, tornando o rastreamento mais aceitável com a diminuição de barreiras burocráticas e procedimentais²⁴.</p>
<p>Incertezas/Danos potenciais</p>	<p>O agendamento prévio sem necessidade de confirmação de horário não garante um número fixo de exames por dia, com estudos reportando até 24% de absenteísmo em horários pré-agendados. A proporção de recoletas porque as mulheres encontravam-se menstruadas aumentou de 0,6% no grupo com horário aberto para 1,4% no grupo com horário pré-agendado²².</p> <p>Evidências de baixa certeza mostraram que o envolvimento de trabalhadores em saúde leigos entre as populações de minorias étnicas pode aumentar a cobertura de rastreamento, porém não está claro qual formato é mais eficaz²⁴.</p> <p>A maioria dos estudos ocorreu em países desenvolvidos, portanto a relevância da magnitude das abordagens em países de baixa e média renda é pouco clara²⁴.</p>

Opção 2 – Programas de rastreamento com busca ativa

Rastreamento de câncer é a testagem de população assintomática para detecção precoce de displasias. Políticas de rastreamento programado e busca ativa são organizados para aumentar a participação organizada dos indivíduos nesta ação de prevenção aos cânceres. Para tais programas atingirem seus reais benefícios é necessário que eles sejam implementados sistematicamente, cobrindo toda a população alvo, mantendo controle rigoroso da periodicidade de seguimento dos indivíduos e adotando as melhores práticas clínicas^{8,25}.

O rastreamento ativo pelo serviço de saúde pode ser geral ou direcionado à uma subpopulação elegível, como mulheres em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade, com mais de 50 anos de idade ou residentes em locais distantes dos serviços de saúde¹⁸. As mulheres rastreadas podem ser contactadas através de agentes de saúde, e-mail, correspondência, telefone ou outros meios^{8,19,26,27}. O rastreio também pode ativar lembretes para profissionais, oportunizando episódios de uso do serviço para informar paciente sobre a necessidade de realização do exame e efetivando a coleta^{19,28}. Com o objetivo de melhorar a cobertura de exames citopatológicos do colo do útero, estratégias direcionadas ao rastreamento foram citadas em 10 artigos^{8,16,18,20–24,27,28}.

Quadro B2. Considerações sobre rastreamento apontadas nos estudos.

<p>Benefícios</p>	<p>Grandes estudos demonstram que programas de rastreamento de base populacional podem ter um impacto sobre a população total na redução da incidência e mortalidade por câncer cervical, e podem reduzir as desigualdades no acesso aos testes de rastreamento^{24,28}.</p> <p>O rastreamento aumenta a cobertura no segmento que normalmente não realiza o exame, como aquelas que desconhecem a periodicidade do exame, se queixam de falta de tempo, possuem medo, vergonha de realizá-lo ou encontram-se em atraso. Também contorna o fato da realização do exame ser limitada por disparidades socioeconômicas e demográficas, aumentando não apenas a cobertura, como também a equidade da ação¹⁸.</p> <p>Estratégias de rastreamento organizadas com base em convites sistemáticos parecem garantir maior participação da população-alvo em comparação com a prática normal (“cuidados usuais”) típica de coleta oportuna (espontânea)²⁸.</p> <p>Há evidências consistentes que cartas e telefonemas para agendamento de exames aumentam o comparecimento e cobertura em mulheres rastreadas, especialmente quando conduzidas ou endossadas pelos profissionais de referência^{8,19,27,29}.</p>
--------------------------	---

Em uma metanálise de 24 ensaios com mulheres que receberam convites, cartas-convite, convite por telefone, cartas com um convite aberto, convites em mala direta, lembretes automáticos por computador, cartas com marcação de horário, carta-convite com acompanhamento por telefone ou e-mail e SMS, as mesmas se mostraram mais propensas a comparecer a exames cervicais do que mulheres que receberam cuidados usuais ou nenhum convite²⁴.

