

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BEATRIZ CÂNDIDA SILVA SANTANA

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS EXAMES PAPANICOLAOU REALIZADOS EM
MULHERES DE BURITI, MARANHÃO, BRASIL.**

São Luís – MA

2015

BEATRIZ CÂNDIDA SILVA SANTANA

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS EXAMES PAPANICOLAOU REALIZADOS EM
MULHERES DE BURITI, MARANHÃO, BRASIL.**

Monografia apresentada aos cursos de
Especialização em Saúde da Família e em Saúde
Pública da Faculdade Laboro – Universidade
Estácio de Sá, para obtenção de nota.

Orientadora: Profª Drª Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís – MA

2015

BEATRIZ CÂNDIDA SILVA SANTANA

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS EXAMES PAPANICOLAOU REALIZADOS EM
MULHERES DE BURITI, MARANHÃO, BRASIL.**

Monografia apresentada aos Cursos de Especialização em Saúde da Família e em Saúde Pública da Faculdade Laboro – Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista.

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Mônica Elinor Alves Gama – Orientadora

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo - USP

Prof^a Rosimary Ribeiro Lindholm – Examinadora

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo - USP

Dedico esse trabalho a todos os profissionais de saúde que se empenham no cuidar das vidas com respeito e empenho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor, meu Deus, por mais uma etapa conquistada e que me fez prosperar no propósito que eu idealizei.

Aos meus pais, meu irmão e marido, pela compreensão e paciência nos dias de ausência.

Aos meus colegas de trabalho que muito pacientemente cederam parte do seu tempo, disposição e material de trabalhos diários, propiciando a aquisição das informações necessárias para a conclusão desse trabalho: Antônia Pereira, Joelma Sousa, Ginaldo Oliveira, Josileide Abreu, Lucilene Alves, Maria Neuma, Roselma Brasilina e Afonso Santos.

Aos atuais gestores da Unidade de Saúde Osvaldo Farias, pela autorização e compreensão da importância de um trabalho científico para o município.

A professora Márcia, pela sua prontidão e gentileza.

A todas as mulheres que direta ou indiretamente contribuem e participam da luta contra o Câncer de Colo.

A Dra Mônica pela paciência e auxílio durante todo esse processo de estudo e elaboração do trabalho.

“Se alguém procura saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença”.

(Sócrates)

RESUMO

O presente trabalho visa descrever o perfil epidemiológico das mulheres que realizaram o exame Papanicolaou em Buriti, MA. Utilizou-se uma abordagem descritiva, quantitativa e retrospectiva. Foram analisadas 86 mulheres entre 18 e 64 anos, com citologia positiva, durante os anos de 2013 e 2014. Para a coleta foi utilizada a Ficha de Requisição de Exame Citopatológico – Colo do Útero, do Ministério da Saúde. Os resultados mostraram que as mulheres, da amostra, têm baixo nível de escolaridade, o que converge para, entre outras questões, com a multiparidade, sexualidade precoce, alterações celulares e falta de planejamento familiar.

Palavras - chave: Câncer, Papanicolaou, Escolaridade.

ABSTRACT

This work describes the epidemiological women's profile who performed the Pap smear in Buriti, MA. The approach used was descriptive, quantitative and retrospective. The samples of 86 women between 18 and 64 years old were analyzed with positive cytology during the years from 2013 to 2014. For the collection was used the Request Form Pap test -. Cervical, from the Ministry of Health. The results showed that the selected women have low levels of education, which is convergent to, among other things, with multiparity, premature sexuality, cellular changes and lack of family planning.

Keywords: Cancer, Pap, Education.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	13
3.1 Geral	13
3.2 Específicos	13
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
4.1 Descobertas e avanços científicos	14
4.2 Carcinoma Cervical Uterino (CCU)	15
4.3 O exame Papanicolaou	17
4.4 O Papiloma Vírus Humano – HPV	19
4.5 Imunização contra o HPV	22
5 METODOLOGIA	23
5.1 Tipo de Estudo	23
5.2 Local	23
5.3 Instrumento	24
5.4 Amostra	25
5.5 Organização e Análise dos Dados	25
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
7 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

Em alguns países em desenvolvimento, o câncer de colo uterino chega a tomar o primeiro lugar na classificação de cânceres que mais acometem as mulheres, e anualmente são acrescidos cerca de 500 mil novos casos, sendo responsáveis por aproximadamente 230 mil óbitos, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (FREITAS, SILVA, THULER; 2012).

No Brasil, o câncer de colo uterino, alcança o segundo lugar entre as neoplasias malignas mais frequentes (FREITAS, SILVA, THULER; 2012), e cerca de quinze mil quinhentos e noventa novos casos, foram estimados para o ano de 2014, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), constituindo assim, um problema de potencial magnitude para a Saúde Pública (MELO, et al.; 2012).

Quando comparadas as estimativas de incidência, por regiões brasileiras, a neoplasia se destaca pela maior incidência a Região Sudeste com 6.610 novos casos previstos. Seguidos das Regiões Nordeste e Centro Oeste, com 5.050 e 2.020 casos, respectivamente. Região Sul com 2.000, e na Região Norte com 1.860 casos. (THULER; BERGMANN; CASADO, 2012).

O desenvolvimento do Câncer de Colo do Útero é lento e silencioso, na fase inicial, sendo precedido pela fase pré-invasiva (Neoplasia Intraepitelial Cervical – NIC) (THULER; BERGMANN; CASADO, 2012). E diversos fatores estão associados ao seu surgimento, dentre estes, podemos destacar: A exposição a fatores de risco ambiental e a modificação dos hábitos de vida da população (MEDEIROS, et. al., 2005).

Evidenciam-se como aspecto de risco: idade, estado civil, vida sexual (sexarca, uso de preservativo, início), paridade, promiscuidade, vida sexual, doenças sexualmente transmissíveis (DST's), nível socioeconômico (MEDEIROS, et. al.; 2005), tabagismo e álcool (FILHO; 2013).

Além dos aspectos socioculturais, a exemplo, o estigma da “doença câncer”, hábitos, costumes, qualidade de vida e acesso às políticas sociais, que

interferem diretamente na decisão da mulher na busca dos serviços de saúde (FREITAS; SILVA; THULER, 2012).

Apesar da sua passividade à prevenção, da efetividade do exame citopatológico (Exame Papanicolaou), cerca de 90 a 100% dos casos quando detectados precocemente e associada ao tratamento; e da longa fase detectável pré clínica (aproximadamente vinte anos até a fase invasiva) as taxas de mortalidade ainda são elevadas (MEDEIROS, et. al., 2005).

Por volta de 50% dos casos diagnosticados já em estágios avançados (III e IV) da doença (THULER; BERGMANN; CASADO, 2012). Comprometendo a possibilidade de redução dos danos causados, pois, quanto mais tardia é a sua detecção, menores são as possibilidades de redução de prejuízos (MELO et. al., 2012).

Notoriamente um bom prognóstico dos casos somente será possível, se houver eficiência na identificação dos casos, o que está íntima e diretamente ligado à organização da rede de serviços, da integralidade, da qualidade do programa de rastreamento e seguimento das mulheres, sobretudo, da participação consciente destas durante todo o processo (FREITAS; SILVA; THULER, 2012).

O Câncer, indiscutivelmente, é um dos grandes desafios da Saúde Pública no Brasil. Apesar do incentivo do Ministério da Saúde (MS) através da democratização da Saúde Pública e do rastreamento, através do exame citopatológico Papanicolaou, os índices de morbidade e mortalidade e a baixa cobertura dos exames preventivos em todo o país ainda sugerem lacunas a serem preenchidas (MURATA; GABRIELLONI; SCHIRMER, 2012).

2 JUSTIFICATIVA

O Campo “Saúde da Mulher” sempre despertou interesse, num âmbito pessoal, principalmente o que diz respeito às doenças de grande magnitude, como as crônico-degenerativas, mais especificamente, o câncer.

Questões como: O que leva o grande número de mulheres a não realizarem o “exame de prevenção”, e sua apatia mediante situações que poderiam ser revertidas nos remete a uma sequência de questionamentos:

Se é tão fácil, por que não é totalmente eficaz?

Será que as mulheres menos instruídas realmente visualizam o potencial valor do exame, ou valorizam mais as questões sintomatológicas causadas por infecções como vaginites e colpites?

Os profissionais estão realmente capacitados para lidar com situações que vão desde a coleta primordial até a conclusão do caso?

Mediante tais indagações e também da ainda baixa adesão, considerando a eficácia do exame e também a facilidade de acesso, surgiu o desafio pessoal de analisar os dados coletados e confrontá-los com os índices nacionais, bem como observar fatores de risco, tipos de infecção mais comuns, qualidade das amostras e organização do serviço no município.

Mesmo com todos os aparatos necessários para o funcionamento regular do serviço, e do armazenamento dos dados, não há relatos ou estudos relacionados ao perfil dessas usuárias no referido município, sendo essa também uma oportunidade de enriquecimento científico para a região.

Também é relevante considerar que ter conhecimento dos fatores de risco e as afecções ginecológicas mais comuns no município, faz com que haja a possibilidade de intervir mais incisivamente na prevenção das doenças e agravos mais comuns, possibilitando também a visualização dos avanços, limites e desafios a serem enfrentados na Saúde Pública.

