

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NALDIRENE MAYA MARTINS
NAURA CUTRIM CORREIA
NELY ANUNCIAÇÃO SANTOS

**ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS DOS EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER
DE COLO DO ÚTERO, DO MUNICÍPIO DE VIANA-MA, EM 2004**

São Luís
2008

**NALDIRENE MAYA MARTINS
NAURA CUTRIM CORREIA
NELY ANUNCIÇÃO SANTOS**

**ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS DOS EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER
DE COLO DO ÚTERO, DO MUNICÍPIO DE VIANA-MA, EM 2004**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Mestre José Ulcijara Aquino.

São Luís

2008

NALDIRENE MAYA MARTINS
NAURA CUTRIM CORREIA
NELY ANUNCIÇÃO SANTOS

**ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS DOS EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER
DE COLO DO ÚTERO, NO MUNICÍPIO DE VIANA-MA, EM 2004**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família do
LABORO – Excelência em Pós-Graduação /
Universidade Estácio de Sá, para obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. José Ulcijara Aquino (Orientador)
Mestre em Medicina
Universidade Federal do Paraná

Prof. Mônica Elinor Alves Gama
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo – USP.

*Faça de cada dia uma oportunidade nova de
burilamento e aprendizado.*

Lourival Lopes

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade da realização deste trabalho.

Agradecemos em especial as pessoas e a instituição que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste estudo.

Ao nosso Orientador, José Ulcijara Aquino, médico e mestre em Oncologia pelo acompanhamento e orientação deste trabalho.

Ao Engenheiro Agrônomo, especialista em Gestão Pública, Júlio César Sousa Martins, pela atenção e total comprometimento durante todo o processo de elaboração deste estudo, o que fez com que o mesmo ficasse o mais original possível.

Ao Diretor do Centro de Saúde Bonifácio Pacífico Serra, José Ribamar D'Oliveira Costa Neto, Administrador hospitalar, pela receptividade e disponibilidade das informações e dados imprescindíveis à execução deste estudo.

Aos Mestres do Curso de Especialização em Saúde da Família que contribuíram com seus ensinamentos e enriquecimentos do nosso aprendizado.

Aos nossos pais pela dedicação e amor dispensados em todos os momentos de nossas vidas: Otavia Rosa dos Santos (*in memoriam*), Rinaldi Lassália Lualleta Maya e Cirene Araújo Maya (*in memoriam*) Jair Nascimento Cutrim e Laurita Araújo Cutrim,.

Aos nossos irmãos, filhos, esposos, amigos e familiares por acreditarem, apoiarem e torcerem pelo nosso sucesso.

Aos nossos colegas de sala de aula pelo companheirismo e troca de experiências.

À Joseana Serra pela digitação, normatização e formatação deste trabalho.

RESUMO

Características dos exames preventivos de câncer de colo do útero. Estudar as características dos exames preventivos de câncer de colo do útero coletado no Centro de Saúde Bonifácio Pacífico Serra-Viana-MA é o objetivo deste trabalho. Para tanto, buscou-se as fundamentações teóricas que nortearam este estudo, apresentando um conjunto de terminologias, revisão de literatura, estudos epidemiológicos e o papel dos profissionais de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero. Em seguida, elegeu-se a metodologia quantitativa, descritiva e retrospectiva, utilizando como instrumento de coleta de dados contidos no livro de registro de exames. Os dados foram tabulados e apresentados em forma de tabelas e gráficos para posterior análise. Os resultados e discussões, abordou-se a meta nacional de exames preventivos de câncer de colo do útero, diagnóstico da situação da doença no município de Viana-MA, descrevendo-se a distribuição mensal dos exames coletados em 2004, a distribuição dos exames preventivos por faixa etária, os resultados dos exames por faixa etária e encaminhamento para biopsia e colposcopia para os resultados com NIC ainda apresenta-se o número de exames por enfermeiro, por ano/mês/dia. Finalmente, apresenta-se a conclusão do estudo.

Palavras-chave: Epidemiologia. Câncer. Câncer de colo do útero. Exame Papanicolau.

ABSTRACT

Features of preventive examinations of cancer of the cervix. Studying the characteristics of preventive examinations of cancer of the cervix collected in the Health Centre Bonifacio Pacific-Sierra Viana-MA is the objective of this work. For both, sought are the theoretical arguments that guided this study, presenting a set of terminology, review of literature, epidemiological studies and the role of Nurses in the prevention of cancer of the cervix. Then elected to the quantitative methodology, and descriptive retrospect, using as a tool for collecting data contained in the book of records of examinations. Data were tabulated and presented in form of tables and graphs for further analysis. The results and discussions, addressed to the national goal of preventive examinations of cancer of the cervix, diagnosis of the disease in the municipality of Viana, MA, describing it is the distribution of the monthly examinations collected in 2004, the distribution of preventive examinations by age, the results of examinations by age and referral for colposcopy and biopsy to results with IAS also presents itself the number of tests per nurse per year / month / day. Finally, it presents the conclusion of the study.

Key-words: Epidemiology. Cancer. Cancer of the cervix. Papanicolau test.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos exames Papanicolau, coletados por mês em 2004, no Centro de Saúde Bonifácio Serra – Viana-MA	37
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos 1.346 exames realizados em Viana-MA, em 2004, segundo resultado	38
Gráfico 1 – Distribuição percentual dos exames Papanicolau, segundo os resultados	38
Tabela 3 – Distribuição dos resultados dos exames preventivos coletados no Centro de Saúde Bonifácio Pacífico Serra, Viana-MA, 2004	43
Gráfico 2 – Distribuição percentual dos exames Papanicolau coletados no Centro de Saúde Bonifácio Serra em 2004, segundo a faixa etária	44
Tabela 4 – Demonstrativo da quantidade de mulheres de Viana-MA que realizaram consultas médicas e exames complementares, segundo a faixa etária – 2004	45
Gráfico 3 – Distribuição percentual dos resultados dos exames Papanicolau, segundo encaminhamento para consultas médicas	46
Tabela 5 – Distribuição média de exames Papanicolau, por enfermeiros ano/mês/ dia	46
Tabela 6 – Distribuição de pacientes do sexo feminino com neoplasia maligna no Maranhão-2004	47
Tabela 7 – Distribuição de óbitos, segundo o tipo de neoplasia maligna no Maranhão-2004	48

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 Terminologia	15
3.2 Câncer de colo do útero	18
3.2.1 Definições.....	18
3.2.2 O exame Papanicolau.....	21
3.2.3 Incidência do câncer de colo do útero.....	21
3.2.4 Mortalidade por câncer de colo do útero.....	22
3.2.5 Fatores de risco do câncer de colo do útero.....	22
3.2.6 Estadiamento do câncer de colo do útero.....	24
3.2.7 Papiloma vírus humano e câncer de colo do útero.....	26
3.2.8 Prevenção do câncer de colo do útero.....	27
3.3 Estudos epidemiológicos	28
3.4 Os profissionais da Enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero	32
4 METODOLOGIA	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 Meta Nacional de exames preventivos de câncer de colo do útero	37
5.2 Diagnóstico da situação da doença	38
5.2.1 Negativo para câncer.....	39
5.2.2 Número de exames negativo para câncer, com processo inflamatório.....	40
5.2.3 Número de exames negativo para câncer com atipia.....	40
5.2.4 Número de exames negativo para câncer com atipia de segmento indeterminado.....	40
5.2.5 Número de exames com efeito citopatológico compatível com HPV.....	40
5.2.6 Número de exames com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) I.....	41
5.2.7 Número de exames com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) I + HPV (Papiloma Vírus Humano).....	41
5.2.8 Número de exames com Neoplasia intra-epitelial cervical NIC II.....	41

5.2.9 Número de exames com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) II + HPV	41
5.2.10 Número de exames com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) III.....	41
5.2.11 Número de exames com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) III + Carcinoma in situ.....	42
5.2.12 Número de exames com inflamação + metaplasia.....	42
5.2.13 Número de exames com Clamídia	42
5.2.14 Sugere bacterioscopia.....	42
5.2.15 Material hemorrágico.....	42
5.2.16 Número de exames sem resultados.....	42
5.3. Relação faixa etária e resultados de exames.....	43
5.3.1 População estudada segundo a faixa etária.....	44
5.4 Número de consultas médicas e exames complementares	46
5.4.1 Consultas médicas	46
5.4.2 Exames complementares	47
5.5 Número de exames por enfermeiros segundo ano/mês/dia.....	47
5.6 Câncer de colo do útero no Maranhão em 2004	48
5.6.1 Neoplasia maligna em mulheres no Maranhão	48
5.6.2 Óbitos por neoplasia maligna no Maranhão, segundo o tipo/localização-2004....	49
6 CONCLUSÃO	50
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE.....	57
ANEXO	58

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero é uma doença própria dos países do 3º mundo em todos os aspectos: o descaso pela saúde pública, a falta de informação a população pobre; a falta de assistência médica preventiva adequada faz com que convivamos com esta alarmante realidade. Em geral, sua ocorrência se dá mais frequentemente entre populações mais carentes – devido a multiparidade, falta de higiene, início da vida sexual precoce; possui íntima relação com a vida sexual ativa e infecção viral – cerca de 80% dessas neoplasias estão associadas ao papiloma vírus humano (HPV), transmitido sexualmente; assim, o câncer de colo uterino configura-se como a única neoplasia ligada diretamente a transmissão de uma infecção viral. (LOPES; CORRÊA, 1995)

Mesmo considerando a evolução tecnológica da medicina e os avanços na área de conhecimento oncológico, o câncer de colo do útero continua com sua incidência e mortalidade em crescimento em nosso país e as principais armas de combate a esta doença ainda é a prevenção, através das ações educativas e o exame Papanicolau, pois o conhecimento do câncer embora venha de muitos séculos, somente nas últimas décadas, vem adquirindo uma dimensão maior, transformando-se em evidente problema de saúde pública em todo o mundo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2000).

A palavra câncer vem do latim e significa caranguejo, esse nome está relacionado com a semelhança entre as pernas do crustáceo e os tentáculos do tumor, que se infiltram nos tecidos sadios do corpo (SÁ, 2004).

No Brasil, observa-se que a partir dos anos 60 (sessenta) as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte sendo substituída pelas doenças do aparelho circulatório e neoplasia, revelando assim, a necessidade de práticas de prevenção e controle do câncer imediatamente. Caso não haja intervenção neste sentido, já no início deste século, o câncer passará a ser a primeira causa de morte nos países em desenvolvimento no caso o Brasil (BARACAT, 2000).

Segundo SÁ (2004, p.13), dados epidemiológicos revelam que não há diferenças estatísticas significativas de gênero, quando se estuda o câncer no Brasil, enquanto causa de morte. Entretanto, alguns cânceres são específicos de

determinado gênero, como é o caso do câncer de próstata no homem, e de colo do útero na mulher.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) 6.000.000 (seis milhões) de mulheres entre 35 e 49 anos nunca fizeram exame ginecológico. É nesta faixa etária que se preconiza a maior incidência de casos posteriores de câncer de colo do útero que se tratado a tempo pode mudar os resultados da estatística e milhares de mulheres poderiam estar levando uma vida normal (BRASIL, 2000).

O câncer de colo do útero é o segundo mais comum a acometer as mulheres no mundo com uma estimativa de 500.000 (quinhentos mil) casos e mais de 230 mil casos de morte por ano, a maioria dos casos ocorre em países em desenvolvimento, caso o Brasil (BARACAT, 2000).

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que o câncer de colo do útero seja o terceiro mais comum na população feminina, sendo superado somente pelo câncer de pele não melanoma e o câncer de mama (BARACAT, 2000). Contudo, o diagnóstico do câncer tem sido cercado por medo, incertezas e tabus, interferindo profundamente nas estruturas individual e familiar.

A maior incidência nacional do câncer de colo do útero é no Estado de Pernambuco (BARACAT, 2000).

No Maranhão o câncer de colo do útero está em primeiro lugar entre os outros tipos de câncer numa estimativa de 48,6% de casos e 18,02% de mortes (MARANHÃO, 2002).