Sistemas de lembretes, quando voltados aos profissionais, podem oportunizar a coleta em uma mulher rastreada quando a mesma buscar a unidade de saúde. A estratégia mostrou eficiência, especialmente quando combinada com convites postais, e pode ser usada como complemento à mudanças organizacionais^{16,19,20,28}.

Em revisão sistemática com metanálise, a implementação de lembretes voltados às pacientes apresentou cerca de 74% de chance de aumentar o uso dos serviços preventivos para o câncer do colo do útero (*odds ratio* 1.74 [1.58–1.92]). Lembretes voltados aos profissionais de saúde apresentaram cerca de 37% (*odds ratio* 1.37 [1.25–1.51])¹⁶.

O telefone pode ser utilizado para contactar e triar pacientes com indicação para realizar o exame, além de identificar fatores de risco e realizar orientações^{19,29}.

O rastreamento pode ser integrado a diversos aspectos do cuidado, identificando e acompanhando pacientes que possuem aspectos e necessidades específicas de agenciamento e atendimento, acionando programas de nível comunitário e utilizando sistemas de contato e lembretes para acompanhar suas necessidades de saúde¹⁹.

Um ensaio controlado randomizado apresentou que o rastreamento, aliado com o agenciamento de um conselheiro leigo em saúde teve sucesso em atingir uma população chave que raramente ou nunca teria comparecido espontaneamente ao serviço, por apresentarem desafios significativos para mudança de

comportamento de busca de saúde²³.

**Considerações
sobre
implementação**

Convites pessoais (telefonema, cara a cara ou carta direcionada) para comparecer ao exame cervical tiveram maior aceitação em comparação com cartas-convite padrão²⁴.

Cartas marcando consulta para participar de um programa de rastreamento cervical tiveram uma maior aceitação do que cartas comuns de convite, sem agendamento prévio²⁴.

Um ensaio clínico comparou:

- Carta-convite com horário marcado assinada pelo médico;
- Carta-convite com horário em aberto assinada pelo médico;
- Carta-convite com horário marcado assinada pelo coordenador do programa;
- Carta-convite com horário marcado assinada pelo médico com informações extras;

A carta assinada pelo médico de referência com o horário de consulta já agendado resultou na maior taxa de comparecimento²².

Lembretes personalizados são mais efetivos que lembretes generalizados¹⁶.

Adição de textos estendidos sobre a importância do exame ou informações sobre o câncer não apresentou aumento no comparecimento, sendo inclusive associado à menor comparecimento de mulheres de nível educacional mais baixo^{8,22}.

O uso de folhetos não influenciou na captação de mulheres elegíveis²⁴.

O contato telefônico isolado ou combinado com outras intervenções mostrou cerca de 4 vezes mais efetivo do que o convite isolado por carta⁸.

Nos cenários estudados, os convites por telefone apresentaram maior custo do que cartas-convite²⁴.

O engajamento dos profissionais de saúde também pode constituir barreira: em um estudo, menos de 65% dos médicos da atenção primária apoiaram a iniciativa de rastreamento com carta-convite, e quando a mesma não era assinada pelo profissional de referência, o comparecimento caiu em 15%²².

**Incertezas/Danos
potenciais**

Um ensaio controlado randomizado apontou que um sistema de lembrete simples (e-mail, correspondência), como intervenção isolada, não apresentou efeito significativo no aumento da cobertura, tampouco diminuiu faltas durante o acompanhamento²⁷; entretanto, em uma revisão sistemática, lembretes postais apresentaram efeito positivo, ainda que modesto⁸.

Aspectos culturais podem influenciar o comportamento de uma população frente à convites e contatos inerentes ao rastreo, influenciando o efeito da intervenção. Parte da evidência foi gerada fora do cenário brasileiro^{8,22,27}.

Vários estudos analisaram os custos das cartas-convite e quase todos encontraram baixos custos por pessoa rastreada²⁸.

Os custos do envolvimento médico no rastreamento encontraram resultados variáveis²⁸.

Convites por cartas podem sofrer devoluções por endereço errado. Esta taxa, relatada em um estudo, foi de 1,3%, mas pode variar de acordo com a qualidade do banco de endereços utilizados²⁰.