É preciso destacar que também possibilita a elaboração de formas de atuação pelos próprios profissionais mediante o conhecimento dos dados, e atualização dos seus conhecimentos, referentes aos agravos. O que também compõe alguns dos objetivos desse estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Traçar o perfil epidemiológico das mulheres que realizaram o exame Papanicolaou em Buriti, MA.

3.2 Específicos

Verificar as características demográficas das mulheres inseridas no estudo.

Comparar a periodicidade de realização dos exames pelas usuárias.

Conhecer o índice de amostras insatisfatórias para avaliação.

Identificar as afecções vaginais e celulares freqüentes.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Descobertas e avanços científicos

Representado pela sua função reprodutora, o útero, levava a mulher ao seu papel socialmente esperado, o da maternidade. Dessa forma, e considerando as aquisições históricas graduais dos seus direitos, os problemas femininos pouco interessavam aos médicos. Apesar disso, a medicina, ia aos poucos, ampliando seus conhecimentos sobre as patologias “das mulheres”, e na metade do século XIX, delineou-se como uma especialidade médica, a ginecologia (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

A partir de então, erguem-se investigações das células cervicais através de microscópio, histerectomias, retirada de pólipos, aplicações medicamentosas, exames visuais acompanhados ou não de instrumentos invasivos, em grande escala. Surgem também descobertas e experimentos sobre o câncer instalado e também das lesões que alteravam as células cervicais, como lesões pré-cancerosas (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

Papanicolaou e Traut, em 1943, marcaram a história através de estudo realizado sobre o câncer de colo, mostrando que era possível reconhecer células neoplásicas através do esfregaço vaginal. Assim a utilização do exame, passou a ser realizado em diferentes países (BRENNAN et. al., 2009). O exame trata-se de uma seqüência de etapas laboratoriais, que possibilitam, por meio das células esfoliadas, identificar suspeitas de modificações neoplásicas (NASCIMENTO; SILVA; MONTENEGRO, 2012).

Em 1988, Williams foi o primeiro a descrever que adjacente às áreas cancerígenas, haviam também células não invadidas pela neoplasia. Todavia, Cullen, em 1990, foi quem melhor descreveu essas alterações, incluindo o conceito

de “precursor do câncer” à comunidade científica, importante não só à nomenclatura, mas trazendo a descoberta de uma fase pré-maligna que tinham alta possibilidade de desencadear o câncer, se não tratadas a tempo (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

A compreensão da evolução do câncer é relevante para a contribuição na qualidade do tratamento dessas lesões até nos dias de hoje. Foram descritos vários estágios dessas modificações celulares, desde a categorização das alterações cervicais, esta, por George Papanicolaou, até a atual Nomenclatura Brasileira (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

Com os avanços científicos e tecnológicos ocorridos nos mais diversos campos, houve a possibilidade de aprofundar os conhecimentos no que se refere a gênese do câncer. Revelando que, além da herança genética, o processo de desenvolvimento das neoplasias é desencadeado por diversos fatores e da relação entre estes (FIGUEIREDO et. al., 2009).

O câncer de colo possui ínfimas possibilidades de ser detectado precocemente, pois hoje se conhece os fatores de risco. Além da disposição de aparatos tecnológicos mais avançados para o diagnóstico como o histopatológico, a colposcopia e recursos humanos qualificados, o que deveriam ser suficientes para o controle da doença (SILVA et. al., 2014 apud BARASUOL; SCHIMIDT, 2014).

A carcinogênese pode sofrer uma interrupção em qualquer momento do seu desenvolvimento, desde que, o organismo consiga reprimir a proliferação celular e de restaurar os danos causados no genoma (FIGUEIREDO et. al., 2009).

No entanto, todos os recursos não têm sido suficientes para realizar o controle definitivo, fazendo com que o problema ainda seja um grave problema para a Saúde Pública (BARASUOL; SCHIMIDT, 2014).

4. 2 Carcinoma Cervical Uterino (CCU)

O câncer, não se resume a uma única doença, mas sim um conjunto de mais de 100 doenças distintas que determinam um crescimento celular desordenado, cujo organismo não consegue conter, dessa forma acomete órgãos e tecidos, no caso da neoplasia do colo, o órgão atingido é o útero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Na fase inicial, o CCU, raramente produz sintomas, e quando eles ocorrem, a exemplo secreção, sangramento irregular ou após relação sexual, a doença pode estar em estado avançado (ARAÚJO; LUZ; RIBEIRO, 2011).

A patologia também pode ser descrita como uma afecção inicialmente benigna, de evolução lenta, que progride com transformações intraepiteliais progressivas, que leva cerca de 10 a 20 anos para evoluir para um carcinoma invasivo, sua incidência tem pico máximo na faixa de 45 a 50 anos (SILVA et. al., 2014).

Na sua anatomia o colo tem várias camadas epiteliais dispostas em pavimentos, com um arranjo ordenado. No entanto, ao ser acometido, essa estratificação fica desordenada, quando essa descompensação ocorre nas camadas mais superficiais do epitélio estratificado, estamos diante de uma displasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical I – NIC I (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Se essas alterações avançam até três quartos de espessura do epitélio, mantendo as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Na NIC III, o desarranjo chega a atingir todas as camadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em condições normais, essa evolução progride lentamente antes de atingir o estágio de maior impossibilidade de cura, o invasivo (INCA, 2002).

Quando esse desarranjo é intenso as células invadem o tecido conjuntivo do colo, abaixo do epitélio, caracterizando a forma invasiva da patologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Contudo, para alcançar o estágio invasivo, a lesão não tem que obrigatoriamente passar por todas as etapas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), mas ainda assim, a detecção precoce das lesões precursoras da neoplasia, através da

realização do exame Papanicolaou, é reconhecido como a forma mais eficaz na redução da mortalidade pelo câncer cervical (FREITAS; SILVA; THUILER, 2012).

Na década de 50, quando foi introduzido com o objetivo de reduzir a mortalidade e a incidência do CCU, vários países têm desenvolvido programas de rastreamento, *screening*, sendo essa identificação citológica a principal estratégia para o controle da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Através de análises temporais é possível identificar quedas significativas na mortalidade por câncer cervical, e o sucesso desses programas está diretamente ligado à cobertura efetiva da população de risco, qualidade da coleta e interpretação do material, além do tratamento adequado e acompanhamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

4. 3 O exame Papanicolaou

Hoje existem vários métodos que podem ser usados na detecção precoce do CCU, mas o Papanicolaou ainda hoje é o mais empregado em mulheres assintomáticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Trata-se de um exame efetivo, de relativo baixo custo e de rápida realização (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

No entanto, possui certa vulnerabilidade para erros de coleta e preparação das lâminas, além da subjetividade da interpretação dos resultados. Todavia devido à longa fase clínica da patologia, o exame pode ser realizado periodicamente, assim espera-se que, se houver a possibilidade de uma lesão passar despercebida em um momento, possa brevemente ser identificada em outro (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Desde 1998, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) segue a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere que as mulheres com 25 anos, que já iniciaram a atividade sexual, realizem o exame Papanicolaou anualmente, e após dois controles anuais com diagnóstico normal, a cada três anos (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005) até os 64 anos, após esta idade, as mulheres com, no mínimo, dois exames sequenciais normais, ou seja, de laudo negativo, nos últimos cinco anos, podem interromper a realização (SILVA, et. al., 2014).

Quando se fala sobre a vivência da mulher com relação à prevenção da doença, estudos revelam que o câncer não recebe “atenção” caracterizada por ações de caráter educativo, existindo, portanto, um “vazio” entre os programas de prevenção e a adesão das usuárias. E conseqüentemente a falta de conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce (MERIGHI et. al., 2002).

O material celular é considerado satisfatório ao apresentar células bem distribuídas, fixadas e coradas. Ao passo que, quando a leitura for prejudicada pela presença de sangue, piócitos, intensa superposição celular ou dessecação, contaminantes externos e material celular ou hipocelular é considerada insatisfatória (SANTOS, et. al., 2011).

Apesar da rede pública não exigir a apresentação dos dois tipos epiteliais para considerar exame adequado, deve-se alertar para a questão, uma vez que a amostra pode não conter células da Junção Escamo-colunar (JEC). Contribuindo assim, para não tornar o exame totalmente seguro, ou seja, não assegurando totalmente a ausência de lesões neoplásicas ou precursoras, apresentando um resultado falso-negativo (SANTOS, et. al., 2012).

Nessa gama de considerações, percebe-se a responsabilidade do profissional de saúde que realiza a coleta do esfregaço em desempenhar uma coleta de qualidade (SANTOS, et. al., 2012).

Embora a técnica de coleta seja simples, ela requer um conhecimento adequado de anatomia, a fim de possibilitar a localização do colo, e principalmente, da JEC. Além disso, é necessária observação por parte do profissional para que

sejam percebidas prontamente alterações, seja de ordem anatômica, fisiológica ou patológica (SANTOS, et. al., 2011).

Santos et. al. (2011) constataram que ainda é significativo o número de coletas com ausência dos dois epitélios, dessa forma, apresenta lacunas na prevenção, apontando para a necessidade de monitoramento, supervisão e avaliação das atividades, além de qualificação contínua desses profissionais, visando a qualidade nas coletas.