Em 2004, em Viana foram confirmados 19 casos de câncer de colo uterino. É consenso entre os estudiosos do câncer de colo do útero que, se a doença for diagnosticada precocemente, há maior probabilidade de cura, portanto a prevenção ainda é a principal estratégia de combate à mesma. Entretanto, para nortear ações preventivas, educativas, com vista a solucionar este problema de saúde pública, é necessário que os gestores públicos conheçam em profundidade, as condições relacionadas à doença: sua distribuição, os fatores determinantes da mesma e ainda as condições relacionadas à saúde, em uma determinada população da região que querem atuar.

Assim, os esforços são contínuos para adesão aos programas de controle do câncer onde é possível fazer diagnóstico preciso, tratamento apropriado e obter qualquer tipo de informação que proporcione maior visão nos diagnósticos do câncer (SÁ, 2004, p.12).

Estamos nos referindo a necessidade de um estudo epidemiológico da doença, de um diagnóstico socioeconômico, cultural e ambiental da população sujeita a ser acometida. Só com estes instrumentos que podemos realizar planejamento para efetivar as ações de controle.

Se referindo a este assunto, Teixeira (2005, p. 4) diz que: “a articulação entre a epidemiologia e o planejamento de saúde é um dos temas que mais tem mobilizado a atenção dos pesquisadores docentes e profissionais dos serviços, no contexto recente da Reforma Sanitária Brasileira”.

Em planejamento, o diagnóstico é a principal ferramenta do gestor público para formulação de políticas públicas. São com bases em diagnósticos que as diretrizes de uma determinada política são definidas, que os problemas e as demandas da sociedade são identificadas (UGÁ, 1994).

No Brasil, a utilização de epidemiologia no processo de formulação de políticas e estratégias no plano de “macro-sistema” vem, recentemente, se expressando no debate sobre a utilização de critérios epidemiológicos, para divisão de recursos federais no âmbito do SUS (UGÁ, 1994, p. 4).

A realização de diagnósticos é importante em todas as áreas de atuação de diversos profissionais. A título de ilustrações são os diagnósticos que auxiliam médicos, dentistas e outros profissionais de saúde, a solucionarem problemas de doenças, tratando-as e prevenindo-as (TEIXEIRA, 2005).

Os profissionais das áreas sociais, também se utilizam desta ferramenta, para elaboração de planos, programas e projetos sociais. No setor privado, empresários, administradores, economistas elaboram estudos de mercado, para venda de produtos, utilizando diagnósticos, traçando perfis de potencial consumidores de seus produtos (TEIXEIRA, 2005).

Para os políticos, os diagnósticos socioeconômicos, cultural e ambiental, os auxiliam na elaboração de seus planos de governos, na priorização de suas ações, no uso racional de recursos financeiros e por fim, nas tomadas de decisões.

O Programa Saúde da Família tem como alicerce para seus planos de ações, os estudos epidemiológicos que auxiliam no diagnóstico de uma comunidade, de uma região. A propósito Teixeira (2005, p.4), afirma que:

A epidemiologia comparece como uma disciplina subsidiária, basicamente instrumental. Isto é, era utilizada em elaboração dos diagnósticos de saúde ao lado de outras disciplinas como a economia, a administração e as ciências políticas, bem como na formulação dos objetivos e metas, expressos em forma de redução de taxas e coeficientes de morbimortalidade, na programação de ações e nas propostas de acompanhamento e avaliação.

Abordou-se a importância e utilização de estudos epidemiológicos, bem como os diagnósticos, como instrumentos do planejamento estratégico para o setor de saúde, por ser este o enfoque de nosso estudo.

Na atual conjuntura econômica do país, onde os recursos financeiros são escassos, a administração pública precisa de gestores com habilidade e capacidade de empregar eficiente e racionalmente estes recursos, maximizando os resultados de suas ações. Para tanto, gerentes de programas/projetos, com vista a não desperdiçarem recursos e garantir resultados positivos, precisam de diagnósticos confiáveis para suas gestões (SÁ, 2004).

Diante do exposto, justifica-se que a escolha da pesquisa deu-se a princípio, por sermos todas profissionais da área de saúde e social. Contudo a motivação principal foi de podermos contribuir para o Programa Saúde da Família, instrumentalizando gestores e equipe de saúde do programa no município de Viana-MA, para o planejamento de suas ações, voltadas para prevenção do câncer uterino. E, portanto, a possibilidade de poder ajudar a melhorar a qualidade de vida das mulheres do município de Viana, justifica e confirma a necessidade de realizar este estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar as características dos exames preventivos de colo do útero coletados no município de Viana-MA, em 2004.

2.2 Específicos

- Descrever a distribuição mensal dos exames preventivos coletados ao longo do ano de 2004;
- Observar e analisar a distribuição dos exames preventivos por faixa etária;
- Conhecer e analisar os resultados dos exames preventivos e sua correlação por faixa etária e encaminhamentos procedidos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Antes de abordarmos as fundamentações teóricas, apresentamos alguns conceitos de terminologias chaves, que utilizamos neste estudo, com a finalidade de clarear e facilitar a compreensão da nossa pesquisa. Seleccionamos as seguintes palavras-chave: **epidemiologia, diagnóstico, perfil, câncer, câncer de colo uterino.**

3.1 Terminologia

– Epidemiologia

Segundo Ximenes (2000, p. 375), o termo epidemiologia é a parte da medicina que trata das epidemias.

Para Castellanos (apud MONTEIRO, 2005, p.11):

A epidemiologia, mais que o estudo da saúde-doença em populações, deve ocupar-se do estudo da saúde e da enfermidade das populações humanas, chamando a atenção para que uma população não é qualquer conjunto de indivíduos agrupados segundo os critérios utilizados do investigador.

Acrescenta o mesmo autor que a epidemiologia é uma disciplina básica da saúde pública cuja principal función es la descripción y explicación de fenómenos de salud, a nível de coletivos humanos, para su transformación.

A epidemiologia é entendida, também, como a ciência que estuda a relação causal no processo de agravo à saúde e a sua relação com as medidas preventivas.

– Diagnóstico

Ximenes (2000, p. 322), define diagnóstico, como: conhecimento ou determinação de uma doença pela observação e descrição de seus sintomas ou mediante exames diversos ou ainda como: conhecimento ou determinação dos fatores influentes numa situação problemática.

Diagnóstico, palavra que teve sua origem na Grécia é uma conclusão ou julgamento resultante de um processo analítico.

– Perfil

Ximenes (2000, p.717) define o termo perfil, como o conjunto de dados coletados que representam, na média, as características básicas de um grupo de pessoas, relativas ao interesse do realizador da coleta.

Em planejamento de saúde, a elaboração do perfil epidemiológico com base em dados demográficos, condições de fatores de risco e problema de saúde da população, tem ajudado muito os gestores em seus planos de ação.

– Câncer

Definindo-se o câncer como sendo “o nome que se dá a todas as formas de tumores malignos. Estes tumores ocorrem quando algumas células de um organismo multiplicam-se de forma descontrolada, devido a uma anormalidade.” (XIMENES, 2000, p. 172).

Segundo Lopes, o câncer é formado por células vivas, altamente competitivas com as células normais e capazes de destruir o hospedeiro quando não controladas. De uma maneira simplista, pode-se dizer que o câncer é uma alteração que ocorre no código genético da célula (DNA – ácido desoxirribonucleico) tornando-a anômala em sua forma, função e aspecto bioquímico. (LOPES 2005).

– Câncer de colo do útero

Por analogia ao conceito de câncer, definiu-se câncer de colo do útero como um tumor maligno no colo uterino, parte do útero que fica no fundo da vagina.

Segundo Sasse (1997), câncer de colo do útero, é um tipo de câncer que costuma apresentar crescimento lento. Durante vários anos, células superficiais do colo do útero se tornam anormais. No início, estas anormalidades ainda não se caracterizam como um câncer ou displasias, podem dar início a uma série de alterações que podem levar ao aparecimento do câncer de colo do útero. Afirma ainda que:

Algumas displasias se curam espontaneamente, sem tratamento, mas sendo algumas pré-cancerosas, todas necessitam de atenção para evitar o aparecimento do câncer. Geralmente o tecido displásico pode ser retirado ou destruído sem atingir tecidos saudáveis, mas em alguns casos, a histerectomia (retirada total do útero e colo) pode ser necessária.

Abordou-se acima alguns conceitos das terminologias chave desse estudo e, em seguida, descrevem-se as fundamentações teóricas que serviram de embasamento para o mesmo.

Como o foco desta pesquisa é a caracterização dos exames preventivos de câncer de colo do útero, em mulheres do município de Viana-MA, aprofundou-se o assunto, abordando o tema tratado em trabalhos anteriores publicados.

Antes de se abordar o assunto, objeto deste estudo, fez-se referência ao aspecto legal, da saúde. Assim sendo, diz a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, 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 doenças e de outros agravos e ao acesso universal, igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Por sua vez, o secretário estadual de saúde do Pará (2004), afirma que:

O Sistema único de Saúde – SUS – constitui o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores de HIV, sintomático ou não, aos pacientes renais crônicos e as pacientes com câncer.

Como já foi visto, o tratamento do câncer é um dever do Estado, garantido constitucionalmente a todos os brasileiros.

Há de se ressaltar que o melhor tratamento é o preventivo e, para tanto é preciso planejamento, para maximizar os resultados, com os poucos recursos financeiros.

Brasil (2002) afirma que: o papel dos municípios segundo a legislação do SUS, tem dentre várias atribuições: a de realizar o planejamento regional/estadual e participar da formulação das políticas públicas de saúde estadual e nacional.

Como visto, cabe aos municípios a função de planejar ações de saúde, de participar do planejamento regional/estadual e da elaboração de políticas públicas do estado e do país. Para tanto é preciso a utilização de ferramentas do diagnóstico, do estudo epidemiológico, do perfil epidemiológico.

Como esta pesquisa envolve seres humanos, deve-se seguir os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e que segundo Sá (2004, p. 4), deve seguir os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maledicência, beneficência e justiça, visando também, assegurar os deveres e os direitos que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Acrescenta ainda Sá (2004, p. 24) que a pessoa que participa da pesquisa terá assegurado a sua privacidade, o sigilo das respostas e o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo durante a pesquisa, sem sofrer qualquer penalidade. E estará contribuindo, através de suas informações, para ampliação do conhecimento científico do tema pesquisado.

3.2 Câncer de colo do útero

3.2.1 Definições

O Câncer de colo do útero é um dos tipos de câncer de maior incidência entre os brasileiros perdendo apenas para o de pele e o de mama.

Na região Norte, porém pela falta de informação e de assistência médica o câncer de colo do útero é o segundo mais freqüente. No útero ocorrem dois tipos de câncer:

- o de colo (a porção cervical); e
- o do corpo do órgão (endométrio).

O câncer do endométrio é mais raro, tem influência hormonal, manifesta-se mais em mulheres obesas e naquelas que não tiveram filhos. Já o de colo do útero se deve em cerca de 99% dos casos à infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). O microrganismo vive nas regiões genitais masculinas e femininas externas e internas, sendo passado de uma pessoa a outra nas relações sexuais. As estimativas são de que 70% das mulheres sexualmente ativas tenham contato com o Papiloma Vírus Humano (HPV) em algum momento da vida. Na maioria das vezes, o vírus permanece lá e não representa risco de doenças, além de não ser transmitido. Em alguns homens e mulheres (principalmente os que estão com as defesas orgânicas deficientes), porém, manifesta-se a infecção, podendo formar o condiloma acuminado, uma espécie de verruga. O fenômeno pode ocorrer interna

(ânus, vagina, e colo do útero e externamente (pênis e vulva). Mas o vírus nem sempre provoca sintomas. Nesse caso, a doença é diagnosticada apenas por meio de exames como o Papanicolau. Indivíduos que possuem infecção crônica pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), torna-se contaminantes e estão mais suscetíveis ao câncer de colo do útero (PINOTT, 2001).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2004), estima-se que 20.690 brasileiras terão câncer de colo uterino diagnosticado em 2005, a maioria com idade de 45 anos a mais. O mal pode manifestar-se em qualquer idade, mas é mais freqüente, a partir dos 40 anos de vida. Em geral os primeiros sintomas é o sangramento, que infelizmente, costuma aparecer só quando a doença já está em fase avançada. Metade das portadoras morrem em cerca de cinco anos.