Há incertezas sobre os custos administrativos para a realização de busca ativa, devido à grande heterogeneidade de tecnologias em métodos disponíveis e pelas diferenças regionais nos custos do acompanhamento^{22,28}.

O uso de sistemas de rastreamento pode ser difícil de implementar onde as questões de migração, alfabetização e o acesso a áreas remotas estão presentes²⁴.

Convites por telefone não são usados rotineiramente em triagens organizadas em programas como o do Reino Unido e seriam ainda mais difíceis de implementar em países de baixa e média renda, onde o acesso aos telefones pode ser um problema²⁴.

A heterogeneidade na forma de usar o telefone para realizar busca ativa também impediu uma adequada mensuração do seu efeito, embora ele tenha se mostrado fundamentalmente positivo⁸.

Opção 3 – Educação em saúde

Estratégias baseadas em educação em saúde são organizadas para transmitir informações sobre prevenção e promoção à saúde para usuários, trabalhadores e gestores dos sistemas de saúde. São consideradas estratégias de disseminação da educação: correspondência em massa, conferências, treinamentos, palestras, educação em saúde individual e cartilhas informativas¹⁶.

Estratégias de educação em saúde foram citadas em 06 revisões^{16,19,21,23,24,30} e estão detalhadas no Quadro 3.

Quadro B3. Considerações sobre educação em saúde apontadas nos estudos

<p>Benefícios</p>	<p>Há evidências que a educação em saúde realizada através de telefonema, informativos escritos ou pessoalmente aumentam a participação das mulheres no rastreamento³⁰.</p> <p>As atividades educacionais sobre práticas de prevenção ao câncer do colo do útero podem ser utilizadas para usuários e profissionais de saúde, sendo ambas efetivas. Os resultados foram melhores quando voltadas aos profissionais (<i>odds ratio</i> 1.72 [1.39–2.13]) em comparação à quando direcionada aos usuários (<i>odds ratio</i> 1.53 [1.30–1.81])¹⁶.</p> <p>Quando realizadas através de meios de disseminação como correspondências em massa, conferências, workshops, treinamento, palestras apresentaram moderada efetividade¹⁶.</p> <p>As abordagens que envolveram educação comunitária acarretaram um aumento de 16,7% no rastreamento de câncer cervical em minorias étnicas de mulheres negras e hispânicas nos Estados Unidos (o segundo maior tamanho de efeito, perdendo apenas para melhorias no acesso aos serviços de saúde)²¹.</p> <p>Uma revisão Cochrane analisou os efeitos do uso da mídia televisiva como intervenção isolada, com campanhas associadas a cartas-convite e com campanhas associadas ao recrutamento pelo médico generalista. Todas as três intervenções tiveram aumentos significativos no número de mulheres atendidas para triagem acima daquelas observadas nas regiões de controle sendo²⁴:</p> <p>Mídia televisiva isoladamente: aumento de 13,3% no comparecimento em uma de três regiões estudadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mídia e carta: aumento entre 43,2% e 52,7% em duas de três regiões estudadas; <p>Mídia e recrutamento médico: aumento de 15,7%, 50,2% e 80,8% nas três regiões estudadas.</p>
--------------------------	--