4.4 O Papiloma Vírus Humano – HPV

O câncer cervical está relacionado não apenas a fatores como: idade da iniciação sexual, multiplicidade de parceiros, multiparidade, tabagismo, uso de anticoncepcionais orais, história de doenças sexualmente transmissíveis (HIV e *Chlamydia trachomatis*) ou fatores nutricionais. Estudos revelam que infecções persistentes por alguns tipos do Papiloma Vírus Humanos (HPV), revelaram uma relação causal entre o desenvolvimento do câncer e suas lesões precursoras (ITO et. al., 2010).

Na década de 40, George Papanicolaou, introduziu o exame mais difundido no mundo para a detecção do câncer, pois permitiu identificar mulheres com alterações pré-malignas, propiciando a associação entre a atividade sexual e a evolução da patologia (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

No entanto, somente na década de 70, estudos constataram que o surgimento das lesões e a atividade sexual implicavam num agente etiológico de transmissão sexual. Harnold zur Hausen, infectologista alemão, estabelecendo inicialmente uma relação entre o vírus e as verrugas e condilomas, constatou que o Papiloma Vírus Humano (HPV) poderia ser esse agente (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Hausen afirmou que se as células cancerígenas contivessem um vírus oncogênico, elas poderiam ter o DNA do vírus em seu genoma (ROSA et. al., 2009).

Somente tempos após, na década de 90, durante a utilização da tecnologia da clonagem molecular na replicação do genoma do HPV, outras características da infecção foram esclarecidas. A tecnologia possibilitou também a identificação do DNA do HPV em amostras teciduais de cânceres cervicais (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

A partir de então, diversos estudos confirmaram a presença do Papiloma Vírus em cerca de 100% dos epitélios dos carcinomas invasivos, convergindo para a tese mundialmente aceita: que a infecção pelo vírus é causa é essencial para o desenvolvimento do carcinoma invasivo (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Surge então um questionamento no que se refere às infecções pelo HPV: a alta frequência de contágio entre mulheres jovens e sexualmente ativas e a ocorrência relativamente baixa das lesões coloca em questão a etiologia viral da doença. Concluindo então que a contaminação era causa necessária, mas não suficiente para o desencadeamento da patologia, caso contrário, parte significativa das mulheres a desenvolveria (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Tais questões já sugeriam fatores de diferenciação da doença, o que foi confirmado por pesquisas posteriores, que evidenciaram que a progressão tem relação não somente com o vírus, mas com o tipo relacionado (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

O Papiloma Vírus faz parte da família *Papovavirida* e infecta o epitélio de animais, além do humano, dentre eles répteis, pássaros e mamíferos. Atualmente mais de 200 tipos já foram descritos, e se distinguem entre si na sequência do DNA. Em meio aos que acometem o ser humano já foram descritos mais de 100 tipos (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

A transmissão se dá por contato direto, seja por via oral, vaginal ou anal. Indivíduos que têm contato com parceiros contaminados têm de alto grau de risco de contaminação, com de 25% a 65% de possibilidade de adquirir a infecção. E a recorrência dessas exposições pode ser responsável pelo desenvolvimento da lesão

de maior dano. Todavia outras variáveis como: a carga viral, a persistência da infecção, o estado geral do hospedeiro e o tipo de vírus também ditam a gravidade da neoplasia (FRANÇA; FRANÇA; MORAES, 2013).

Estudos selecionaram e classificaram o vírus, de acordo com o risco epidemiológico. Os de alto risco são os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 58, sendo os tipos 26, 53 e 66 de provável risco. Os de baixo risco: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 e CP6108 (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Os tipos 34, 57 e 83, não foram detectados ainda, o que impossibilita sua classificação, e os coloca numa classificação indeterminada (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Cada forma é responsável por manifestações clínicas diferenciadas. A exemplo, os tipos 6 e 11 causam verrugas genitais ou condiloma acuminado, já os tipos 16 e 18, classificados como de “alto risco”, estão diretamente relacionados com as lesões intraepiteliais, com possibilidade de 70% de chance de evoluir para o câncer (ITO et. al., 2010).

A infecção pode ocorrer até anos após o intercuro sexual (ITO et. al., 2010). Para evitar a infecção, conhece-se duas maneiras efetivas: a abstinência sexual e a vacinação, que mostrou eficácia em cerca de 91,6% para as infecções incidentais e até 100% nas infecções persistentes (SANTOS; SOUZA, 2013).

O vírus mede cerca de 55nm de comprimento, não envelopado e seu genoma consiste numa molécula dupla de DNA, com cerca de 8000 bases pareadas (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

É possível identificar no núcleo das células do útero normal genomas do HPV, onde partículas virais podem ser isoladas. Tanto em lesões de alto ou baixo grau, partes do vírus são identificadas integradas aos cromossomos, sendo esse o ponto central da transformação celular oncogênica (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Segundo estimativas o número de mulheres portadoras do DNA do HPV em todo o mundo chega a 291 milhões e aproximadamente 105 milhões de

mulheres terá infecção pelos tipos 16 e 18 pelo menos uma vez na vida (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Segundo pesquisas, há hipóteses de que o contágio ocorra no início da vida sexual, caracterizando uma infecção transitória, e sem evidências clínicas, podendo ser suprimida alcançando a cura espontaneamente. Entretanto, o bom prognóstico das lesões pode ocorrer em 50% dos casos, a questão é que não é possível determinar quem desenvolverá a cura espontânea (ITO et. al., 2010).

4.5 Imunização contra o HPV

Atualmente, no Brasil, dois tipos de vacinas contra o vírus HPV foram aprovadas, ambas possuem proteínas presentes no capsídeo viral, produzidas através de tecnologia recombinante, a fim de, produzir partículas análogas às virais (VLPs), presentes no capsídeo viral, e também nos cânceres cervicais HPV16 e HPV18 (ROSA et. al., 2009).

Diversos trabalhos foram realizados com o objetivo de evidenciar os benefícios da imunização anti-HPV. Constatou-se que as vacinas são seguras, imunogênicas e efetivas contra a infecção e seus agravos. No entanto, não são capazes de abolir a possibilidade da neoplasia cervical (ROSA et. al., 2009).

Verdade é que a disponibilização das vacinas tem criado intensas perspectivas sobre um impacto positivo no futuro, além de uma economia considerável pela diminuição dos gastos no tratamento das neoplasias, no entanto, o custo elevado da vacina mediante a incógnita de um real resultado ainda é uma dúvida.

Ao contrário das vacinas profiláticas, espera-se que elas atribuam proteção sobre os mais variados tipos de infecções pelo HPV, no entanto, como toda pesquisa em desenvolvimento inicial, o aporte de recursos necessários à

comprovação dos efeitos clínicos, é necessário para que as perspectivas sejam concretizadas (DINIZ; FERREIRA, 2010).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de Pesquisa

Para atingir os objetivos esperados foi realizado estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo sobre a coleta de exames para a prevenção do câncer de colo de útero no município de Buriti, Maranhão, Brasil.

5.2 Local

O município de Buriti está incluso na microrregião de Chapadinha, e fica localizado na porção leste do estado, fazendo limite com o estado do Piauí, separado pelo rio Parnaíba (NASCIMENTO, 2001).

A economia baseia-se no comércio, agricultura e pecuária. Possui clima tropical, assim como parte predominante no estado, proporcionando altas temperaturas na maior parte do ano (NASCIMENTO, 2001).

Segundo dados do IBGE (2010), o município possui, cerca de, 27.013 habitantes, IDH de 0,548 (2010), e área de 1.473.960 km², com maior parte da população localizada na região rural.

A cidade possui 10 equipes de Estratégia de Saúde da Família, ou seja, uma cobertura de 100% de equipes, considerando a Portaria 2.355 GM/MS de 10 de outubro de 2013.

Possui além da Unidade de Saúde Central, Centro de Saúde Osvaldo Farias (CSOF), postos de saúde localizados nos povoados da região.

5.3 Instrumento

A coleta dos dados foi realizada a partir da *Ficha de Exame Citopatológico – Colo do Útero*, estabelecida pelo Instituto Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero, já utilizada, anteriormente a este estudo, pela Instituição.

A coleta dos dados foi realizada no laboratório na Unidade de Saúde do município de Buriti – MA -, onde todas as fichas são arquivadas, inclusive das coletas realizadas na zona rural, nos Postos de Saúde. Os dados são classificados como secundários, ou seja, foram coletados anteriormente, estando assim disponíveis para pesquisa. Apesar disso, o sigilo absoluto, quanto a identificação das mulheres, foi garantido.

O exame é colhido, tanto nos Postos, quanto na unidade sede. São realizados em demanda espontânea, com a disponibilidade semanal, em alguns dos povoados, e diária na Unidade de Saúde Osvaldo Farias (CSOF). O que possibilita o acesso da população.

Precedendo a coleta, é fator essencial, a apresentação do CNS, documento de identificação e o preenchimento da Ficha de Exame.

Após análise os resultados, estes são encaminhados ao setor de Saúde da Mulher, onde as informações são repassadas para um livro de registros que contém dados como: Nome, data de nascimento, Cartão Nacional do SUS (CNS), Agente Comunitário de Saúde, número da lâmina, resultado, profissional responsável pela coleta, data da entrega e assinatura da usuária.