O câncer de colo do útero se inicia no colo uterino da mulher que é a parte do útero que se localiza no fundo da vagina. O útero é o órgão que envolve o bebê durante a gravidez, e na hora do parto, essa porção se dilata dando passagem ao feto, e também entra em contato com o pênis no momento do ato sexual. Também serve de passagem para a menstruação. (PINOTTI, 2001)

Câncer de colo uterino é uma proliferação descontrolada de células as quais invadem tecidos e órgãos no local de origem ou distante.

O câncer de colo uterino é o tipo de câncer que mais mata mulheres no Brasil, perdendo apenas para o câncer de pele e de mama. Este tipo de câncer, possui uma grande particularidade, pois antes de apresentar como doença maligna, esse apresenta lesões precursoras que pode ser originada por várias formas, inclusive pelos fatores de risco, estas lesões pode regredir, persistir e progredir (BRASIL, 2004).

Historicamente, as lesões cervicais pre-invasoras desenvolvem-se através de alterações celulares anteriormente denominadas displasias (leve, moderada, acentuada) atualmente classificadas como Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais (NIC) tipos I, II, III. (BARACAT, 2000)

Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) — são lesões epidermóide evasivas e todas estas lesões representam estágios diferentes da doença, que fatalmente evolui para uma doença mais avançada. Assim a Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) representa um aspecto de mudanças histológicas que compartilharam uma etiologia comum, o emprego desta terminologia se ajustou no planejamento para o tratamento clínico. Quando estas lesões são diagnosticadas e

adequadamente tratadas o carcinoma evasivo está prevenido. (ALVES, 1995)

Através de estudos cito-histológico de 390 casos, relatam a associação da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) como o NIC I e II em 15,7% e NIC III em 67,6 % e carcinoma invasor em 21,5% dos casos, respectivamente. (BARACAT, 2000).

Câncer de colo do útero costuma apresentar crescimento lento. Durante vários anos, células da superfície do colo uterino se tornam anormais, porém algumas dessas alterações ou displasias podem dar início a uma série de alterações que podem levar ao aparecimento do câncer. (ABRÃO, 1992).

Algumas Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais (NIC) se curam espontaneamente, sem tratamento, mas sendo algumas pré-cancerosas, todas necessitam de atenção para evitar o aparecimento do câncer. Geralmente o tecido displásico pode ser retirado ou destruído sem atingir tecidos saudáveis, mas em alguns casos, a histerectomia total (retirada total do colo e do útero) pode ser necessária. A decisão do tratamento da Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) depende de alguns pontos:

- a. Tamanho da lesão e quais tipos de alterações ocorrem nas células;
- b. Se a mulher planeja ter filhos no futuro;
- c. A idade da mulher;

Se células pré-cancerosas se transformam em células verdadeiramente tumorais e se espalham mais profundamente no colo uterino ou outros órgãos e tecidos a doença é chamada de câncer de colo uterino ou cervical (vindo da palavra cervix, outro sinônimo para colo uterino). (ALVES, 2002.)

O câncer de colo uterino é uma doença grave que pode ser detectado no seu estágio inicial através do exame citológico do esfregaço vaginal pelo método do Papanicolau, sendo um processo eficiente. (AYOUB et al., 2000).

O Papanicolau é fundamental para que se possa detectar o surgimento de qualquer lesão que possa vir a evoluir para a formação do câncer. É de fácil realização, podendo ser feito em qualquer Posto de Saúde. (AYOUB et al, 2000).

O câncer de colo do útero é conhecido por vários nomes: câncer cervico-uterino, câncer de colo do útero ou simplesmente câncer de colo. Dentre os tipos de câncer, ele apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100% se descoberto no início e podendo ser tratado em nível ambulatorial 80% dos casos (Brasil 2002).

3.2.2 O exame Papanicolau

Dr. George Nicholas Papanicolaou, médico grego, nascido em 1883, formou-se na Faculdade de Medicina pela Universidade de Atenas. Em 1943, graças as suas pesquisas foi descoberto o meio de prevenção do câncer do útero. Especialista em ginecologia e embriologia pela Universidade de Munique, na Alemanha onde teve sua carreira interrompida por servir ao Exército na Guerra dos Balcãs, logo após, decidiu viver nos Estados Unidos e voltou a dedicar-se as pesquisas iniciadas em Munique, destacando-se como um grande pesquisador de câncer de colo do útero (ALVES; DIAS, 1998)

Passou muitos anos desenvolvendo suas pesquisas em laboratórios que com paciência e minúcia examinava as secreções de colo do útero. Observava que o tecido de alguns colos de útero, quando vistos a olho nu apresentavam-se normais, ao serem examinados com lente de aumento apresentavam-se com alterações. (ALVES; DIAS, 1998).

O Dr. Papanicolaou continuou suas pesquisas, ao mesmo tempo que dava aulas. Após 20 anos, em 1943 seu trabalho foi apresentado num Congresso Médico, onde finalmente obteve sucesso permanecendo até os dias atuais. (BRASIL, 2003).

3.2.3 Incidência do câncer de colo do útero

Nos Estados Unidos (EUA) no ano de 2003 aproximadamente 12.200 mulheres foram diagnosticadas com câncer de colo do útero e estima-se que 4.100 morreram dessa doença. Entre 1952 a 1982 a incidência deste câncer caiu 74% devido ao aumento do exame do Papanicolau. Desde de 1982 o número de mortes por câncer de colo está em contínua queda para uma média de 1,6% ano. Porém a incidência deste câncer permanece alta no Brasil. Estima-se 20.000 casos novos por ano no país, ocupando o 37º lugar entre os cânceres mais incidentes no sexo feminino. (ALVES DIAS, 1998)

A incidência e mortalidade são mais altas nos países da América Latina. Este tipo de câncer de colo uterino representa 15% de todos os tumores malignos em mulheres. Em Recife capital do Estado de Pernambuco no Nordeste brasileiro é

a cidade do mundo com maior incidência de câncer de colo do útero por 100 mil habitantes. É uma doença possível de ser prevenida estando diretamente vinculada ao grau de subdesenvolvimento do país. Morre no Brasil uma mulher vitimada por câncer de colo do útero a cada noventa minutos. (INCA, 2005).

Em 2004 no Estado do Maranhão foram registrados 48,6% casos de câncer de colo do útero diagnosticados, segundo relatório do Hospital Jorge Dino referencial em Câncer.

No município de Viana ocorreram 19 casos em 2004. Entretanto na população estudada que corresponde a 1346 pessoas, apenas 5 deram NIC III – carcinoma in situ.

3.2.4 Mortalidade por câncer de colo do útero

O câncer de colo do útero ainda é a terceira causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, com 3.300 óbitos estimados anualmente.

No Maranhão foram registradas em 2004, dentre os diversos tipos de câncer, 18,2% óbitos por câncer de colo do útero, e em Viana segundo a Secretaria de Estado de Saúde, registrou-se apenas 01 (um) caso de óbito por câncer de colo do útero entretanto na população estudada, não houve nenhum óbito.

3.2.5 Fatores de risco do câncer de colo do útero

Os fatores de riscos aumentaram as chances do aparecimento do câncer de colo do útero nas mulheres.

Conforme Backet, (apud ZIEGLER, 2002) fatores de risco é: “qualquer característica ou circunstância verificável, referente a uma pessoa ou grupo de pessoas, que se saiba ligados a um risco anormal de desenvolver um processo mórbido, ou de ser por ele afetado de modo específico e adverso”.

Portanto, fatores de risco são probabilidades de que um fato indesejado ocorra. Estudos mostram que fatores carcinogênicos atuam sobre pessoas predispostas para o desenvolvimento do tumor, onde há condições desencadeadoras do câncer de colo uterino. (BRASIL 2000)

São diversos os fatores de risco para a identificação do câncer do colo de útero, dentre eles destacamos os sociais, os ambientais e os hábitos de vida que

acomete, os grupos com maior vulnerabilidade social, onde se concentram as maiores barreiras de acesso ao serviço de saúde para detecção precoce e tratamento advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questão cultural como medo e preconceito dos companheiros (GOBB, 2003)

a) Condição sexual

- Início precoce da vida sexual
- Paridade precoce.
- Multiparidade de parceiros
- Promiscuidade sexual com múltiplos parceiros.
- Infecções genitais de repetição.

b) Condição social

Baixo nível sócioeconômico que conduz a baixa condição de higiene corporal e higiene genital. A baixa condição sócioeconômica, também é responsável por todo o aspecto sexual, porque a pobreza e a ignorância são fatores determinantes de todas estas condições sexuais apresentadas. (ALVES DIAS, 1998)

De um modo geral o câncer cervical uterino tem maior incidência em mulheres de países em desenvolvimento que nos países desenvolvidos, em mulheres de baixa condição social que nas de classe social alta; nas pacientes da zona rural que nas zonas urbanas. Nas não virgens que nas virgens; nas multíparas o que nas nulíparas; nas que tiveram filhos em época precoce mas que pariram em idade avançada; nas que tiveram relação sexual precoce, mais naquelas que tem hábitos higiênicos precários; nas fumantes que nas não fumantes, nas usuárias de anovulatórios, e a incidência maior nas mulheres que tiveram muitos parceiros sexuais. (ALVES DIAS, 1998)

c) Aspecto inflamatório

Infecção tricomonótica das lesões pré-malignas.

Papiloma Vírus Humano (HPV)

- Baixo risco – 6 e 11
- Papiloma Vírus Humano (HPV) — alto risco — 16,18, 31, 33, 34, 35 e 45

d) Outros fatores de risco de menor valor

Tabagismo – quanto maior é o número de cigarros fumados e maior o tempo de início de hábito de fumar.

Anovulatórios orais — uso externo contínuo e por longos períodos (ALVES DIAS, 1998)

Assim, o conhecimento atual dos fatores de risco, permite avanços significativos no diagnóstico precoce, e até na profilaxia deste tumor (GONÇALVES et al,1995, apud ZIEGLER 2002).

Sendo o câncer de colo uterino um grande causador de mortalidade entre as mulheres, essa doença poderia ser evitada se todas as mulheres se submetessem a exames periódicos pelo menos uma vez por ano (BRASIL 1994 apud ZIEGLER 2002).

3.2.6 Estadiamento do câncer de colo do útero

A avaliação da extensão da neoplasia no momento do diagnóstico é um dos fatores mais importantes na determinação do prognóstico das neoplasias genitais. Particularmente quando esta avaliação é realizada através da confirmação anatomopatológica como ocorre nos estadiamentos cirúrgicos, o laudo anatômico patológico final, nos casos de câncer deve contemplar todos os itens que constam do estadiamento do sistema TNM e da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (SOBRIN; WITTEKIND 1997; CARVALHO 1995). PINNOTT, 2001). O estadiamento clínico permanece como prognóstico mais importante no câncer de colo do útero (GRIGSBY 1999; KAROLEWSKI, 1999), embora os conhecimentos morfológicos e moleculares atuais associados a novas opções terapêuticas caminhem para o estadiamento cirúrgico (NGUYEN; AVERETTE, 1999) (1999). Assim como para as neoplasias escamosas. O estadiamento clínico é o fator prognóstico mais importante para os adenocarcinoma (KILGORE, 1998;

PINNOTTI, 2001)

Após o diagnóstico, exames adicionais como radiografias podem confirmar se o tumor se espalhou para outras áreas do corpo. O câncer é estadiado conforme a sua extensão de acometimento.