<p>Considerações sobre implementação</p>	<p>A forma de abordagem dos profissionais influencia nos resultados. Quando estão entusiasmados realizando as orientações de maneira cativante e criativa, há uma maior adesão ao tratamento³⁰.</p> <p>O feedback do desempenho dos serviços e/ou sistemas de saúde através de relatórios específicos com ou sem orientações não demonstrou efetividade (odds ratio 1.10 [0.93–1.31]). Embora seja entador pensar que trabalhadores/gestores de saúde deixam de agir devido à falta de conhecimento sobre práticas corretas ou sobre seu próprio desempenho, estas limitações de conhecimento por si só não explicam a maioria dos casos de cuidados de má qualidade. A implementação de relatórios de desempenho para profissionais deve estar associada a outras estratégias¹⁶.</p> <p>Mesmo tendo alguma efetividade, educação para profissionais e usuários não deve ser a intervenção de primeira escolha, há outras mais efetivas¹⁶.</p> <p>Há evidências de baixa certeza para apoiar o uso de membros leigos da comunidade na apresentação de informações adaptadas culturalmente entre minorias étnicas. No entanto, a abordagem do trabalhador leigo associada educação através das mídias é mais efetiva do que as mídias isoladas²⁴.</p> <p>Cartas longas e detalhadas aumentam a desigualdade do rastreamento, desencorajando pessoas com nível baixo de educação²⁴.</p> <p>Materiais educativos precisam ser culturalmente adaptados²⁴.</p>
<p>Incertezas/Danos potenciais</p>	<p>A utilização de relatórios de desempenho como educação em saúde dos profissionais apresentou razão de chances com provável inefetividade para o alcance de metas, portanto para se evitar desperdício de recursos não deve ser implementada de maneira isolada¹⁶.</p> <p>Outras intervenções menos amplamente relatadas incluíram aconselhamento, avaliação de fatores de risco, acesso a uma enfermeira de promoção da saúde, quadrinhos fotográficos, recrutamento intensivo e enquadramento de mensagens. Foi difícil deduzir quaisquer conclusões significativas a partir dessas intervenções devido aos dados esparsos e evidências de baixa certeza. No entanto, ter acesso a uma enfermeira de promoção da saúde e tentativas de recrutamento intensivo podem ter aumentado a aceitação²⁴.</p>

Opção 4 – Intervenções financeiras

Intervenções financeiras são estratégias que incluem redução ou isenção de pagamento, compensação ou recompensa aos pacientes, profissionais e/ou serviços de saúde^{16,24}. Políticas de cobrança podem tornar os serviços inacessíveis para alguns e reduzir acesso, tornando-os culturalmente inadequados e menos aceitáveis para alguns pacientes¹⁹.

Os 04 estudos^{16,19,20,24} que abordaram o uso de intervenções financeiras para melhorar a cobertura de exames citopatológicos do colo do útero estão detalhados no Quadro 4.

Quadro 4. Considerações sobre incentivos financeiros apontados nos estudos

<p>Benefícios</p>	<p>Incentivo financeiro é a segunda estratégia com melhor resultado na otimização do rastreamento do câncer do colo do útero estudada em uma revisão sistemática (<i>odds ratio</i> 2.82 [2.35–3.38]), atrás apenas da mudança organizacional¹⁶.</p> <p>A estratégia de incentivo financeiro através da gratuidade na execução da colposcopia oncológica, aumenta a taxa de realização do exame em quase 3x¹⁶.</p>
<p>Considerações sobre implementação</p>	<p>Quando se aborda incentivo financeiro a literatura elenca formas variadas de implementação desta estratégia, sendo a gratuidade a principal delas^{16,20,24}.</p> <p>Estudos sugerem que, além da gratuidade, seja oferecido ao paciente ou provedor de saúde (trabalhadores e serviços) outro benefício ou remuneração como forma de incentivo financeiro. Porém estes foram pouco abordados^{16,24}.</p>
<p>Incertezas/Danos potenciais</p>	<p>Um ensaio randomizado não encontrou diferença significativa (risco relativo 0,93 [0,85-1,02]) entre os grupos estudados²⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exames gratuitos – 36,7% de participação • Exames pagos – 39,2% de participação. <p>Políticas de financiamento podem tornar o cuidado muito custoso (caro) ou incentivar à uma má distribuição das ações e serviços de saúde¹⁹.</p> <p>O financiamento de determinadas ações de saúde pode levar à negligência de outras e aumentar iniquidades¹⁹.</p> <p>A maioria dos estudos abordam contextos de países desenvolvidos sem sistemas universais de saúde. A adaptação para outros contextos deve ser vista com cautela^{16,24}.</p>

Opção 5 – Ajustes de legislação e regulamentação

Os ajustes de legislação são ações regulatórias e legislativas de nível nacional ou regional

que operam fora da governança clínica para mudar o contexto ambiental, legal ou organizacional em que as ações sanitárias acontecem¹⁶.