5.4 Amostra

Foram consideradas nesse estudo, as “fichas positivas”, ou seja, que apresentaram algum tipo de alteração celular, de mulheres entre 18 e 64 anos de idade, que realizaram o exame entre os anos de 2013 e 2014.

5.5 Organização e Análise dos Dados

Para realizar o estudo foram enviados à Secretaria Municipal de Saúde do município: um ofício contendo explicação sobre todas as etapas da pesquisa, além de um documento de autorização para a pesquisa a ser assinado pelo gestor, este em três vias, destinadas ao arquivo da instituição, ao laboratório e outra para a pesquisadora.

As fichas foram inicialmente fotografadas, devido à impossibilidade de retirar as fichas do laboratório.

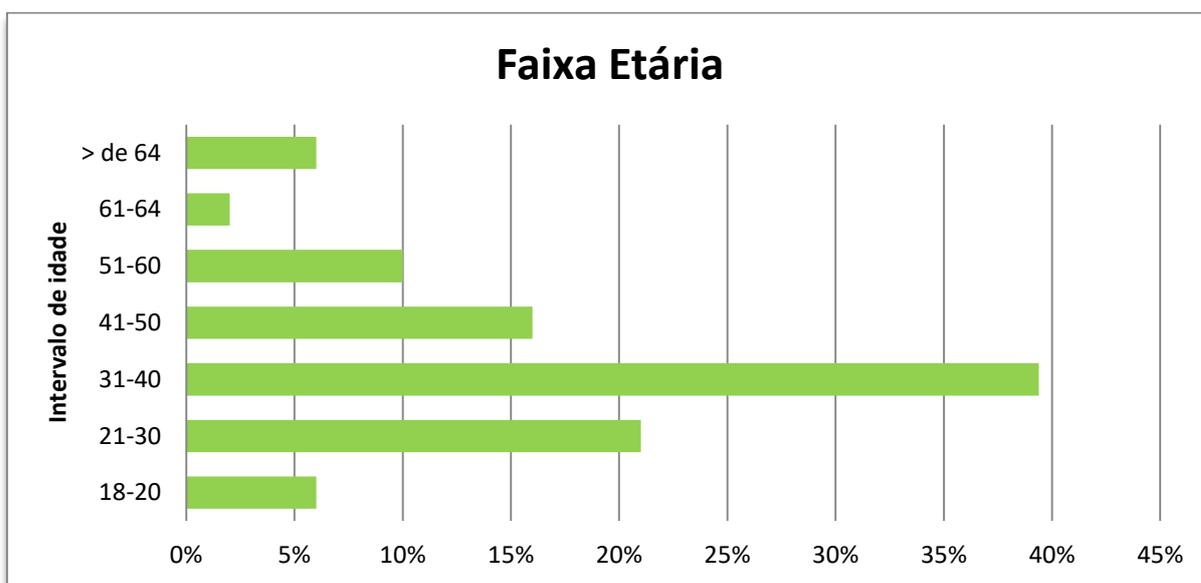
Após coletados foram analisados e inseridos na forma de gráficos e tabelas através do programa Excel 2010.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No presente estudo foram analisadas 147 Fichas de Exames Citopatológico – Colo de Útero, todos com alterações celulares, “positivas”. Sendo destas 86 do ano de 2013 e 61 do ano de 2014.

Destas 6% (9) tinham entre 18 e 20 anos, 21% (31) de 21 a 30, 39% (58) de 31 a 40, 16% (23) de 41 a 50, 10% (14) de 51 a 60, 2% (3) de 61 a 64 e 6% (9) mais de 64 anos.

GRÁFICO 1 – Distribuição numérica e percentual de 147 mulheres submetidas ao Exame Citopatológico, de acordo com a faixa etária. Buriti – MA – 2013 e 2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

A identificação da idade média das mulheres que realizam o exame Papanicolaou no município de realização da pesquisa não foi executável, pois na pesquisa não foram avaliados todos os exames realizados durante os anos 2013 e 2014, mas somente os exames de resultados positivos para as alterações celulares.

No entanto, o estudo corrobora parcialmente com pesquisa realizada por Bim et. al. (2010), em um município do Paraná, com uma amostra de 885 mulheres,

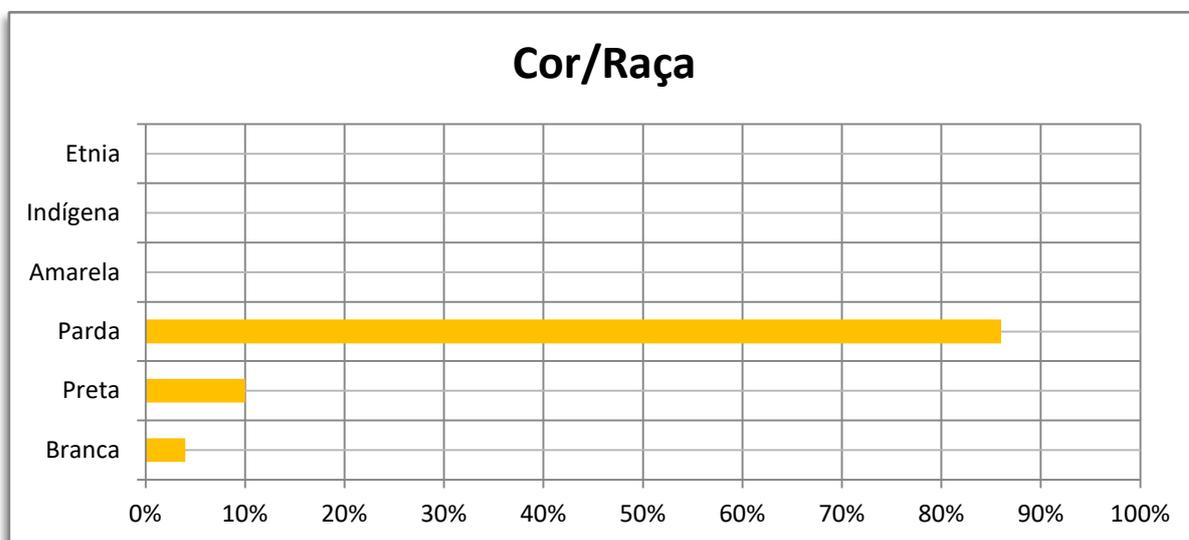
constatou que a realização do exame preventivo de colo foi maior em mulheres entre 29 e 58 anos.

Segundo Lima, Palmeira e Cipolotti (2006) a faixa etária de maior incidência do câncer é de 40 a 50 anos, cerca de 10 a 15 anos após o início das atividades sexuais, e conseqüentemente de maior índice de lesões pré-invasivas.

Das 56 participantes de declararam sua cor/raça, 4% (2) eram brancas, 10% (6) negras, 86% (50) pardas e nenhuma se declarou amarela, indígena ou de outra etnia.

A diversidade de culturas pode ter certa influência no comportamento da população feminina, podendo expô-las a situações de risco, aumentando assim, sua vulnerabilidade às doenças (SANTOS; SIQUEIRA; PEREIRA, 2014).

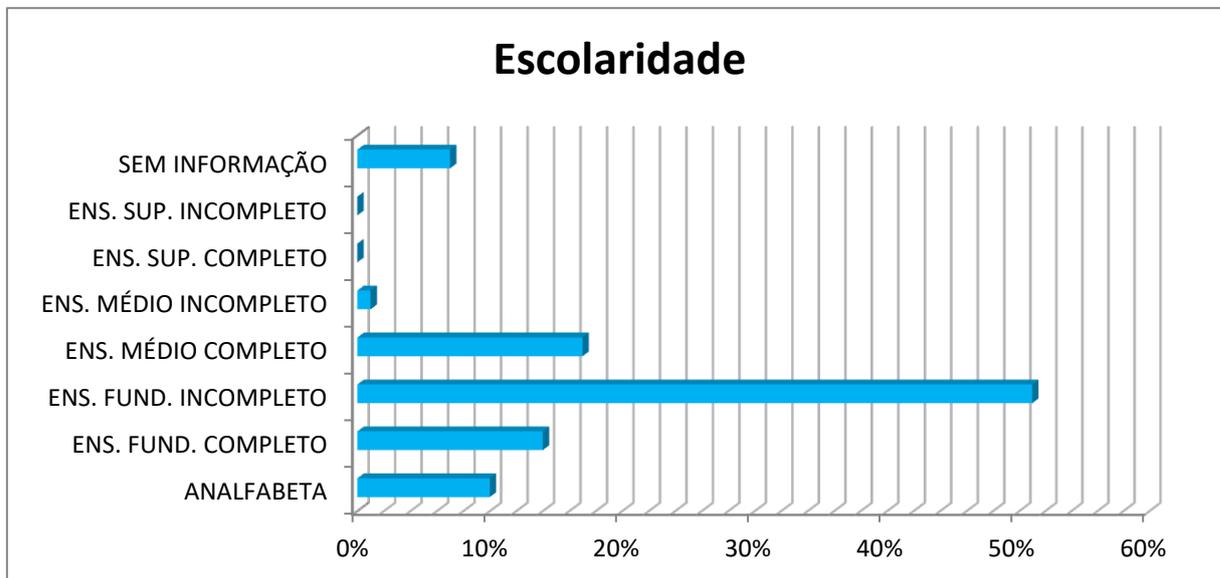
GRÁFICO 2 – Distribuição percentual da raça/ cor das mulheres com resultados positivos para alteração neoplásica segundo auto definição. Buriti - MA – 2013 e 2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere ao Nível de Escolaridade das participantes 10% (15) do total da amostra eram analfabetas, 14% (20) tinham Ens. Fund. Completo, 51% (75) Ens. Fund. Incompleto, 17% (25) Ens. Médio Completo, 1% (1) Ens. Médio Incompleto, 0% com Ens. Sup. Completo ou Incompleto e 7% (11) sem informação.