No estadiamento é freqüentemente empregar o sistema TNM, é uma maneira de descrever o tumor primário e o acompanhamento de outras áreas do corpo. (FRANCO, 1995)

T = Tumor

N = Linfonodo (node em inglês)

M = Metástase

O câncer é classificado nos estágios

- Estágio 0 – O Tumor é denominado carcinoma “in situ”, em outras palavras o câncer está superficial no colo do útero, não atingindo camadas mais profundas de tecidos.
- Estágio I – O tumor atinge tecidos mais profundos, mas se limita ao colo.
- Estágio II – O tumor invade áreas vizinhas do colo do útero com vagina, mas ainda está dentro da área pélvica.
- Estágio III – O tumor se espalhou para a parte inferior da vagina ou da parede pélvica. O tumor pode estar bloqueando os ureteres (órgãos que levam a urina dos rins até a bexiga).
- Estágio IV – O tumor atinge a bexiga ou o reto ou atinge órgãos distantes, como os pulmões. (BARACAT, 2000).

3.2.7 Papiloma vírus humano e câncer de colo do útero

Os Papilomas Vírus Humano (HPV) induzem proliferações epiteliais da pele ou mucosa, as quais mostram um crescimento limitado e freqüentemente regridem espontaneamente. O tempo de incubação pode ser muito variável e pouco conhecido sobre as latências desses vírus no organismo. É muito interessante que os diferentes tipos de Papiloma Vírus Humano (HPV) mostram uma preferência, muitas vezes exclusiva, pelo tecido que infectam. Assim os Papiloma Vírus Humano (HPVs) de tipos 1 e 2 são encontrados preferencialmente em epitélio plantar e palmar incluindo epitélio dos dedos, enquanto os Papilomas Vírus Humano (HPVs)

de tipos 16 e 18 infectam a mucosa genital e oral, não sendo encontrado na pele. (BARACAT, 2000)

Embora não haja evidências diretas, acredita-se que a infecção tenha lugar primeiramente nas camadas basais da epiderme em decorrência de abrasão ou micro lesão da pele ou mucosa. Interessantemente, 90% das patologias associadas a Papiloma Vírus Humano (HPV) no colo do útero localizam-se na transição excamocolunar do epitélio ou zona de transformação, onde as células proliferativas estão mais expostas. (BARACAT, 2000)

No colo do útero é reconhecido que displasia cervicais associadas a certos tipos de Papiloma Vírus Humano (HPV) podem evoluir a carcinomas, o curso da doença pode demorar de 10 a 20 anos. A progressão maligna, nestes casos é restrita a determinados tipos de Papiloma Vírus Humano (HPV); assim os Papilomas Vírus Humanos (HPVs) tipos 6 e 11, é encontrado na maioria dos condilomas genitais e papilomas laríngeos estes parecem não oferecer nenhum risco de progressão neoplásica. Por outro lado, mais de 94% de cânceres de colo do útero contém HPV tipos 16, 18, 31, 33, 34 ,35, 45 classificando-os nos grupos de alto risco. (BARACAT, 2000)

Estudos epidemiológicos mostram a relação existente entre o câncer de colo uterino, o comportamento sexual das mulheres e a transmissão de agentes infecciosos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000 apud PONTES, 2002) principal fator de risco para a doença é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) que está presente na maioria dos casos (94%). Todas as mulheres que já iniciaram atividades sexuais são potencialmente suscetíveis, porém, as más condições de higiene e alimentação, o tabagismo, o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, o uso prolongado de anticoncepcionais, carências nutricionais como hipovitaminose. Assim, devido à sobreposição desse conjunto de fatores a população mais expostas a risco concentra-se entre as mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos com nível econômico mais elevado.

O conhecimento atual dos fatores de risco e das lesões precursoras nas neoplasias malignas do colo de útero permite avanços significativos precoce e na profilaxia dessa doença.

3.2.8 Prevenção do câncer de colo do útero

Prevenção é a melhor alternativa. É possível diminuir o risco de contrair Papiloma Vírus Humano (HPV) com medidas simples, fugindo da promiscuidade sexual, não fazer sexo com pessoas que apresentam condilomas (verrugas) evitar relacionamento com homens que não usam preservativos. É possível adquirir o vírus de várias vezes, pois há cerca de 200 variedades.

É fundamental que as mulheres ativas sexualmente consultem o seu ginecologista todo ano e façam o exame de Papanicolau.

Os condilomas são cauterizados com substâncias químicas:

- Calor: eletrocoagulação (destruição do tecido por calor intenso por corrente elétrica).
- Frio: Crioterapia, (a destruição de células por frio extremo)
- Raio laser: Destrói o tumor usando um feixe de luz intenso

Quando os retira deve fazer acompanhamento na periodicidade indicada pelo médico, porque o risco de câncer pode persistir. É importante ainda para evitar a progressão da infecção e o câncer, é alimentar-se bem e ter hábitos saudáveis.

Apesar do conhecimento cada vez maior nesta área, a abordagem mais efetiva para o controle do câncer de colo uterino continua sendo o rastreamento da doença através do exame preventivo.

Pois este exame é de fundamental importância sua realização periódica permite reduzir em 70% a mortalidade por câncer de colo do útero, na população de risco. Os exames preventivos devem ser realizados uma vez por ano, a partir do momento em que a mulher teve sua primeira relação sexual. O exame deve ser feito 10 a 20 dias após a menstruação. Mulheres grávidas podem realizar o exame.

Para Brasil (2002) a única maneira de prevenir o câncer de colo do útero é fazer o (exame de citologia oncológica, Papanicolau ou preventivo) e através da prevenção é possível diminuir a incidência dessa doença que atualmente é uma das maiores causas de morte de mulheres em nosso país.

O exame Papanicolau ou preventivo de câncer de colo do útero, é o teste mais comum e mais aceito para ser utilizado para detecção precoce do câncer de colo uterino (ZELMANOWICZ, 2001).

Outra importância do exame de prevenção é que esse ajuda a identificar outras doenças transmissíveis através de relação sexual que são as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) como a Tricomoníase, Gardnerella, Moniliase e Papilomatose. O vírus do Papiloma pode causar transformações nas células do colo

uterino que evoluem para o câncer. A maioria das pessoas acometidas de câncer de colo uterino possui ou já tiveram infecção por Papiloma Vírus Humano (HPV). (ZELMANOWICZ, 2001)

Breve estará a disposição da população feminina uma importante arma contra o câncer de colo do útero – vacina.

Existe três (3) vacinas em testes:

Laboratório Merck Sharp Dhome coordenado no Brasil pela bióloga Luisa Una Villa, chefe do grupo de virologia do Instituto Ludwig, do Hospital do Câncer da Fundação Antonio Prudente, em São Paulo.

Já houve publicação com resultados na revista The Lancet Oncology, da Inglaterra, e os ensaios clínicos estão na fase 3, em que a vacina é testada em larga escala (cerca de 25000 mulheres). Embora a proteção contra a infecção não seja 100%, não ocorreram casos de câncer nas mulheres vacinadas. O fabricante espera comercializá-la em 2006. Esta vacina destina-se às pessoas que não tiveram infecção por HPV. Adolescentes seriam vacinados antes de iniciar as atividades sexuais para criar anti-corpos capazes de neutralizar a ação viral. (QUADUS, 2002).

3.3 Estudos epidemiológicos

Como visto em capítulo anterior, há uma articulação entre a epidemiologia e o planejamento de saúde.

Em relação ao papel da epidemiologia na definição do planejamento de saúde, Teixeira (2005, p. 4) acrescenta o seguinte:

Esta temática aparece, assim em textos que apontam limites e possibilidades de utilização do chamado “enfoque epidemiológico” no processo de formulação de políticas, na definição de critérios para repartição de recursos, na elaboração de diagnóstico e análise de situações de saúde, na elaboração de planos e programas, bem como na organização de ações, serviços e avaliação de sistemas, políticas, programas e serviços de saúde em geral.

É um estudo epidemiológico, que gestores têm maiores probabilidade de acerto em seus planejamentos. É conhecendo a realidade socioeconômica, cultural e ambiental de uma população que os governadores podem direcionar suas políticas, priorizar seus gestos.

Recorremos novamente a Teixeira (2005, p. 6), que afirma:

O processo de descentralização intensificado a partir de 1993, se por um lado vem permitindo o desenvolvimento de experiências inovadoras de

planejamento e gestão, notadamente no âmbito municipal, por outro lado tem ocasionado a reprodução de um estilo de gestão de um modelo assistencial que privilegia a gerência contábil e o atendimento à demanda por serviços médico-ambulatoriais e hospitalares em detrimento das ações promocionais e de prevenção de agravos e danos à saúde coletiva, reforçando a iniquidade no acesso aos serviços e a desigualdade das condições de vida e saúde da população.

Continua a autora acima citada que [...] a epidemiologia comparece como um campo de saber e práticas essencial à delimitação do objeto de intervenção e à organização das ações de promoção, prevenção de riscos e agravos e recuperação da saúde. Reforça acrescentando que: [...] A epidemiologia, nessa perspectiva, é um campo de saber e práticas necessário ao processo de formulação de políticas, definição de ações, tanto ao nível de “macro-sistemas” quanto e principalmente, ao nível “micro”, nos sistemas locais, especialmente no que diz respeito à redefinição dos “modelos assistenciais” do SUS e reorganização dos processos de trabalho em saúde.

Barata (2005), diz que:

É através da epidemiologia que a medicina pronuncia seu discurso sobre o social. Mas, ao abrir-se para o social, a epidemiologia fica sujeita a, enquanto campo teórico e prático, ser invadida por diferentes concepções do social e apresentar diversos projetos de compreensão e intervenção das dimensões sociais da saúde e da doença.

É nesse sentido que se ressalta que a pesquisa epidemiológica deveria ir além de modelagem estatística, priorizando a etapa explicativa da análise. O seu objetivo é a busca de explicações para as relações observadas, seja no que se refere a presença de “confounding”¹ na estrutura do estudo, seja em relação à causa a partir de um modelo biológico subjacente (BARATA, 2005)

Teixeira (2005, p. 9) cita que: [...] Em suas reflexões sobre a distinção entre o objeto da epidemiologia e o objeto da clínica, Almeida Filho (apud TEIXEIRA, 2005, p. 212) observa que enquanto o objeto da clínica é essencialmente qualitativo, destacando diferenças em processos de doença nos corpos e vida individuais, o objeto da Epidemiologia é por definição quantitativo, expressando relações numéricas entre eventos, processos e fenômenos [...].

Para Teixeira (2005, p. 10) a operacionalização do saber epidemiológico (ou seja, a transformação do saber epidemiológico em tecnologia epidemiológica) em seus dois campos principais de aplicação, o campo da planificação-

¹ Ou confusão, pode-se defini-la como uma “mistura” de efeitos, isto é, como a suposição do efeito de um fator de risco independente, sobre a relação estimada entre a exposição e o evento.

administração em saúde e o campo da clínica, que é importante é a predição verdadeira, ou seja, uma antecipação no tempo, de agora para o futuro.

Do ponto de vista metodológico, Teixeira (2005, p.10) propõe a revalorização dos “estudos de casos” e dos estudos de agregados (estudos ecológicos).

A cerca dos primeiros Teixeira (2005, p. 10), assinala que a definição de “caso” depende do nível de complexidade pode ser o universo para outro. Assim, um estudo populacional complexo pode ser um caso a considerar em uma análise mais ampla sobre o processo saúde-enfermidade-atenção em uma sociedade.

Castellanos (1995, apud TEIXEIRA, 2005, p. 11) propõe o ecológico como um nível da realidade epidemiológica, enfatizando que:

Os estudos ecológicos em epidemiologia são aqueles nos quais a população não é só a unidade de análise, senão que o universo ao qual se inferem os resultados. Nesse caso, as unidades de estudo são coletivos, inclusive populações, e o universo de referências são também coletivos de populações. Nesse sentido, os estudos ecológicos não são apenas outra das alternativas de desempenho para o estudo dos problemas de saúde individuais, e sim o nível adequado para o estudo da saúde das populações. “Todos os desenhos epidemiológicos, tanto observacionais, como intervenção, sejam transversais ou longitudinais, podem ser realizados a nível individual ou a nível de agregador (ecológicos).

Os tipos de estudos escolhidos por nossa equipe é retrospectivo e quantitativo, onde descreve-se o estado de saúde e características das mulheres de Viana-MA, referente ao câncer de colo do útero, com dados secundários, isto é, retrospectivo, referente ao ano de 2004.

