



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
FACULDADE DE ENFERMAGEM



CARLOS HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA
RAYSSA JULIENNE OLIVEIRA PENA

**ALTERAÇÕES CÉRVICO-UTERINAS EM MULHERES DE MUNICÍPIOS DA
ILHA DO MARAJÓ NO ESTADO DO PARÁ**

BELÉM – PARÁ
2016

[Digite texto]

CARLOS HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA
RAYSSA JULIENNE OLIVEIRA PENA

**ALTERAÇÕES CÉRVICO-UTERINAS EM MULHERES DE MUNICÍPIOS DA
ILHA DO MARAJÓ NO ESTADO DO PARÁ**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem,
apresentado à Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal do Pará como requisito parcial
para obtenção do grau de bacharel e licenciado em
enfermagem.

Orientadora: Prof. MSc. Elisângela da Silva Ferreira

BELÉM – PARÁ
2016

CARLOS HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA
RAYSSA JULIENNE OLIVEIRA PENA

ALTERAÇÕES CÉRVICO-UTERINAS EM MULHERES DE MUNICÍPIOS DA
ILHA DO MARAJÓ NO ESTADO DO PARÁ

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, apresentado à Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para
obtenção do grau de bacharel e licenciado em enfermagem.

Belém, 05 de Outubro de 2016.

Banca Examinadora:

Professora MSc. Elisângela da Silva Ferreira
Orientadora

Professora Dr^a Máisa Silva de Sousa
(1º Membro)

Professora MSc. Ana Paula Gonçalves
(2º Membro)

BELÉM – PARÁ
2016

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem ele não somos nada.

À Universidade Federal do Pará, direção e corpo docente de enfermagem por toda minha formação acadêmica e social.

À nossa orientadora Elisângela Ferreira por sua atenção e luz durante nosso trabalho.

À minha amiga e parceira RayssaJulienne por toda sua paciência e amizade sem as quais não seria possível a realização deste.

Aos meus pais e irmãos, pois sem minha família eu não seria metade do homem que sou.

Ao meu amigo Antonio Jorge, pelos puxões de orelha.

Ao meu melhor amigo, Jonas Melo, por tudo que, só quem tem um irmão mais novo, sabe o grande amor e zelo que nutrimos.

Agradeço ao Luiz pelo apoio prestado.

Aos meus companheiros de vida que a UFPA proporcionou: Elayne, Laís, Luciana, Jaqueline, Cesar, Joel e Nazareno. Sem vocês, a amizade não passaria de uma palavra, agradeço ao senhor Jesus a oportunidade de conhecer cada um de vocês em minha formação.

Carlos Henrique Nascimento da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a minha família, que me apoiou em todos os momentos e são minha maior fonte de inspiração, obrigada por tudo que fazem por mim, amo todos vocês.

Agradeço, de coração, à minha orientadora, Elisângela Ferreira, pela paciência e compreensão.

Às minhas amigas de longa data Suzana, Luciana, Juliana, Taissa, Ana Paula e Bruna pelo apoio, amizade e confiança.

Agradeço ao Luiz pelo apoio prestado.

Aos professores Mihoko, Maisa e Benedito do LABOCITO pelas oportunidades e conhecimento que me deram, e as meninas Jéssica, Dayse, Wlyana, Camila Carla, Camila Vilhena que estiveram nessa jornada no laboratório comigo.

E, aos meus queridos amigos que UFPA me deu a oportunidade de ter, Luciana, Antônio Jorge, Laís, Jonas, Cesar, Haru, Karine, Josi, Natalia, Fernanda, Amanda e Jamile.