GRÁFICO 3 – Distribuição percentual do Nível de Escolaridade das mulheres submetidas ao Exame Citopatológico e com resultado positivo para alteração neoplásica. Buriti – MA – 2013 e 2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

As mulheres deste estudo apresentaram baixa escolaridade, mais de 50% possuíam apenas Ens. Fund. Incompleto, o que pode ter influenciado na prática dos cuidados com a saúde, incluindo a deficiência no conhecimento a respeito do Exame Papanicolaou, sugerindo que esse seja um fator que pode contribuir de forma negativa na realização do exame e em outras medidas de prevenção (BIM et. al., 2010).

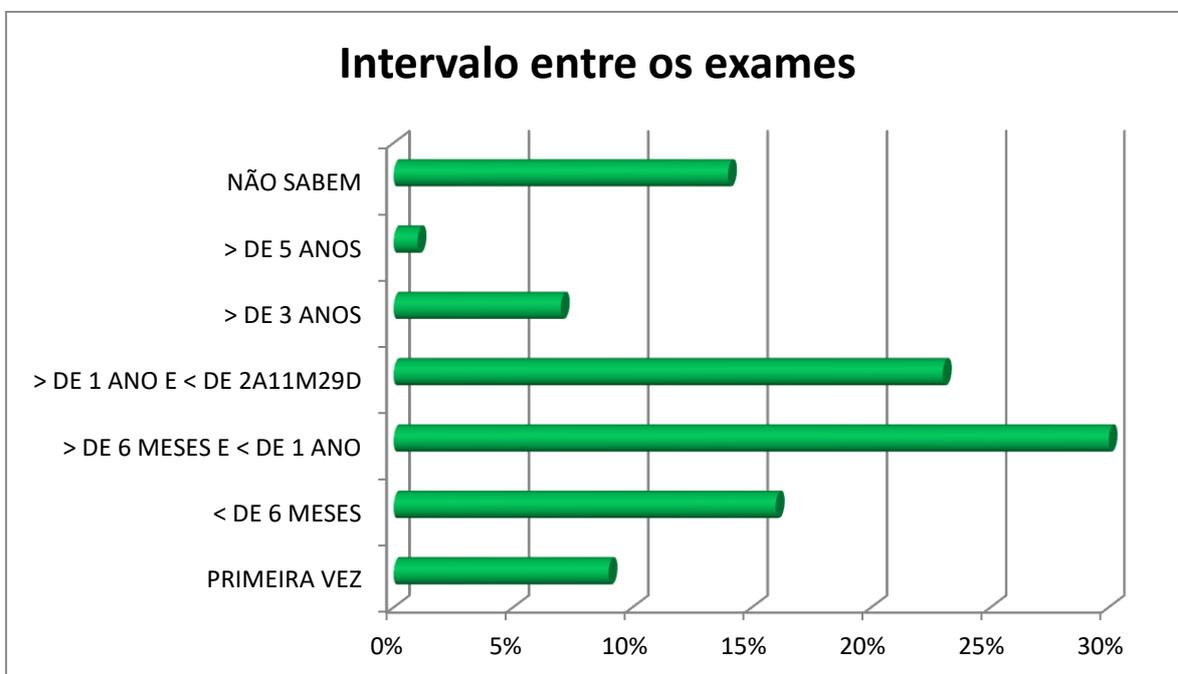
Outra questão que pode ter influenciado também no nível de escolaridade das participantes, é o fato das coletas serem feitas no serviço público de saúde, entende-se que as mulheres de maior nível de escolaridade, e conseqüentemente, de melhor poder aquisitivo, procurem o serviço privado para a realização dos exames de rotina, inclusive o Papanicolaou.

Segundo Silva et. al. (2014) em estudo realizado com dados coletados no sistema de dados SISCOLO, no estado do Maranhão, observou-se que os nos exames citológicos realizados, a maioria eram de mulheres que possuíam baixo nível de escolaridade, com um total de 41,8% possuíam o primeiro grau incompleto.

Assim certifica o resultado deste estudo, onde 51% (75) do total da amostra, entre os exames ignorados/em branco, foram de mulheres desse grau de formação. Sugerindo ser uma realidade sociodemográfica brasileira.

Thuller et. al. (2012), em estudo observacional, também identificou o Ens. Fundamental Incompleto (49%) como a escolaridade mais prevalente, propondo que esse é um fator diretamente relacionado ao surgimento do câncer.

GRÁFICO 4 – Distribuição percentual do intervalo de realização dos Exames Citopatológicos, segundo informações pregressas das usuárias. Buriti-MA – 2013 e 2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

O início da vida sexual se dá cada vez mais precocemente, e de forma desprotegida, expondo as jovens a doenças transmissíveis, dessa forma, a OMS junto com o MS, preconiza que após iniciada a vida sexual deve-se realizar o exame periodicamente, ou seja, trienalmente, após dois resultados anuais consecutivos normais (ARAÚJO; LUZ; RIBEIRO, 2011).

Este estudo constatou que 29% (44) dessas mulheres realizaram o exame entre mais de 6 meses e menos de 1 ano. Ao passo que, 23% (33) referiram fazer entre mais de 1 ano e menos de 3.

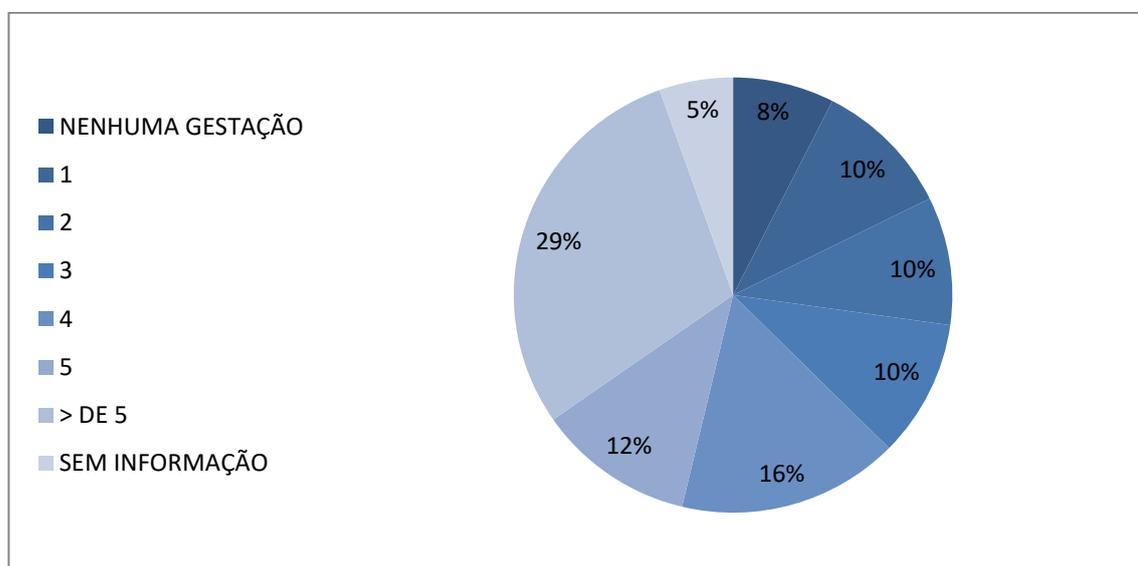
Apesar desse estudo não abranger todas as mulheres do município que realizaram o preventivo, é possível observar que as usuárias não obedecem às recomendações do MS quanto à trienalidade do exame.

Não obstante a frequente realização do exame pelas mulheres buritienses, alcançarem um bom percentual, quando comparadas às demais, é válida a hipótese de que possa haver um grande contingente de exames desnecessários, que podem estar sendo realizados periodicamente pelas usuárias, traduzindo-se em desperdício de verba pública e, dependendo das circunstâncias, dificultando o acesso de mulheres que realmente necessitam realizá-los (MURATA; GABRIELLONI; SCHIRMER, 2012).

Segundo estudos realizados, e corroborando com o resultado desta pesquisa, quanto a periodicidade dos exames, há uma alta concentração de exames realizados antes de 1 ano. Quando a Nomenclatura Brasileira de Laudos Cervicais recomenda que apenas nos casos de amostras insatisfatórias e as que apresentam alterações com necessidade de controle maior, deveria fazê-lo (DIAS et. al., 2010).

A importância desse dado se dá por possibilitar a elaboração de estratégias para otimizar os recursos e promover o acesso às mulheres que nunca realizaram o exame (DIAS, et. al., 2010).

GRÁFICO 5 – Distribuição percentual do número de gestações progressas em 147 mulheres com resultados positivos para neoplasia. Buriti-MA – 2013 e 2014.