Referente a diagnóstico, Brasil (2002), nos ensina como iniciar o diagnóstico, diz o documento:

Para se fazer o diagnóstico adequado da comunidade, é necessário que os dados coletados sejam abrangentes, com informações referentes aos aspectos demográficos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, em especial o saneamento básico. As Equipes de Saúde da Família (ESF) devem realizar o cadastramento de todas as famílias, por meio de visitas aos domicílios.

Destaca-se neste trabalho, a participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS). É durante as visitas que são observadas as atividades diárias da família, sua alimentação, seus hábitos de higiene, as condições de moradia, saneamento, meio ambiente, e os possíveis fatores de risco à saúde presentes no local.

O diagnóstico adequado depende também de informações sobre detalhes dos aspectos familiares, como a quantidade de membros da família, escolaridade, situação conjugal, a ocupação de cada um, além de informações sobre os riscos presentes ou riscos potenciais para os integrantes da família.

Observou-se o quanto é importante para o planejamento de saúde, o estudo epidemiológico. Sobre esta importância, D'Óleo e Fávero (2005) se pronunciam dizendo:

A necessidade de se conhecer o perfil sociodemográfico da população que demanda algum tipo de assistência à saúde é cada vez mais importante, tendo em vista que a utilização dos serviços de saúde é produto de um conjunto de interações entre os profissionais da saúde e seus clientes, ocorrendo esta dentro de um ambiente organizacional que por sua vez, é rodeado e permeado por trações sociais e culturais.

Acrescentam ainda os autores citados acima que:

Embora esta grande variedade de fatores sejam discutidos como entidades independentes, deve-se ter em mente que elas geralmente são indissociáveis. Assim, uma investigação epidemiológica descritiva com fins administrativos de planejamento ou de política de saúde, deverá descrever a utilização dos serviços de saúde especificamente para cada um dos atributos sociodemográficos (Idade, sexo, estado civil, nível socioeconômico e outros) dos usuários do serviço.

Concluem os autores mencionados, que:

A epidemiologia analítica trata dos fatores sociodemográficos como determinantes do uso dos serviços de saúde. Para determinado grau de doença, será que alguns grupos de idade, sexo, raça, estado civil ou socioeconômico tenderiam a fazer um maior uso dos serviços de saúde, presumindo-se a mesma acessibilidade geográfica e econômica? Infelizmente, pouca pesquisa tem sido feita sobre este tópico.

3.4 Os profissionais da Enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero

Há cinquenta anos, o Sistema de Saúde Brasileiro implantou o exame Papanicolau nos serviços de saúde ambulatorial, onde apesar de ser passível a sua prevenção, os índices de morbimortalidade por câncer cervical não registrou nenhuma queda significativa nos últimos anos. O principal objetivo das ações de controle é prevenir o carcinoma invasivo através da detecção, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais pré-invasoras (DIOGENES; REZENDE; PASSOS, 2001).

Para Brasil (2002) a única maneira de prevenir o câncer de colo do útero é fazendo o exame de citologia oncológica, através da prevenção é possível diminuir a incidência dessa doença, que atualmente é uma das maiores causas de morte em nosso País.

O exame Papanicolau ou preventivo do câncer de colo do útero é o teste mais comum e mais aceito para ser utilizado para detecção precoce do câncer de colo uterino (ZELMANOWICZ, 2001).

Outra importância do exame de prevenção é que este ajuda a identificar outras doenças transmissíveis através da relação sexual (DST) como o papilomatose e tricomoníase, a gardnerella, a monilíase. O vírus do Papiloma pode causar transformações nas células do colo uterino que evoluem para o câncer.

A Maioria das pessoas que possuem câncer de colo uterino tem ou teve esta infecção. Daí é importante saber quem tem ou não os tipos de vírus associados ao câncer, para escolher quais mulheres e com que frequência o exame de detecção precoce deve ser feito (ZELMANOWICZ, 2001).

Diante do exposto, refletimos o quanto é necessário que os profissionais da saúde estejam desenvolvendo habilidades e práticas para melhor adesão das mulheres na realização do exame de prevenção do colo uterino.

A educação em saúde tem uma importante contribuição a prestar nas ações de saúde, com destaque na área de prevenção de câncer do colo uterino e das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. De forma ampla, deve estar presente nas escolas, nas instituições, atuando com todas as faixas de idade, sexo feminino e masculino, considerando crenças, valores e atitudes da mulher na estratégia de sensibilização, para que as mulheres exerçam a prática do referido exame.

Carvalho e Fuguato (2001, apud ZIEGLER, 2002) relatam que apesar da relevância comprovada para a saúde da mulher, e dos esforços de transformar o exame ginecológico em uma experiência educativa, observa-se que muitas mulheres não parecem considerá-lo como um procedimento rotineiro e isento.

Foi a partir de 1987 que surgiu – primeira experiência o campo de enfermagem ginecológica em que a enfermeira era a principal figura que compartilhava seus saberes com colegas que necessitavam avançar nesse campo, que ainda era novo para os enfermeiros que atuavam na saúde pública, pois esse campo pertencia as enfermeiras obstetras. (DIOGENES; RESENDE; PASSOS, 2001)

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. O enfermeiro atua na promoção, proteção, recuperação e exerce a profissão com autonomia, respeitando os princípios legais da enfermagem.

O enfermeiro exerce um papel importante nas ações de Prevenção do Câncer. No momento que as práticas de Enfermagem estão absorvendo profundas transformações e discutindo com muita ênfase a evolução da ciência e tecnologia, a liberdade. Autonomia profissional, desenvolvimento de novas competências, modernização as novas formas, modernização, as novas formas de assistências e necessidade de trabalhar em harmonia com a equipe multidisciplinar.

Esta inovação para a enfermagem, surgiu no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), com apoio dos profissionais médicos que ainda com o saber hegemônico e de um poder simbólico, deram abertura para que os enfermeiros evoluíssem, a fim de dar cobertura a demanda populacional feminina, no interior do Ceará (DIOGENES; REZENDE; PASSOS, 2001).

Webster (1997, apud ZIEGLER, 2002), relata que o medo do câncer é um dos obstáculos na procura da assistência, daí a importância do profissional de Enfermagem estar atento para a educação da comunidade sobre os benefícios da detecção precoce. O profissional deve estar preparado para atuar na dimensão do cuidar, prevenindo e detectando precocemente o câncer de colo uterino.

O aumento da expectativa de vida da mulher, as modificações de hábitos de vida, as necessidades de saúde da mulher apontam para rotinas de prevenção, acessibilidade e busca ativa. Sendo assim, cabe ao Governo assumir sua responsabilidade e nós, profissionais de saúde fazermos a nossa parte.

Ficou constatado, o sucesso da Campanha de Combate ao Câncer de Colo Uterino no Ceará, realizado pelo Ministério da Saúde em 1998, onde o profissional enfermeiro coordenou, organizou e realizou a coleta citológica,

responsabilizou-se também, pela viabilização da campanha, contornou as dificuldades ajudando a divulgar e conscientizar a população, cumprindo o seu papel na luta contra o câncer de colo uterino.

4 METODOLOGIA

O presente estudo consiste numa abordagem quantitativa, descritiva e retrospectiva, acerca da caracterização dos exames Preventivos do Câncer de Colo do útero em mulheres no município de Viana.

Avaliaram-se as características de todos os exames preventivos coletados no período de janeiro a dezembro de 2004, no Centro de Saúde Bonifácio Pacífico Serra – Viana-MA, registrados no livro de “Registro de Exames” dessa Unidade.

A Unidade Básica de Saúde, do município de Viana-Ma, foi iniciada no ano de 1977, pela antiga FSESP, com os serviços de vigilância epidemiológica, que tratava das doenças, TB – tuberculose, HANS – hanseníase, Leishmaniose, malária e imunização.

Em 1999, com a municipalização, essa Unidade Básica de Saúde, passou a ser chamada de Centro de Saúde Bonifácio Pacífico Serra, no governo do Dr. Messias Costa, onde a estrutura física foi ampliada, passou a atender as clínicas médicas, ginecológicas, dermatológicas, pediatria, Rx, Laboratório de análises clínicas e imunização, uma demanda de 5.783 atendimentos/mês.

O município de Viana-Ma, cidade co-denominada de Cidade dos Grandes Lagos, localizada na região da Baixada Maranhense, a uma distância de 270km por terra da cidade de São Luís-MA, capital do Estado, possui 44.190 (quarenta e quatro mil, cento e noventa) habitantes, segundo o censo de 2000, do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) numa área territorial de 1.162.049 km². O município é habilitado em Gestão Plena de Saúde Pública.

O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do Maranhão é de 0,647 e o do município de Viana é de 0,619.

O município possui um Centro de Saúde que é referência nos serviços de Cardiologia, Ortopedia, Oftalmologia, Ginecologia, Pré-natal, HANS e TB, serviços de ultra-sonografia, Rx, Vacinação, Pediatria, Laboratório de análises clínicas, vigilância epidemiológica, sanitária, Fisioterapia, Psicologia e outros.

Além do Centro de Saúde, o município conta com 19 estabelecimentos de saúde; sendo dezessete públicos e dois privados, cinco equipes de Saúde da Família – sendo três na zona rural e duas na zona urbana, uma equipe de saúde bucal.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados constando das seguintes variáveis: faixa etária, resultado do exame coletado, encaminhamento a serviços especializados, número de exames e sua distribuição mensal (Apêndice A).

Tabulados os dados quantitativos de cada variável, realizou-se a análise dos mesmos utilizando como ferramenta estatística, na forma de tabelas, gráficos, percentuais, para facilitar a interpretação dos mesmos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Meta Nacional de exames preventivos de câncer de colo do útero

No ano de 2004, no município de Viana-MA, o Centro de Saúde Bonifácio Pacifico Serra registrou a coleta de 1.346 exames preventivos de câncer de colo uterino (Papanicolau) entre mulheres na faixa etária de 14 a 83 anos. A caracterização desses exames é detalhada a seguir.

Deve-se ressaltar que a meta pactuada pelo Ministério da Saúde para exames preventivos de câncer de colo uterino em Viana, para o ano de 2004 foi de 2.916, sendo a meta mensal de 243 exames. Na tabela 1 pode-se observar a distribuição mensal dos exames registrados, no Centro de Saúde {média de 112 (cento e doze) exames/mês}. Pode-se afirmar que essa Unidade de Saúde configura-se como referência para o exame preventivo já que foi responsável por cerca de 46% do cumprimento da meta estabelecida para o município. O município de Viana conta com outros três serviços de saúde que procedem a coleta de Papanicolau.

A coleta destes exames deu-se por cinco enfermeiros que compõem equipes do Programa Saúde da Família (PSF) que atendem uma vez por semana nesse Centro de Saúde procedendo à coleta desses exames.

O Ministério da Saúde (2000) destaca para cumprimento da meta anual, coletar exames em mulheres na faixa etária de 35 a 60 anos onde há a maior incidência de Câncer de colo do útero no Brasil.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos exames Papanicolau, coletados por mês em 2004, no Centro de Saúde Bonifácio Serra – Viana-MA.

Meses	Exames realizados	%
Janeiro	130	9,65
Fevereiro	79	5,87
Março	151	11,21
Abril	104	7,76
Maio	99	7,35
Junho	99	7,35
Julho	130	9,66
Agosto	130	9,66
Setembro	72	5,35
Outubro	118	8,76
Novembro	110	8,17
Dezembro	124	9,21
Total	1.346	100,00

Fonte: Centro de Saúde Bonifácio Pacífico Serra – Viana/MA.

Em relação à Tabela 1, descreve-se a relação dos exames coletados mensalmente no Centro de Saúde Bonifácio Pacífico Serra – Viana/MA, durante o ano de 2004.

Convém ressaltar que o mês de março deu-se a maior demanda da procura para a realização dos exames.

Isto ocorreu, devido no referido mês, ter sido realizada a Campanha de Tuberculose, onde as palestras para a comunidade, além do tema da campanha aproveitou-se o evento para falar sobre a importância dos exames preventivos do colo do útero.