Três estudos abordaram opções de ajustes em legislação^{8,16,18}.

Quadro 5. Considerações sobre ajustes de legislação e regulamentação encontradas nos estudos

Benefícios	Regulamentar ações sistematizadas a fim de controlar ações e informações referente ao rastreamento e cobertura permite obtenção de informações em saúde que serão base para elaborar políticas e monitorar a efetividade, eficiência e equidade das ações de acesso ¹⁸ .
Considerações sobre implementação	<p>O processo de regulamentação das atividades deve ser considerado parte estruturante de todas as políticas sanitárias de prevenção ao câncer do colo do útero, devendo atuar transversalmente às demais estratégias¹⁸.</p> <p>A baixa cobertura de exames de colpocitologia oncótica pode dever-se ao maior uso do rastreamento oportunista privado – o que não indica necessariamente uma baixa cobertura de exames⁸.</p> <p>Dados de baixa participação, enviesados pelo rastreamento oportunista privado, produzem efeitos negativos aos sistemas de saúde, principalmente em termos de educação, da eficiência e da qualidade⁸. A credibilidade e a satisfação do usuário em relação aos serviços públicos são diretamente relacionados ao acesso e adesão aos programas de prevenção¹⁸.</p>
Incertezas/Danos potenciais	<p>Informações relativas à legislação e regulamentação habitualmente são registradas em literatura cinzenta, disponíveis em bancos de dados restritos, heterogêneos, dispersos e/ou não catalogados. Devido a dados insuficientes, não foi possível avaliar com alto grau de confiabilidade os benefícios ou incertezas das ações regulatórias ou legislativas¹⁶.</p> <p>A utilização de evidências globais no âmbito legal e regulatório dificilmente pode ser extrapolada para além do contexto onde foi gerada.</p>

4. CONSIDERAÇÕES SOBRE EQUIDADE

A literatura científica evidencia que dentre os métodos de detecção do câncer do colo do útero (CCU), o Papanicolaou é considerado o principal exame a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento. Nos grupos mais afetados pelas desigualdades socioeconômicas e regionais, garantir o acesso ao preventivo constitui-se importante ferramenta para diminuir a incidência e mortalidade por câncer do colo do útero⁷.

No Brasil, a cobertura do rastreamento de CCU ainda é inferior à mínima recomendada pela Organização Mundial de Saúde, fator que contribui para elevadas taxas de mortalidade pela doença. A primeira barreira à equidade na cobertura é o acesso, onde populações de mulheres sem planos de saúde privados e em pior situação socioeconômica estão sujeitas a limitadores mais evidentes na gestão pública: dificuldade no agendamento do exame e marcação de consulta, baixa flexibilidade de horários, presença de burocratização dos processos e falta de sigilo profissional^{7,18}.

Outras causas de inequidade estão associadas as dimensões subjetivas e culturais dos estratos sociais. Falta de tempo devido à dupla jornada de trabalho feminina; medo ou vergonha de realizar o exame; e a crença que o preventivo é desnecessário às mulheres com mais de 60 anos são algumas das barreiras relatadas por usuárias do sistema público de saúde¹⁸.

A cobertura da colpocitologia oncótica no Brasil apresentou aumento, especialmente em segmentos vulneráveis onde havia baixa adesão, como mulheres solteiras, negras e de baixo nível de escolaridade. Entretanto, a realização do exame ocorre de maneira predominantemente oportunística – em detrimento do rastreamento populacional periódico programado. Diferente da coleta oportunística, o rastreamento programado promove maior cobertura real, maior efetividade, eficiência e equidade na prevenção ao CCU. Em um contexto de dificuldade de acesso e limitações dos serviços, é possível que parte das mulheres não participem dos programas de rastreamento populacional¹⁸.