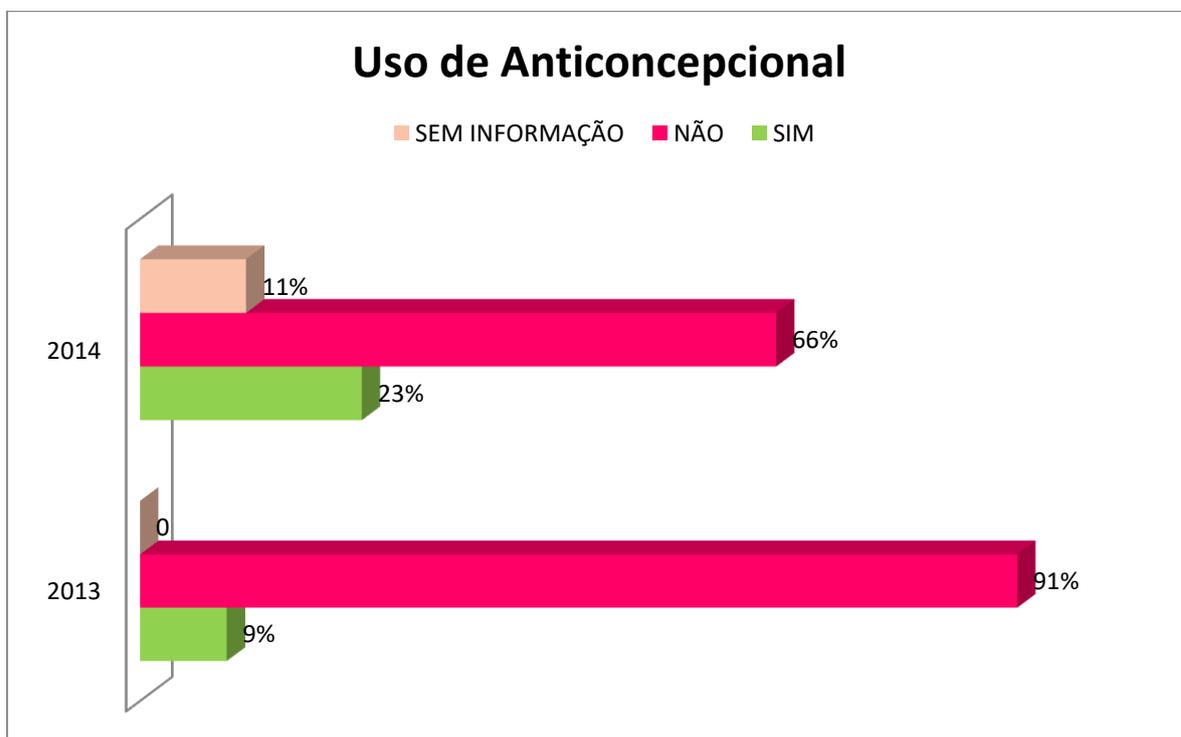
Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os aspectos etiológicos do câncer, a história obstétrica possui significativa importância na sua gênese. Segundo Noronha, et. al (1999) citado por Medeiros, et. al. (2005) quando o primeiro parto se dá antes dos 20 anos, além de multiparidade, há um risco aumentado para o desenvolvimento do câncer.

Da amostra submetida à análise desse estudo, 29% das mulheres que apresentavam algum tipo de alteração/lesão celular, eram múltiparas, e com mais de 5 gestações pregressas. Em contrapartida, somente 8% não haviam tido filhos.

Há uma íntima relação da neoplasia uterina e os hábitos sexuais, ressaltando aqui a multiparidade. Lima, Palmeira e Cipolotti (2006), após análise de um grupo de 7482 mulheres, da região nordeste brasileira, concluiu que o grande número de gestações e a não realização dos exames de prevenção são causas influentes nesse indicador, corroborando, assim, com os achados desse estudo.

GRÁFICO 6 – Distribuição percentual de mulheres que faziam uso de anticoncepcional e que apresentaram resultado positivo para alteração celular. Buriti - MA – 2013 e 2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

No estudo foi observado que a maioria das mulheres, tanto em 2013 quanto em 2014, que apresentaram laudos com alterações celulares, não faziam uso de qualquer tipo de tratamento hormonal.

Segundo Aldrighi et. al. (2002), ao que se supõe, os esteroides femininos exógenos atuam sobre o genoma de HPV, estimulando o processo de carcinogênese.

Em desacordo com sua afirmativa, o estudo mostrou que as alterações não estavam relacionadas ao uso do medicamento.

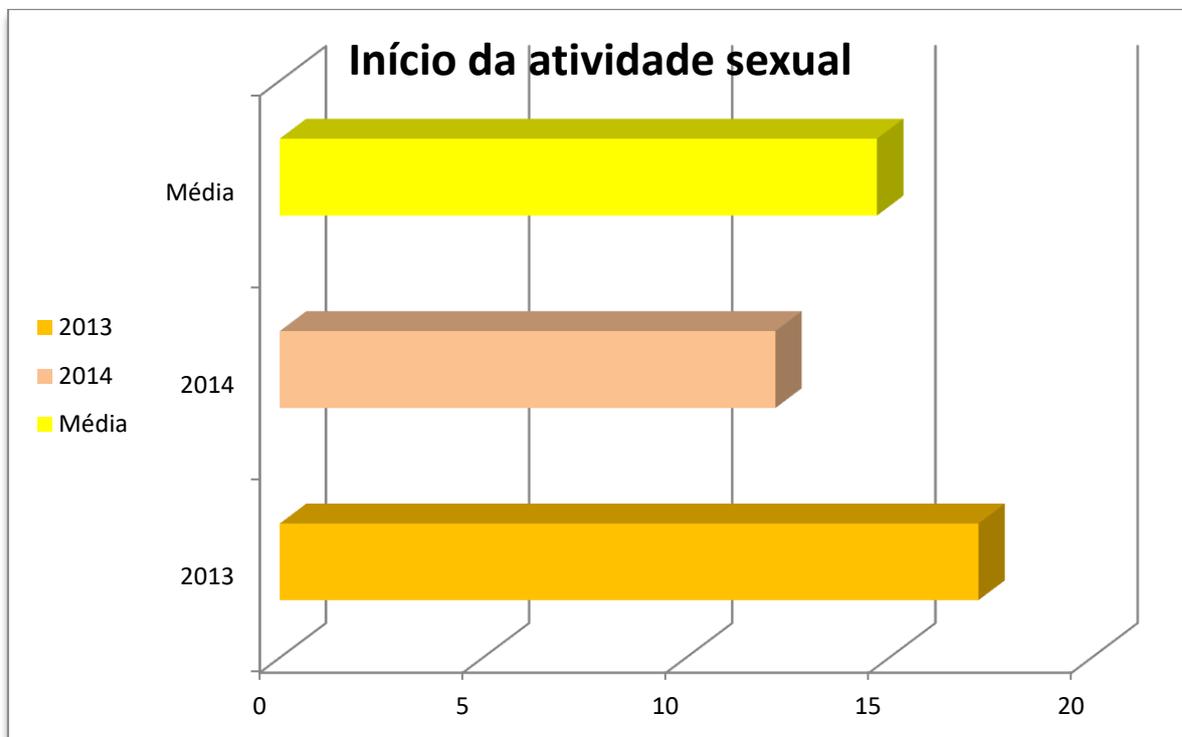
No entanto, ainda assim, é necessária atenção dos profissionais e a orientação devida, ou mesmo um rastreamento de câncer mais rigoroso, no que se refere a esses fármacos, principalmente em mulheres com infecções recorrentes, de vida sexual promiscua e usuárias de longas datas (ALDRIGHI et. al., 2002).

Achados literários, em relação ao uso de métodos contraceptivos, mostram que o uso do anticoncepcional é um fator de risco para a infecção pelo HPV 13. Outros autores, também em menção aos anticoncepcionais, evidenciam que ele atuaria como cofator na transformação celular.

A partir daí, emergem mais questões sobre o comportamento dessas usuárias pela maior liberdade sexual, o que poderia contribuir na incidência da infecção (MURTA et. al., 2001).

Segundo Gomes (2003) citado por Bezerra et. al. (2005, p.146) em pesquisa onde foram analisadas 422 mulheres, que apresentavam carcinoma *in situ*, foi possível identificar que o uso dos contraceptivos quadruplicou o risco de adquirir a patologia. No entanto, questionam-se esses resultados por esse fator, justificando que o risco aumentado se dá pelo fator comportamental dessas mulheres, pois estimula a prática sexual sem preservativo, favorecendo doenças sexualmente transmissíveis.

GRÁFICO 7 – Distribuição numérica e taxa média de início da atividade sexual entre as mulheres com resultado positivo para alteração celular. Buriti- MA – 2013 e 2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

O início da vida sexual é considerado um marco na vida dos jovens, e com o passar dos anos tem iniciado cada vez mais precocemente. No Brasil, essa média, em relação à primeira relação sexual, é de 15 anos para o sexo feminino e 14 anos para o sexo masculino (HUGO, et. al., 2011).