5.2 Diagnóstico da situação da doença

Na tabela 2 a seguir, observa-se os resultados do exame Papanicolau, em mulheres no município de Viana-MA, no ano de 2004. Resultados esses, que passamos a apresentar.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos 1.346 exames realizados em Viana-MA, em 2004, segundo resultado.

Resultados do Exame	N.º	%
Negativo para o câncer	846	62,85
Negativo para o câncer, com processo inflamatório	414	30,77
Negativo para o câncer com atipia	18	1,34
Atipia de segmento indeterminado	05	0,37
Efeito citopatológico compativo com HPV	02	0,15
Neoplasia Intra-epitelial Cervical NIC I	17	1,26
Neoplasia Intra-epitelial Cervical NIC I + HPV	13	0,97
Neoplasia Intra-epitelial Cervical NIC II	05	0,37
Neoplasia Intra-epitelial Cervical NIC III – carcinoma in situ	05	0,37
Clamídia	01	0,07
Sugere bacterioscopia	02	0,15
Material hemorrágico	01	0,07
Sem resultados	17	1,26
Total	1.346	100,00

5.2.1 Negativo para câncer

Nota-se na Tabela 2 que 846 (oitocentos e quarenta e seis) mulheres examinadas, apresentaram resultados negativos para câncer de colo do útero. Esse número corresponde a 62,85% do total representando a maioria. Os outros 37,15%, ou seja, 500 mulheres tiveram alguma alteração celular, no colo do útero, as quais estudaremos em seguida.

O gráfico 1 abaixo, ilustra os dados analisados acima.

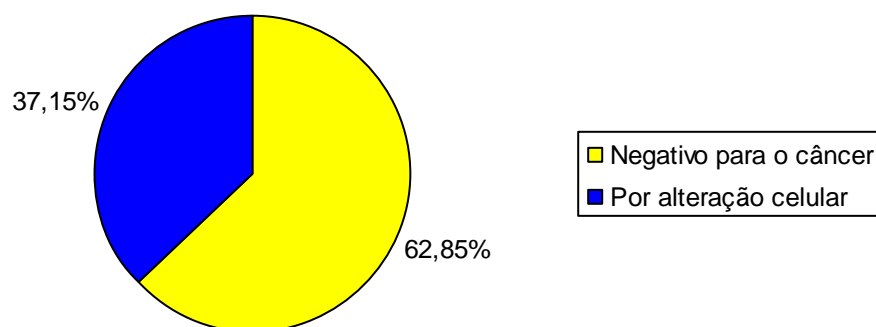


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos exames Papanicolau, segundo os resultados.

5.2.2 Número de exames negativo para câncer, com processo inflamatório.

A Tabela 2, em análise, nos revela que das 1.346 mulheres examinadas, 414 (quatrocentas e quatorze) delas apresentaram resultados negativos para câncer, porém foi detectado processo inflamatório (alterações celulares) no colo do útero das mesmas. Esta quantidade, corresponde a 30,76% do total examinadas.

O número de mulheres com processo inflamatório apresentado nesta pesquisa é preocupante, haja vista, ser a inflamação uma predisposição para lesões pré-cancerígenas, se medidas curativas e preventivas não forem adotadas.

Dentre estas 414 mulheres, 376 delas, ou seja, 27,93% do total, estão nas faixas etárias que vão de 20 a 40 anos e 41 a 60 anos e terão maior probabilidade de ser acometidas pelo câncer.

Para o Ministério da Saúde (2000) a maior incidência de casos de câncer, ocorrem na faixa etária de 35 a 49 anos.

5.2.3 Número de exames negativo para câncer com atipia

Observa-se nos dados da Tabela 2 que somente 18 (dezoito) mulheres apresentaram esse resultado, isto é, 1,34% do total.

5.2.4 Número de exames negativo para câncer com atipia de segmento indeterminado

Somente 5 (cinco) mulheres apresentaram atipia de segmento indeterminado correspondendo a 0,37% do total.

5.2.5 Número de exames com efeito citopatológico compatível com HPV

Observa-se ainda, que do total de mulheres examinadas, 2 (duas) delas apresentaram em seus resultados, o efeito citopatológico compatível com HPV, valor equivalente a 0,15% do total.

5.2.6 Número de exames com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) I

Os dados levantados na Tabela 2, referente a mulheres com Neoplasia intra-epitelial cervical mostram que apenas 1,26% apresentam-se com esse resultado, correspondendo a 17 (dezessete) mulheres.

5.2.7 Número de exames com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) I + HPV (Papiloma Vírus Humano)

Os resultados apresentados na Tabela 2 revelam que em 13 (treze) mulheres (0,97%) foram detectadas a Neoplasia intra-epitelial cervical NIC I + HPV. Dessas, 12 (doze) estão na faixa etária de 20 a 60 anos.

5.2.8 Número de exames com Neoplasia intra-epitelial cervical NIC II

A partir dos dados demonstrados na Tabela 2, observa-se que apenas 5 (cinco) mulheres apresentam resultados de Neoplasia intra-epitelial cervical NIC II, correspondendo a 0,37% do total.

Vale ressaltar que todas, estão nas faixas etárias destacadas no item acima.

5.2.9 Número de exames com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) II + HPV

Não observou-se nenhum caso de mulheres com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) II + HPV.

5.2.10 Número de exames com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) III

Não se detectou nenhuma mulher com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) III.

5.2.11 Número de exames com Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) III + Carcinoma in situ

Observou-se, que somente 5 (cinco) mulheres examinadas estavam acometidas com a Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) III – Carcinoma in situ, o que corresponde a 0,37% do total de mulheres que se submeteram ao exame Papanicolau.

5.2.12 Número de exames com inflamação + metaplasia

Não foram diagnosticados nenhum caso com inflamação + metaplasia

5.2.13 Número de exames com Clamídia

Observou-se, que somente um resultado foi diagnosticado Clamídia, correspondendo a 0,07% do total.

5.2.14 Sugere bacterioscopia

Observou-se que apenas 2 (duas) mulheres foram recomendadas a realizarem bacterioscopia, correspondendo a 0,15% do total.

5.2.15 Material hemorrágico

Foi detectado apenas 01 (um) material hemorrágico, que equivale a 0,07% do total de exames, conforme consta na Tabela 2, acima.

5.2.16 Número de exames sem resultados

Por último, observou-se na Tabela 2, que em 17 (dezessete) mulheres, o que corresponde a 1,26% do total que se submeteram ao exame, os resultados não foram recebidos e/ou foram recomendados a coleta de novo material para análise.

Convém ressaltar que esta ausência de resultados acarreta problemas sérios para estas pessoas, pois caso tenham algum problema, já seriam detectados precocemente.

5.3. Relação faixa etária e resultados de exames

Com base nos resultados dos exames Papanicolau, realizados no ano de 2004, no município de Viana-MA, em mulheres com idade entre 14 e 83 anos, elaborou-se a Tabela 3, abaixo, de modo a diagnosticar a situação da doença do câncer de colo do útero, expressa numérica e estatisticamente, para facilitar a análise epidemiológica da referida doença e explicar suas causas.

O exame Papanicolau foi feito através do esfregaço vaginal conhecido como: citológico oncótico, citopatológico, permite a detecção de lesões precursoras da doença em seu estágio primário.

O referido exame detecta as alterações celulares nas camadas epiteliais pavimentosas de colo do útero, denominadas atualmente de Neoplasia Intra-epiteliais Cervicais (NIC), que podem ser classificados como tipo I, II e III. Essas alterações podem evoluir para lesões cervicais pré-invasoras e se sofrerem transformações intra-epiteliais evoluem para lesão cancerosa invasiva.

O exame citológico pode, também, detectar outros tipos de lesões, infecções como o Papiloma Vírus Humano, que pode causar transformações nas células do colo uterino e podem também, evoluírem para o câncer.

Dividimos a população estudada em 04 (quatro) faixas etárias e com base nos resultados dos exames efetuados nas mulheres realizamos as análises.

Tabela 3 – Distribuição dos resultados dos exames preventivos coletados no Centro de Saúde Bonifácio Pacífico Serra, Viana–MA, 2004.

Resultados do Exame	Faixa etária				Total	
	<20	20 a 40	41 a 60	>60	Absoluto	Relativo
Negativo para o câncer	36	483	282	45	846	62,85
Negativo para o câncer, com processo inflamatório	13	248	128	25	414	30,77
Negativo para o câncer com atipia	01	08	06	03	18	1,34
Atipia de segmento indeterminado	-	02	03	-	05	0,37
Efeito citopatológico compatível com HPV	-	01	01	-	02	0,15
Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) I	02	10	05	-	17	1,26
Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) I + HPV	01	07	05	-	13	0,97
Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) II	-	04	01	-	05	0,37
Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) III – carcinoma in situ	-	01	03	01	05	0,37
Clamídia	01	-	-	-	01	0,07
Sugere bacterioscopia	01	-	-	01	02	0,15
Material hemorrágico	-	01	-	-	01	0,07
Sem resultados	-	09	07	01	17	1,26
Total	Absoluto	54	775	441	76	1.346
	Relativo	4,07	57,58	32,76	5,65	100

5.3.1 População estudada segundo a faixa etária

A tabela 3, acima, mostra que 90,34% das mulheres que realizaram os exames estão na faixa etária entre 20 e 60 anos.

Vale ressaltar que a maioria dessas mulheres moram na zona rural do município, em condições precárias de habitação, saúde e alimentação.

Ilustramos os dados referentes a população estudada, por faixa etária, no gráfico 2, abaixo:

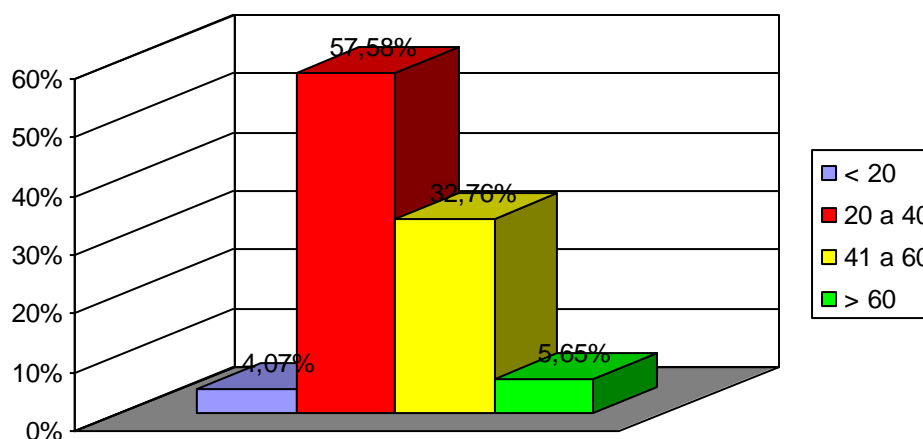


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos exames Papanicolau coletados no Centro de Saúde Bonifácio Serra em 2004, segundo a faixa etária.

O Gráfico 2 demonstra que 57,58% da população estudada se encontra numa faixa etária de 20 a 40 anos, seguida das mulheres que estão na faixa etária de 41 a 60 anos de 32,76% do total, as mulheres acima de 60 anos foi de 5,65% e as mulheres que estão na faixa etária menor de 20 anos é de 4,07% respectivamente.

Nesta faixa etária de 20 a 40 anos é que se encontra pessoas com vida sexual ativa, promiscuidade nas relações sexuais, paridade precoce, multiparidade, múltiplos parceiros, sendo esta faixa etária que terão a maior probabilidade de ser acometidas pelo câncer.

Dados da Vigilância Epidemiológica de Sobral-CE, no ano de 2003, demonstram que em 2001, foram realizados 19.076 exames de Papanicolau, sendo que destes, 367 apresentaram alterações celulares, com 18 casos de carcinoma invasivo. (SOBRAL, 2003, apud SÁ, p. 13).

A análise destes dados, revelam que os 367 casos de alterações celulares, representam, 1,92% do total de exames e os 18 casos de câncer, 0,09%.

Em 1998, ocorreu a primeira mobilização nacional para detecção precoce da doença, onde foram colhidos 3 milhões de exames Papanicolau, dos quais 65% foram na faixa etária de 35 a 49 anos de idade. Detectou-se 60 mil exames com algum tipo de alteração (SÁ, 2004, p. 14).