A constituição disciplina em seu art. 196 que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Gestores da saúde devem optar por ações e políticas efetivas que busquem diminuir as desigualdades sociais. As mulheres que deixam de realizar o exame preventivo (mulheres de baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, baixa renda familiar e nas faixas etárias mais jovens) são certamente as que morrem vítimas de câncer do colo do útero (mulheres na idade adulta, negras, sem companheiro, donas de casa, residentes em bairros com baixa condição de vida e atendidas na rede hospitalar do SUS). Essa proximidade de fatores reduz a cadeia explicativa da mortalidade por câncer do colo do útero às desigualdades sociais³¹.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Limitações do estudo

Trata-se de uma Síntese Rápida de Evidências, adotando atalhos metodológicos para produção de conhecimento em tempo adequado ao apoio decisório da gestão pública em saúde. O desenho do estudo selecionou apenas tipos de estudos com nível de evidência potencialmente alto (revisões sistemáticas e ensaios controlados randomizados) – entretanto, não foram realizadas avaliações individuais de qualidade metodológica. A avaliação da qualidade e grau de recomendação da evidência (GRADE) não foi realizada por não ser oportuna ao contexto da elaboração deste estudo.

5.2 DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores possuem vínculo estatutário com a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. Os mesmos declaram isenção e imparcialidade no desenvolvimento desta resposta rápida, aferíveis pela transparência no relato dos passos executados e pela reprodutibilidade do método. O estudo não possui financiamento específico.

6 REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estatísticas de câncer [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 25]. Available from: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
2. Cosp BX, Castillejo MM, Vila PM, Bonfill CospX EJ, CastillejoM M, VilaM P. Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening (Review) Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening (Review). 2016; Available from: www.cochranelibrary.com
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Vol. 148. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
4. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. TabNet Linux 2.7: Informações SIM Campo Grande - MS [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 28]. Available from: <https://campograndems.labinovaapsfiocruz.com.br/cgi-bin/tabnet?TABSIM/tabsim.def>
5. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução N° 8, de 24 de novembro de 2016 [Internet]. 2016 p. 1–3. Available from: https://www.poderesau.de.com.br/novosite/images/12.12.2016_III.pdf
6. Instituto Nacional de Câncer. Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 Dec [cited 2021 Sep 27]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/fichatecnicaindicadorescolo14.pdf>
7. Manica ST, Drachler M de L, Teixeira LB, Ferla AA, Gouveia HG, Anschau F, et al. Desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(1).
8. Camilloni L, Ferroni E, Cendales BJ, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P, et al. Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. BMC Public Health [Internet]. 2013 Dec 13;13(1):464. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/464>
9. Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS [Internet]. [cited 2021 Sep 27]. Available from: <http://idsus.saude.gov.br/assets/detalhadas.pdf>
10. Prefeitura Municipal de Campo Grande - MS. Sistema do Relatório Anual de Gestão (Intranet). Campo Grande: Secretaria Municipal de Saúde; 2021.
11. Ministério da Saúde. Diretriz metodológica: Síntese de evidências para políticas [Internet]. Brasília; 2020 [cited 2021 Sep 27]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf
12. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Heal Res Policy Syst [Internet]. 2009 Dec 16;7(S1):11. Available from: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-I1>
13. Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: Using