O número de parceiros sexuais, os hábitos e a idade desses parceiros em relação à mulher, configuram-se como fatores de risco para a infecção pelo HPV. Estudos revelam também, que, quanto mais precoce o início da vida sexual, maior é o risco de infecção (MARTINS et. al., 2007).

Segundo Melo et. al. (2009) citado por Barasuol e Schmidt (2014, p. 143) a relação entre os fatores de risco e neoplasia entre as adolescentes, refere-se à zona de transformação do colo, onde localiza-se a ectocérvice, deixando-o mais vulnerável, aumentando o risco ainda mais pelos múltiplos parceiros e o não uso do preservativo.

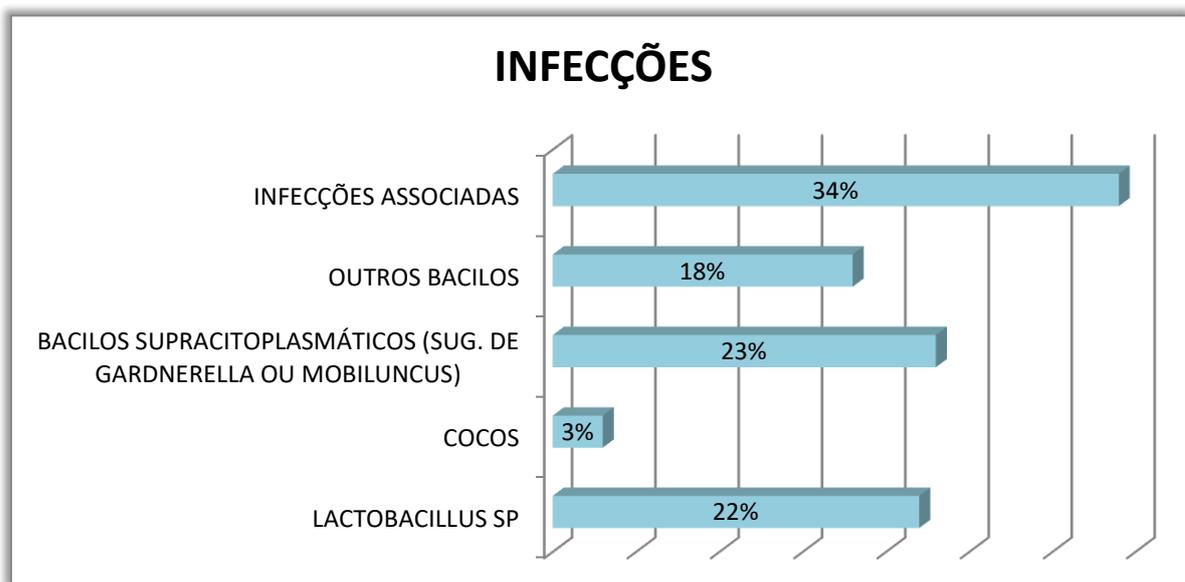
A pesquisa revelou que no ano de 2013, a média de idade foi de 17,2; em 2014 essa idade teve um decréscimo para 12,2. Totalizando uma média de iniciação da atividade sexual de 14,7, aproximadamente 15 anos de idade.

Esse estudo condiz com os achados da pesquisa realizada por Martins et. al. (2007), que em análise realizada em três Centros Hospitalares de São Paulo, e cerca de 8649 mulheres, cerca de 76,4% referiram ter início da atividade sexual entre 14 e 20 anos.

Segundo Hugo et. al. (2011) há uma relação inversamente proporcional entre o nível de escolaridade e o risco de iniciação precoce da atividade sexual. Constatou que jovens que tinham até 4 anos de estudo, revelaram um risco acrescido de 41% em comparação às que possuíam 12 ou mais anos de estudo.

Antes dos 18 anos a cérvix ainda não está completamente formada e os níveis de hormônios não estabilizados. A educação sexual deficiente pelos pais, ou a negligência pela Escola e pelos órgãos governamentais, favorecem a formação de uma sexualidade deturpada e moldada pela mídia, influencia a promiscuidade entre os jovens e favorece o aparecimento de agravos como as DSTs, HIV e o câncer (BEZERRA, et. al., 2005).

GRÁFICO 8 – Distribuição percentual das infecções mais frequentes nas mulheres com alterações celulares. Buriti-MA – 2013 e 2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre as 25 causas mais comuns da procura pelo atendimento, as vulvovagites inserem esse quadro. Nesse estudo, a observação das incidências dessas infecções foi analisada, tornando possível a observação das infecções mais comuns nos anos de 2013 e 2014.

Ao analisarmos as infecções, das mulheres que apresentaram apenas uma das infecções, o bacilo supracitoplasmático, sugestivo de *gardnerella vaginalis*, atingiu 23% (34) do total da amostra, enquanto *lactobacillus sp* ficou em segundo lugar, com 22% (32) e cocos 3% (4).

Corroborando com pesquisa realizada por Campos et. al. (2010), em análise realizada na região nordeste, mais especificamente no estado do Maranhão, constatou, após análise dos exames citopatológicos das amostras cérvico vaginais, que a presença de bacilos apareceu em cerca de 56,8%, cocos 42,2% e lactobacilos (*lactobacillus sp*) 35,2%.

No entanto, a flora vaginal possui uma grande variedade de bactérias, formando uma flora mista composta de cocos e bacilos, além dos lactobacilos (SILVA, et. al., 2014), sendo essa a possível causa das infecções diagnosticadas em associação, onde 34% (50) foram identificadas.

Dentre elas: 32 casos de cocos e bacilos; 8 de cocos, bacilos e *trichomonas vaginalis*; 2 de outros bacilos e *lactobacillus sp*; 2 de *trichomonas vaginalis* e *gardnerella*; 3 de cocos, bacilos, *candida sp* e *trichomonas vaginalis*; e 1 de *lactobacillus sp* e *candida sp*.

TABELA 1 – Distribuição numérica e percentual das atípias acelulares encontradas na amostra estudada. Buriti - MA– 2015 - 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Atípias em células escamosas		
Lesão intra-epitelial de baixo grau (Compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC I).	61	71
Lesão intra-epitelial de alto grau (NIC II e III).	22	26
Lesão Intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro invasão.	3	3
Carcinoma epidermóide invasor	0	0
Total	86	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo a OMS a cobertura do exame Papanicolaou é de no mínimo 80% da população de 25 a 59 anos. Apesar de este estudo não contemplar todas as mulheres do município, não abrangendo, por exemplo, os serviços particulares, foi possível observar que 71% das mulheres apresentaram lesão de baixo grau, NIC I. 26% NICs II e III, 3% lesão de alto grau, onde não se pode excluir micro invasão e nenhum carcinoma invasor.

Os achados desse estudo condizem com o realizado por Melo et. al (2009) que constatou que a maior frequência foi alterações ocorridas foi de NIC I.

As alterações celulares de baixo grau é fator que converge para o surgimento do câncer, no entanto, nem toda NIC I progride para um processo invasor (MELO, et. al., 2009).

Apesar disso, toda alteração celular deve ser considerada importante e tratada, pois não é possível determinar qual progredirá ou não para surgimento da neoplasia (MELO, et. al., 2009).

7 CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou conhecer a realidade das mulheres, servindo como base para o conhecimento e delineamento de situações de risco para o câncer de colo.

É possível concluir que as mulheres têm na sua maioria um baixo nível de escolaridade, fator que pode interferir diretamente no nível de conhecimento, quanto às medidas de prevenção do câncer.

A média da idade de início sexual das mulheres é de 15 anos, dado que merece atenção da Saúde de Pública, pois as meninas podem, considerando os dados de nível de escolaridade, não estar sendo devidamente instruídas sobre as medidas de prevenção, tanto das DSTs, quanto nesse caso específico, do HPV.

Não podendo excluir, a gravidez precoce, pois interfere diretamente no nível de escolaridade, visto que, influência na continuidade da escola, não podendo deixar de mencionar a qualidade de vida e saúde, em todos os âmbitos, dessas mulheres.

Quando se fala de Planejamento Reprodutivo, as mulheres, mesmo com os avanços das medidas de controle gestacional, engravidam cedo, fato facilmente comprovado pelo índice de múltiparas, e também de mulheres que não utilizam medidas hormonais (anticoncepcionais).

No que se refere à periodicidade da realização dos exames, é possível deduzir que, as usuárias realizam o exame com intervalos muito curtos, menos de um ano, contrariando as orientações do MS juntamente com a OMS.

Fator que pode mostrar determinada eficácia no quantitativo anual de exames realizados, porém trazendo certa ineficiência, pois as mulheres que nunca realizaram preventivo, consideradas de maior risco, podem ser prejudicadas, tanto pela falsa ideia de alcance de metas, no planejamento de ações governamentais,

nas estratégias para adesão das mulheres que nunca realizaram, na redução das verbas públicas e no gasto desnecessário com materiais.

As afecções celulares que mais acometem as mulheres são aquelas causadas pela associação de infecções, a ressaltar a *Gardnerella vaginalis*. Apesar de serem multifatoriais as causas dessas vaginoses, é interessante ressaltar que ela, por vezes, assume um caráter de DST.

Observa-se, portanto, uma necessidade de capacitação e aprimoramento dos programas, a fim de que, as mulheres que estão inclusas do perfil de “população de risco” sejam alcançadas. É indispensável investimentos em estruturas consideradas básicas, para se pensar em reduzir de forma eficaz a mortalidade por câncer na população de risco.