Os 60 mil exames com alguma alteração, corresponde a 2% do total examinado.

Se compararmos os dados epidemiológicos nacional e o de Sobral-CE, com os encontrados em Viana-MA, citados anteriormente, podemos inferir que a

situação é preocupante e agravante se considerado que os casos com processo inflamatório sejam vistos como de alterações celulares.

Dentre 414 mulheres com resultado Negativo para o câncer, porém com processo inflamatório, 376 delas, ou seja, 27,93% do total, estão nas faixas etárias que vão de 20 a 40 anos e 41 a 60 anos e terão maior probabilidade de ser acometidas pelo câncer.

Para o Ministério da Saúde (2002) a maior incidência de casos de câncer, ocorrem na faixa etária de 35 a 49 anos.

Os resultados apresentados na Tabela 3 revelam que em 13 (treze) mulheres (0,97%) foram detectadas a neoplasia intra-epitelial cervical NIC I + HPV. Dessas, 12 estão na faixa etária de 20 a 60 anos.

Vale ressaltar que todas as mulheres com NIC, estão nas faixas etárias destacadas no item acima.

5.4 Número de consultas médicas e exames complementares

5.4.1 Consultas médicas

Na Tabela 4 abaixo, demonstramos o número de mulheres que foram encaminhadas para consultar com clínico geral e ginecologista.

Tabela 4 – Demonstrativo da quantidade de mulheres de Viana-MA que realizaram consultas médicas e exames complementares, segundo a faixa etária – 2004.

Faixa Etária	Exame Papanicolau	%	Encaminhadas a consulta médica			
			Clínico Geral	%	Ginecologista	%
<20	54	4,01	36	2,67	18	1,34
20-40	775	57,58	483	35,89	292	21,7
41-60	441	32,76	282	20,95	159	11,81
>60	76	5,65	45	3,34	31	2,30
Total	1346	100	846	62,85	500	37,15

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Viana-MA.

Os dados da Tabela 4, revelam que 846 mulheres, cerca de 62,85% do total foram encaminhadas para consulta médica, com clínico geral. Esse número corresponde àquelas, cujos os resultados dos exames citológicos deram negativos

Por outro lado, 500 mulheres (37,15%) foram encaminhadas para consulta médica com ginecologista, pois em seus exames foram detectadas algum

tipo de lesão celular. Para ilustrar melhor esses dados, apresentamos o Gráfico 3, abaixo:

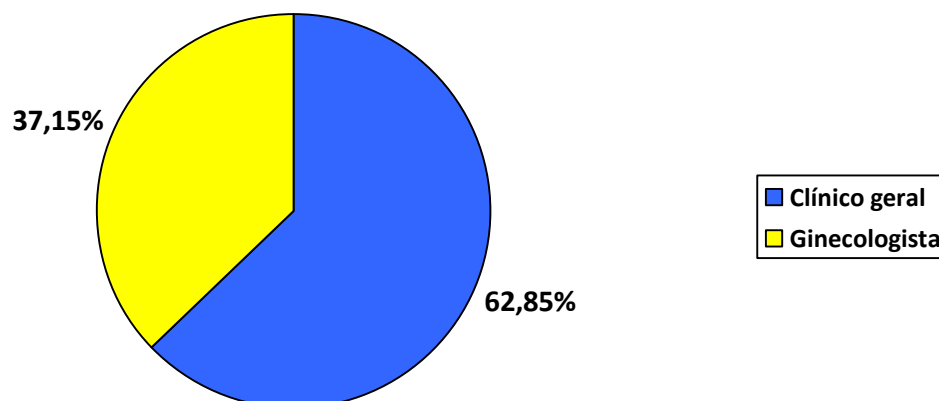


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos resultados dos exames Papanicolau, segundo encaminhamento para consultas médicas.

5.4.2 Exames complementares

Em relação aos exames complementares, verificou-se que 23 mulheres (1,71%) foram encaminhadas para fazerem o exame de colposcopia. As mesmas, correspondem às que apresentaram em seus resultados o NIC I + HPV, NIC II e NIC III – carcinoma in situ, visto na Tabela 2. Dentre essas, 10 foram encaminhadas para fazerem o exame de biópsia, pois foram as que tiveram resultados NIC II, NIC III.

5.5 Número de exames por enfermeiros segundo ano/mês/dia

Na Tabela 5, observa-se as médias de exames Papanicolau, por enfermeiros /ano/mês/dia.

Tabela 5 – Distribuição média de exames Papanicolau, por enfermeiros ano/mês/dia.

Ano	Exames realizados	Número de Enfermeiros	Média de exames realizados por enfermeiros		
			Ano	Mês	Dia
2004	1346	05	269,2	22,43	1,12

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Viana/MA.

Observou-se na tabela acima que em média, foram realizados 269,2 exames Papanicolau por enfermeiro/ano. Dividindo esse número por 12 meses, encontra-se uma média de 22,43 exames por enfermeira/mês.

Em relação à quantidade de exames por enfermeiro/dia, dividiu-se a quantidade registrada por mês, por vinte dias, encontrando-se um resultado médio de 1,12 exames por enfermeiro/dia.

5.6 Câncer de colo do útero no Maranhão em 2004

5.6.1 Neoplasia maligna em mulheres no Maranhão

A Tabela 6 a seguir, demonstra que das 1.390 pacientes do sexo feminino, acometidas com a neoplasia maligna, 668 apresentaram a doença no colo do útero, correspondendo a 48,06% do total. O restante, ou seja, 722 pacientes mulheres (51,94%) tiveram outros tipos de câncer.

Tabela 6 – Distribuição de pacientes do sexo feminino com neoplasia maligna no Maranhão-2004.

Neoplasia Maligna	Quantidade de pacientes	
	Absoluta	Relativa (%)
Colo de útero	668	48,06
Outros tipos	722	51,94
Total	1.390	100,00

Fonte: Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello

5.6.2 Óbitos por neoplasia maligna no Maranhão, segundo o tipo/localização-2004

Verifica-se na Tabela 7 que dos 344 óbitos por câncer, no Estado, 62 (18,02%) foram vítimas do câncer uterino. Ficando 282 (81,98%) pacientes que foram a óbito, motivados por outros tipos de câncer.

Tabela 7 – Distribuição de óbitos, segundo o tipo de neoplasia maligna no Maranhão-2004.

Neoplasia Maligna	Número de óbitos	
	Absoluta	Relativa (%)
Colo de útero	62	18,02
Outros tipos	282	81,98
Total	344	100,00

Fonte: Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello

É importante ressaltar que segundo a Secretaria do Estado da Saúde (2005), no ano de 2004, registrou-se um caso de óbito no município de Viana-MA, tendo como causa o câncer de colo do útero correspondendo a 1,61% do total de óbito no estado, nesse tipo de neoplasia maligna.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo, procurou identificar o estado de saúde das mulheres do município de Viana-MA, durante o ano de 2004, com base nas características apresentadas nos resultados dos exames preventivos para o câncer de colo do útero, realizados no Centro de Saúde Bonifácio Pacífico Serra, por profissionais da enfermagem.

Para tanto, utilizou-se o livro de Registro de Exames da referida unidade de saúde, para coleta dos dados como: data dos exames, idades das pacientes, resultados do exames encaminhamentos médicos e fez-se sua compilação e apresentação, em tabelas, gráficos e se realizou cálculos estatísticos, para em seguida analisá-los.

Com os dados compilados e apresentados, descreveu-se a distribuição mensal dos exames preventivos, observando sua distribuição por faixa etária e analisando os resultados dos referidos exames, sobre os quais chegou-se às seguintes conclusões:

- a. A média mensal do número de exames Papanicolau, coletados no Centro de Saúde Bonifácio Pacífico Serra, em Viana-MA, no ano de 2004, foi de 112,16 exames/mês. Respondendo essa unidade de saúde por 46,16% da meta pactuada pelo Ministério da Saúde, para o referido município e ano;

Destaca-se o mês de março de 2004, com 151 exames realizados, devido a divulgação da importância do aludido exame através de palestras, aproveitando a Campanha da Tuberculose;

- b. Quanto a distribuição dos exames por faixa etária, destaca-se com 57,58%, a faixa etária de 20 a 40 anos, seguida da de 41 a 60 anos, com 32,76%. Juntas totalizam 90,34% do total de exames realizados.

Ressalta-se que, para o Ministério da Saúde, a faixa etária que se preconiza maior incidência de casos posteriores de câncer de colo de útero é a de 35 a 49 anos;

- c. Com base nos resultados dos exames Papanicolau, realizados em mulheres de Viana-MA, em 2004, pudemos diagnosticar as condições de saúde das referidas mulheres em relação ao câncer de colo de útero e chegou-se as seguintes considerações:

- a) Do total de 1346 mulheres examinadas, 62,85% tiveram resultados de seus exames negativos para o câncer de colo de útero e, em 37,15%, detectou-se lesões precursoras da doença em seu estágio primário.
- b) A análise minuciosa dos resultados dos exames, observou-se que 414 mulheres submetidas ao referido exame, apresentaram resultados negativos para o câncer, porém, com processo inflamatório. Esses se não tratados, podem evoluir para alterações celulares, denominadas atualmente de Neoplasia Intra-epiteliais Cervicais – NIC, que por sua vez, podem ser ou não pré-cancerosa.

Vale salientar que, das 414 mulheres, 376 estavam na faixa etária de 20 a 60 anos. Dentro, portanto da faixa etária de risco, preconizada pelo Ministério da saúde, qual seja, 35 a 49 anos.

- c) Quanto as alterações celulares, denominadas de NIC, observou-se nos resultados dos exames, que 17 mulheres estavam com NIC I, correspondendo a 1,26% e, com NIC I + HPV, estavam acometidas 13 mulheres, o equivalente a 0,97% do total de exames.

Em relação ao NIC II, 5 casos foram detectados (0,37%) e com NIC III – carcinoma in situ, foram encontrados em 5 mulheres, correspondendo a 0,37% do total.

Os três tipos de NICs, totalizam 40 casos , que representam 2,97% do total de exames realizados.

Ressalta-se que essas alterações podem ter evoluídas para lesões cervicais pré-invasoras e, se sofreram transformações intra-epiteliais, evoluíram para lesões cancerosas invasivas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não tenha sido realizado um estudo epidemiológico, com um diagnóstico socioeconômico, cultural e ambiental da população submetida ao exame Papanicolau, observações in loco da enfermeira Nely Anunciação Santos, membro da Equipe de Saúde da Família de Viana – MA, que participou da realização dos exames em 1346 mulheres e sendo uma das autoras deste estudo, disse: “Posso afirmar que a maioria dessas mulheres examinadas mora na zona rural do município, em condições precárias de habitações, saúde, alimentação, saneamento. Portanto, mulheres com baixo nível social e econômico que as conduz à baixa condição de higiene corporal e genital.

Vivendo nessas condições, se enquadram no grupo de maior vulnerabilidade social, com grande probabilidade de serem acometidas com o câncer de colo do útero, pois convivem com os fatores de riscos, que podem ser a origem da citada doença. Contudo, só um estudo epidemiológico pode confirmar esta hipótese.

7.1 Proposições

Dedico ao exíguo tempo, não pudemos aprofundar mais este estudo, no entanto, deixamos como contribuição para o Programa Saúde da Família – PSF, do município de Viana-MA e dos demais municípios do Estado, as seguintes proposições:

1. Efetuar estudo semelhante, com os dados dos livros de Registros de Exames Papanicolau, dos anos de 2005 e 2006;
2. Realizar estudo epidemiológico da doença: câncer de colo do útero, no município de Viana-MA, com diagnóstico socioeconômico, cultural e ambiental das famílias das mulheres examinadas, através de amostragem com aplicação de um questionário previamente elaborado;
3. Realizar campanha do Câncer de Colo de Útero para mobilizar a população feminina do município, a fazerem o exame preventivo: Papanicolau, pelo menos uma vez ao ano;

4. Utilizar o estudo epidemiológico, como ferramenta de planejamento, para formulação de políticas públicas efetivas, com ações de intervenção, prevenção, ou terapêutica da doença;
5. Eliminar ou minimizar os fatores de risco que aumentam as chances de aparecimento do câncer de colo do útero, nas mulheres de Viana-MA;
6. Melhorar e ampliar os dados coletados no livro: Registro de Exames Papanicolau, acrescentando dados socioeconômico culturais e ambientais das famílias das pacientes examinadas, incluindo os fatores de risco.