- the best available evidence and case studies. *Implement Sci.* 2016;11(1):1–12.
14. Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: A rapid review [Internet]. *Health Research Policy and Systems.* 2016. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27884208/>.
 15. Cochrane, Garrity C, Gartlehner G, Kamel C, King VJ, Nussbaumer-Streit B, et al. Interim guidance from the cochrane rapid reviews methods group. *Cochrane Rapid Rev* [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 27];2020(March):1–2. Available from: https://methods.cochrane.org/rapidreviews/sites/methods.cochrane.org.rapidreviews/files/public/uploads/cochrane_rr_-_guidance-23mar2020-final.pdf.
 16. Stone EG, Morton SC, Hulscher ME, Maglione MA, Roth EA, Grimshaw JM, et al. Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: A meta-analysis. *Ann Intern Med* [Internet]. 2002 [cited 2021 Sep 24];136(9):641–51. Available from: www.annals.org.
 17. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2004 Sep [cited 2021 Sep 29];9(3):711–24. Available from: <http://www.scielo.br/j/csc/a/BQ6d5NppgYdV3mSD8QWV6vC/abstract/?lang=pt>.
 18. Lopes VAS, Ribeiro JM. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Cienc e Saude Coletiva.* 2019;24(9):3431–42.
 19. Comino EJ, Davies GP, Krastev Y, Haas M, Christl B, Furler J, et al. A systematic review of interventions to enhance access to best practice primary health care for chronic disease management, prevention and episodic care. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1):1–9.
 20. Alfonzo E, Andersson Ellström A, Nemes S, Strander B. Effect of Fee on Cervical Cancer Screening Attendance—ScreenFee, a Swedish Population-Based Randomised Trial. Robboy SJ, editor. *PLoS One* [Internet]. 2016 Mar 17 [cited 2021 Sep 14];11(3):e0150888. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0150888>.
 21. Han H-R, Kim J, Lee J-E, Hedlin HK, Song H, Song Y, et al. Interventions that increase use of Pap tests among ethnic minority women: a meta-analysis. *Psychooncology* [Internet]. 2011 Apr 29 [cited 2021 Sep 1];20(4):341–51. Available from: <http://www.healthsystemsevidence.com/articles/16627?t=Interventi>.
 22. Segnan N, Senore C, Giordano L, Ponti A, Ronco G. Promoting participation in a population screening program for breast and cervical cancer: a randomized trial of different invitation strategies - PubMed. *Tumori* [Internet]. 1998 [cited 2021 Sep 22];348–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9678615/>.
 23. Studts CR, Tarasenko YN, Schoenberg NE, Shelton BJ, Hatcher-Keller J, Dignan MB. A community-based randomized trial of a faith-placed intervention to reduce cervical cancer burden in Appalachia. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2012 Jun [cited 2021 Sep 28];54(6):408. Available from: [/pmc/articles/PMC3368037/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/223368037/).

24. Staley H, Shiraz A, Shreeve N, Bryant A, Martin-Hirsch P, Gajjar K. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021 Sep 6 [cited 2021 Sep 28];(9):1–141. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002834.pub3>.
25. European Union. Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening. *Off J Eur Union*. 2003;34–8.
26. Bolen JC, Rhodes L, Powell-Griner EE, Bland SD, Holtzman D. State-specific prevalence of selected health behaviors, by race and ethnicity--Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1997. *MMWR CDC Surveill Summ Morb Mortal Wkly report CDC Surveill Summ* [Internet]. 2000 Mar 24;49(2):1–60 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10965781/>.
27. Jensen H, Svanholm H, Støvring H, Bro F. A primary healthcare-based intervention to improve a Danish cervical cancer screening programme: a cluster randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Heal*. 2009;63:510–5.
28. Ferroni E, Camilloni L, Jimenez B, Furnari G, Borgia P, Guasticchi G, et al. How to increase uptake in oncologic screening: A systematic review of studies comparing population-based screening programs and spontaneous access. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2012 Dec [cited 2021 Sep 22];55(6):587–96 Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.10.007>.
29. Bolen JC, Rhodes L, Powell-Griner EE, Bland SD, Holtzman D. State-specific prevalence of selected health behaviors, by race and ethnicity--Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1997. *MMWR CDC Surveill Summ Morb Mortal Wkly report CDC Surveill Summ*. 2000 Mar;49(2):1–60.
30. López-Torres Hidalgo J, Sánchez Ortiz MP, Rabanales Sotos J, Simarro Herráez MJ, López-Torres López J, Campos Rosa M. Effectiveness of three interventions in improving adherence to cervical cancer screening. *Eur J Cancer Prev*. 2015;00:0–000. Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2008;30(5):216–8.

NEV
Núcleo de
Evidências

SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde



Rua Corveta, 141 | Carandá Bosque | CEP 79032-590 | Campo Grande/MS
E-mail: nev.pmcg@gmail.com | Fone/Whats: 67 **99189.3189**