REFERÊNCIAS

- ALDRIGHI, J. M; ALDRIGHI, A. P. S; PETTA, C. A. **Contracepção hormonal oral, HPV e risco de câncer cérvico-uterino**. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2002, vol.48, n.2, pp. 96-96.
- ARAÚJO, C. S; LUZ, H.A; RIBEIRO, T. F. R. **Exame preventivo de Papanicolaou: percepção das acadêmicas de enfermagem de um centro universitário do interior de Goiás**. REME – Rev. Mineira de Enfermagem; 15 (3): 378-385, jul/set, 2011.
- BARASUOUL, M. E; SCHIMIDT, D. B; **Neoplasia do colo do útero e seus fatores de risco: Revisão Interativa**. Rev. de Saúde e Desenvolvimento. Vol.6, n.3, jul/dez 2014.
- BEZERRA, S. J. S; GONÇALVES, P; FRANCO, E.S; PINHEIRO, A. K. B. **Perfil das mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo de útero**. DST – J. bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis 17 (2): 143-148, 2005.
- BIM, C. R; PELLOSO, S. M; CARVALHO, M. B; PREVIDELLI, I. T. S; **Diagnóstico precoce de câncer de mama e colo de útero em mulheres do município de Guarapava, PR, Brasil**. Rev. Esc de Enfermagem USP 2010; 44 (4): 940-946
- CARVALHO, M. C. P; QUEIROZ, A. B. A. **Lesões Precursoras do Câncer Cevicouterino: Evolução histórica e subsídios para a consulta de enfermagem ginecológica**. Esc. Anna Nery (impr), 2010 jul-set; 14 (3): 617-624.
- DIAS, M. B. K; TOMAZELLI, J. G. ASSIS, M. E. **Rastreamento do Câncer do colo do Útero no Brasil: Análise de Dados do SISCOLO no período de 2002-2006**. Epidemiologia. Serv. Saúde, Brasília, 19 (3); 293-306, jul/set 2010.
- DINIZ, M. O; FERREIRA, C. C. S. **Biotecnologia aplicada ao desenvolvimento de vacinas**. Estudos Avançados, 24 (70), 2010.
- FIGUEIREDO, N. M. A; LEITE, J. L; MACHADO, W. C. A; MOREIRA, M. C; TONINI, T. **Enfermagem oncológica: conceitos e práticas**. 1ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.
- FILHO, V. W. **Consumo de bebidas alcoólicas e risco de câncer**. Rev. USP São Paulo 2012 - 2013; 96: 37-46.
- FRANÇA, M. C. A; FRANÇA, M. C. S; MORAES, S. D. S. **Conhecimento de mulheres e sua relação com o câncer uterino**. Cogitare Enfermagem 2013 jul/set; 18 (3): 509-14.
- FREITAS, H. G; SILVA, M. A; THULER, L. C. S. **Câncer de Colo de Útero no Estado de Mato Grosso do Sul: detecção precoce, incidência e mortalidade**. Ver, Brasileira de Cancerologia 2012; 58 (3): 399 – 408.

HUGO, T. D. O; MAIER, V. T; JANSEN, K; RODRIGUES, C. E. G; CRUZEIRO, A. L. S; ORES, L. C; PINHEIRO, R. T; SILVA, R; SOUZA, L. D. M. **Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional.** Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 (11): 2207:14, nov., 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em:
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Normas e recomendações. Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48 (1): 13-15.

ITO, M. M; VARGAS, S. M; SUZUKI, L. E; MERLIN, J.C. **Dimensão da participação do Papiloma Vírus Humano na evolução do câncer cérvico-vaginal.** RBAC, 2010, vol. 42 (2): 127-129.

LIMA, C. A; PALMEIRA, J. A. V; CIPOLOTTI, R. **Fatores de Risco associados ao câncer de colo de útero.** Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (10): 2151-2156, 2006.

MARTINS, LFL; THULER, LCS; VALENTE, J. G. **Cobertura do Exame Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma visão sistemática de literatura.** Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstet. 2005; 27 (8): 485-492.

MARTINS, C. M. R; FILHO, A. C; HAMMES, L. S; DERCHAN, S. F. M; NAUD, P; MATOS, J. C; LINGER, E. T; SIRIAN, L; GONDIJO, R. C; MAEDA, M. Y. S; SYRIANEN, K. J. **Associação entre o início da atividade sexual e a subsequente infecção por Papiloma Vírus Humano: resultados do programa de rastreamento brasileiro.** Rev. Brasileira Ginecol. Obstet. 2007; 29 (11): 580 – 7.

MEDEIROS, V. C. R. D; MEDEIROS, R. C; MORAES, L. M; FILHO, J. B. M; RAMOS, E. S. N; SATURNINO, A. R. D. **Câncer de Colo de Útero: Análise Epidemiológica e Citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte.** Rev. Bras. de Análises Clínicas 2005; 37 (4): 227-231.

MELO, C.S.C; VILENA, F.;SALIMENNA, A. M. O; SOUZA, I. E. O. **O enfermeiro na Prevenção do Câncer do Útero: o cotidiano na Atenção Primária.** Rev. Brasileira de Cancerologia 2012; 58 (3): 389-398.

MELO, S. C. C. S; PRATES, L; CARVALHO, M. D. B; MARCON, S. S; PELOSO, S. M. **Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência de câncer de colo uterino.** Rev. Saúde Enferm., Porto Alegre, RS, 2009. 30 (4): 602-608.

MERIGHI, M. A. B; HAMANO, L. CAVALCANTE, L. G. **O exame preventivo de câncer cérvico-uterino: Conhecimentos e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública.** Rev. Esc. Enfermagem USP 2002; 36 (3): 289-296.

MURATA, I. M. H; GABRIELLONI M. C; SCHIRMER J. **Cobertura do Papanicalaou em Mulheres de 25 a 59 anos de Maringá – PR, Brasil.** Rev. Bras. de Cancerologia 2012; 58(3): 409-415.

MURTA, E. F.C; SOUSA, S. J. A; JUNIOR, E. A. **Infecção pelo Papiloma Vírus Humano em Adolescentes: Relação com o método anticoncepcional, gravidez, fumo e achados citológicos.** RBGO; v. 23; 2001. 23 (4): 217-221, 2001.

NAKAGAWA, J. T. T; SCHIRMER, J; BARBIERY, M. **Vírus HPV e câncer de colo de útero.** Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, 2010 mar-abr; 63 (2): 307-11.

NASCIMENTO, M. N. **Geografia do Maranhão.** São Paulo – SP: Editora FTD, 2001.

NASCIMENTO, M. I; SILVA, G. A; MONTENEGRO, G. T. R. **História prévia de realização de teste Papanicolaou e câncer do colo do útero: estudo caso-controle na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.** Cad.de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 (10): 1841 – 1853, out; 2012.

ROSA, M. I; MEDEIROS, L. R; ROSA, D. D; BOZZETI, M. C; SILVA, F. R; SILVA, B. R. **Papilomavírus Humano e Neoplasia Cervical.** Caderno de Saúde Pública, 2009 mai, 25 (5): 953-964.

SANTOS, T. B. A; SIQUEIRA, M. F. C; PEREIRA, Q. L. P. **Perfil das mulheres que realizam o exame Papanicolaou em um município da região do Médio Araguaia Mato – Grossense.** Interdisciplinar: Rev. Eletrônica da UNIVAR 2014; 11 (1) 131 – 136.

SANTOS, F. A. P. S; BRITO, R. S; SANTOS, D. L. A. **Exame Papanicolaou: avaliação da qualidade do esfregaço cervical.** Rev. Rene, Fortaleza, 2011, jul/set 12 (3): 645-648.

SANTOS, U. M; SOUZA, S. E. B. **Papiloma Vírus Humano, câncer de colo uterino e Papanicolaou: Revisão de Literatura.** Rev. Saúde Pública. Santa Catarina, Florianópolis, v.6, n.3, p. 80-90, jul/set 2013.

SANTOS, T. B. A; SIQUEIRA, M. F. C; PEREIRA, Q. L. P. **Perfil das mulheres que realizaram o exame Papanicolaou em um município da região do Médio Araguaia Mato Grossense.** Interdisciplinar. Rev. Eletrônica da UNIVAR 2014; 11 (1) 131-136.

SILVA, D. S. M; SILVA, A. M. N; BRITO, L. M. O; GOMES, S. R. L; NASCIMENTO, M. D. S. B; CHEIN, M. B. C. **Rastreamento do câncer de colo de útero no Estado do Maranhão, Brasil.** Ciências & Saúde Coletiva, 19 (4): 1163-1170, 2014.

TANAKA, V. A; FAGUNDES, L. J; CATAPAN, L; GOTLIEB, S. L. D; JUNIOR, W. B; ARNONE, M; SOREANO, R; MORAES, F. R. B. **Perfil epidemiológico de mulheres com vaginose bacteriana atendidas em um ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, em São Paulo, SP.** Rev. Bras. Dermatológica 2007; 82 (1): 41-6.

THURLER, L. C. S; BERGMANN, A; CASADO, L. **Perfil das pacientes com câncer no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária.** Rev. Bras. de Cancerologia 2012;58(3): 351-357.