REFERÊNCIAS

AYOUB, A. C. et. al. **Planejando o cuidar na Enfermagem Oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.

BARACAT, Edmundo Chagas **Ginecologia**. São Paulo: Manole, 2000.

BARATA, Rita Barrada. Epidemiologia clínica: nova ideologia médica? **Caderno saúde pública**, v. 12, n.4. Disponível em: <<http://scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 01 dez 2005.

BONATO, Tais Nicolette; DUSO, Rafaela; PRIKLADNICKI, Sabrina. Paradigmas em psicologia: compressores acerca da saúde e dos estudos epidemiológicos. **Psicol. Soc.** Porto Alegre, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000200007>. Acesso em: 01 dez 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília (DF), 2002.

CASTRO, Lauro Sodrê Viveiros de. **Pontos de estatísticas**. Rio de Janeiro: [s.l.], 1967.

CZERESMA, Dina; ALBUQUERQUE, Maria de Fátima Militão. **Modelo de inferência causal**: análise crítica da utilização da estatística na epidemiologia. Disponível em: <<http://scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 01 dez 2005.

D'OLEO, Rafael de Jesus Monteiro; FAVERO, Manildo. Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. **Revista saúde pública**. v. 26, n.4, São Paulo, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=90034-89101992000400007>. Acesso em: 01 dez 2005.

DIAS ALVES e col., **Manual do câncer ginecológico**, 1998.

DIÓGENES, M. A. R.; REZENDE, M. D. S.; PASSOS, N. N. G. **Prevenção do câncer**: atuação do enfermeiro na consulta de Enfermagem ginecológica aspecto ético e legais da profissão. Fortaleza: 2001.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do câncer de colo do útero e de mama**. Disponível em: <[http://inca.gov.br/\(conteudo.view-asp?id=140\)](http://inca.gov.br/(conteudo.view-asp?id=140))>. Acesso em: 17 set 2005.

LIEGLER, L. D. M. **Prevenção do câncer de colo uterino**: conhecimento, percepção e fatores intervenientes. Um estudo em mulheres de Jaibaras. 2002. Monografia (especialização em Saúde da Família): escola de Formação em Saúde da Família. Visconde Sabóia. Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2002.

LIMA, Benedito Gonçalves. **Fatores motivacionais para o trabalho dos egressos do curso de medicina veterinária na Universidade Estadual do Maranhão – UEMA**. Florianópolis: 2001.

LOPES, Ademar. **Câncer**: a doença, o paciente, a terapeuta, o médico e o hospital. Disponível em: <<http://www.henc.org.br>>. Acesso em: 27 nov. 2005.

PINOTTI, col. **Oncologia Genital Feminina**. 2. ed. 2001.

PONTES, A. P. D. A. Detecção precoce do câncer de Colo Uterino: Motivos que levam mulheres a não realização. **Exame**. [2003]. Disponível em: <www.abcdasaude.com.br>. Acesso em: 19 ago. 2005.

QUADRUS. **Revista Veja**. 2002.

SÁ, Andréia Linhares Cavalcante. **Perfil de mulheres submetidas ao exame Papanicolau**. Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Família na USF), Sobral, CE: 2004.

SALVADOR, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. **Epidemiologia aplicada**. Caderno do curso de especialização em Saúde da Família, da Laboro – Excelência em Consultoria e Pós-graduação, 2005.

SARRIERA, Jorge Castellá; MOREIRA, Mariana Calessio; ROCHA, Kátia Bonés;

SASSE, André. **Câncer de colo do útero**. Disponível em: <<http://andre.sasse.com/colo.htm>>. Acesso em: 03 jul. 2005.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ. **O Sistema Único de Saúde**. Série – Caderno do Curso de Especialização em Saúde da Família da laboro Excelência em Consultoria e Pós-Graduação – Módulo 1. Política de saúde e introdução estratégica de saúde da família, 2005, 84 p. Disponível em: <www.sespa.pa.gov.br/sus/sus/susoquee.htm>. Acesso em: 27 nov. 2005

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Epidemiologia e planejamento de saúde**. Série – Cadernos de Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro Excelência em Consultoria e Pós-Graduação. Epidemia Aplicada, 2005.

TOMASI, N. G.; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia de pesquisa em saúde**. Curitiba: As autoras, 1999.

UGÁ, M. A. **Sistema de repasse financeiro – Unidade de assistência a Saúde:** uma proposta pré-liminar para a rede pública brasileira, 1994.

XIMENES. **Minidicionário da língua portuguesa.** 2000.

ZIEGLER, L. D. V. **Prevenção do câncer de colo do útero.** 2002.

ZELMANOWICZ, Alice de Medeiros. **Deteção precoce para o câncer de colo uterino.** [2001]. Disponível em: < <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?114> >. Acesso em: 19 ago 2005.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**CARACTERÍSTICAS DOS EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER DE COLO
UTERINO, DO MUNICÍPIO DE VIANA-MA, EM 2004**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ANO _____

Nº DE EXAMES COLETADOS _____

	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº de exames											

Nº do exame	idade	resultado	encaminhamento
1			
...			
N			

ANEXO A – Técnica

Recomenda-se às mulheres que se submeterão ao exame que não usem nenhum produto ou medicamento na vulva ou na vagina e que evitem relações sexuais nas 24 horas que antecedem o exame. Antes da coleta, deve ser preenchida uma ficha com uma pequena anamnese constando dados de identificação, data da última menstruação, da primeira relação, se usa alguma medicação, aspecto do colo e da secreção vaginal e resultado do teste de Schiler.

Antes de iniciar a coleta, deve-se identificar as lâminas com as iniciais da paciente e o número do prontuário na extremidade fosca e limpar bem as lâminas. Para realização correta de uma boa coleta deve-se visualizar bem o colo do útero com o auxílio da colocação de um espelho. Os locais de coleta para detecção de lesões pré-malignas, malignas e investigação microbiológica são a cérvix uterina, o fundo de saco posterior e o canal endocervical. A coleta é feita com o auxílio da espátula de Ayres para a ectocérvix e o fundo do saco posterior e de uma escovinha para coleta de material da endocérvix. Após colher o material, deve ser feito um esfregaço na parte lisa da lâmina e logo após mergulhá-lo em um tuitite plástico contendo álcool 96% para a fixação do material. Logo em seguida, as lâminas serão lidas por um citopatologista que emitirá um laudo informando o resultado do exame. (SÃO LUÍS, 2004).

ANEXO B – Livro de registro

Nº	NOME	idade	End	data cad.
529	Rosimeire Barros Coutinho	35a	Av. Jorge Amado Duailibe - Abel	19.5
530	Maria Faustina Mendes	35a	R. Womival Costa - V. Zizi	19 "
531	Dzoni Silva Alves s/n	49a	R. do Estádio 151 - Caruaru	"
532	Mª do Divalentis Sene Sousa	34a	Rua Principal - Picareiro	"
533	Mª Lucimar Nunes da Silva	37a	R. Nova de Maio - Viana	"
534	Maria Rosa Barros Vieira	42a	Rua do Capu - 08 - Mutirãs	"
535	Linda Uy Correia do Santos	21a	Santeiro - Viana	29.08
536	Lucilene Coutinho Trindade	20a	Prequei - Viana	"
537	Regiane Leal Costa	27a	Bairro Stº Estelina - Viana	26.5
538	Antonia Mendonça Pereira	29a	Vila Estelina s/n - Substação	"
539	Wanduce Belfort Soares	21a	R. R. do Lopes da Cunha - 108 - Abel	"
540	Waldineuge Corinda de Sousa	29a	Rua do Buriti - 240 - Mutirãs	"
541	Ziviane Sena Costa	24a	Rua do Capu - 14B - Mutirãs	"
542	Alexandro Santos	28a	R. Brina Costa 107 - V. Zizi	31.05
543	Jaqueline Costa Jansen	23a	Rua Coronel Campelo - 756 - Viana	"
544	Leidivan Barros Costa	49a	Trav. Aldeido Nequim s/n - Demarcado	"
545	Maria de Nazare Batista Gomes	43a	Av. Jorge Amado Duailibe - 382	"
546	Raimunda Camara Fospal	45a	Pov. Caumã - Viana	"
547	Marluce Cardoso Soares	45a	R. Campo Verde 501 - Picareiro	31.5
548	Mª da Conceição Pereira Pinheiro	47a	Aplege - Viana	"
549	Maria da Conceição Lutim Veloso	40a	R. dos Faixas 120 - Picareiro	"
550	Raimunda Nonata Fereiro Santos	28a	Pov. Santa Ezeiza - Viana	27.05
551	Maria Gorete Costa Silva	40a	Rua São Pedro - Viana	31.05
552	Maria Antonia Rodrigues Camara	54a	Povoado Caumã - Viana	"
553	Primo Rosa Belfort Andrade	47a	Povoado Prequei -	"
554	Marcia Cavalho	27a	Rua Brina Costa s/n - V. Zizi	"
555	Maria José Nunes	24a	Rua José Araújo Silva s/n - Caruaru	"
556	Jana Lelia Garcia Belfort	28a	Estrada de Belo - 22 - Substação	"
557	Juliana Bana	62a	Barreiro - Viana	"
558	Clonice Rodrigues Mendes	42a	R. Santinha Neves 78 - Abel	"
559	Eulmira Barros Pinheiro	22a	R. 15 de novembro 256 - Demarcado	"
560	Claudiana Pinto Mendes	26a	Pov. Bacunzeiro	"
561	Maria Rosa Soares Baion	49a	R. da Fumaca s/n - Viana	"

DATA CHEGADA	solu. Biópsia	solu. Colposcopia	Resultado	CM.	Enfe
10-8-04			NEG	31-8-04	Simão
11			NEG	18-8-04	"
11			NEG	18-08-04	"
11			NEG	0. hmg.	"
11			NEG		"
11			NEG		Paula
11			NEG		"
11			NEG	18.8.04	Nely
11			NEG		
11			NEG P/CANCER Inflamatório		
10-8-04		sim *	* NIC I (displasia leve)		Patricia
10-8-04			NEG P/CANCER Inflamatório	17-8-04	Patricia
10-8-04			NEG P/CANCER Inflamatório		Paula
10-8-04			NEG P/CANCER Inflamatório		Patricia
10-8-04			NEG P/CANCER Inflamatório		Patricia
10-8-04			NEG P/CANCER Inflamatório		Patricia
10-8-04			NEG P/CANCER Inflamatório		"
10-8-04			NEG P/CANCER Inflamatório		Paula
11			NEG P/CANCER Inflamatório		Patricia
10-8-04		sim	* Atipias de sig. indeterminadas		Patricia
11			NEG P/CANCER Inflamatório		Patricia
11			NEG P/CANCER Inflamatório		Paula
10-8-04		sim *	* NIC I (displ. leve) + HPV		"
11			NEG P/CANCER Inflamatório		"
11			NEG P/CANCER Inflamatório		"
10-8-04			NEG	18.8.04	"
11			NEG P/CANCER Inflamatório	17-8-04	Paula
11			NEG P/CANCER Inflamatório		"
11			NEG P/CANCER Inflamatório	18.8.04	"
10-11-04			NEG P/CANCER Inflamatório		"
11			NEG P/CANCER Inflamatório	31-8-04	"
11			NEG P/CANCER Inflamatório	11.8.04	Paula

Martins, Naldirene Maya.

Estudo das características dos exames preventivos de câncer de colo do útero do município de Viana-MA em 2004. Naldirene Maya Martins; Naura Cutrim Correia; Nely Anunciação Santos. - São Luís, 2007.

60 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2007.

1. Epidemiologia 2. Câncer de colo do útero. 3. Exame Papanicolau.
I. Título.

CDU 618.14-006