RayssaJulienne Oliveira Pena

RESUMO

O conceito clássico de lesões pré-invasivas do colo uterino consiste em um grupo heterogêneo de alterações, o período de evolução de uma lesão cervical inicial para a forma invasiva e, por conseguinte maligna (Câncer de Colo do Útero). Esse tipo de câncer se encontra entre os três mais frequentes em mulheres de países em desenvolvimento, tendo destaque a região Norte do Brasil por sua alta incidência. O exame Papanicolau é a principal ferramenta para o diagnóstico e prevenção do câncer de colo do útero. Este estudo tem como objetivo determinar a frequência de alterações cérvico-uterinas nos exames citopatológicos de residentes nos municípios da Ilha do Marajó. Trata-se de um estudo descritivo e documental, de cunho quantitativo. O material foi coletado pelo projeto de extensão “Marcadores Epidemiológicos em Saúde no Arquipélago do Marajó” e analisado pelo Laboratório de Citopatologia sob coordenação do projeto de extensão intitulado “Projeto intitulado “Avaliação da citologia clínica na prevenção e detecção precoce de câncer” entre março de 2013 e fevereiro de 2015. Foram incluídas no estudo, 405 amostras satisfatórias de mulheres residentes nos municípios de Chaves, Portel, São Sebastião da Boa Vista e Anajás, que compareceram no dia da coleta em local e horário, conforme cronograma pré-agendado e entregue à domicílio no momento da visita dos profissionais atuantes no projeto. Quanto aos resultados dos exames, o presente estudo destacou as alterações cérvico-uterinas por sua alta frequência (234/405). Dentre essas alterações, verificou-se o maior índice do tipo inflamatória, sendo 39,26% (159) seguindo de 74 esfregaços com atipias (8%), e de 35 lesões intraepiteliais escamosas (8,64%). Destaca-se, também, a ocorrência de casos de câncer do colo uterino identificados pelo exame citopatológico (7/405). O perfil sociodemográfico das mulheres aponta que a maioria estudou até o ensino fundamental, têm estabilidade conjugal e parceiro fixo, não fazem uso de preservativos nas relações sexuais e contraceptivo oral, e já haviam realizado PCCU anteriormente. Pode ser observado, através deste estudo, a precariedade na assistência à saúde desses municípios, tendo em vista o alto número de casos com alterações, chegando, até a identificar lesões mais graves como adenocarcinoma e câncer invasor.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Exame Papanicolau. Lesões cérvico-uterinas.

ABSTRACT

Classical definition of pre-invasive lesions in the cervix consists of a heterogeneous group of alterations. This group comprehends the evolution from initial lesion to invasive cancer. Cervical cancer is among the three most prevalent cancers in women in countries on development, the northern region of Brazil has high prevalence of cervix cancer. Papanicolaou examination is the main aid for diagnosis and prevention of cervical cancer. Thus, we sought to describe the frequency of alteration on cytopathological exams from the cervix in residents of counties in the Marajá island. It is a descriptive and documental study, in a quantitative aspect. The samples were collected by the project: "Epidemiological markers in health on the Marajó archipelago" and analyzed by the Cytopathological Laboratory, by coordination of the project "Evaluation of the clinical cytology in the prevention and precocious detection of cancer" between March of 2013 and February of 2015. 405 samples were included in the study from women residents in the counties of: Chaves, Portel, São Sebastião da Boa Vista e Anajás. These women attended to collect the samples in a predetermined appointment, scheduled by the health professionals involved in the research. We found a high incidence of cervix samples' examination (234/405). The biggest incidence was observed by the inflammatory alterations, 39.26% (159) followed by 74 smears for atypia (8%) and 35 for intra-squamous lesions (8.64%). 7 patients were identified to have cervical cancer through the cytopathological examination. In the sociodemographic profile, the majority of the women studied until high school, had stable relationships and fixed partners, do not use condoms nor oral contraceptive and had a previous Papanicolaou examination. Thus, we could identify the precarious coverage of the public health system in these counties, evidenced by the high incidence alteration on examination, and the identification of cancer.

Key words: Women health. Papanicolaou test. Cervix lesions.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

| | | |
|----------------|---|----|
| Figura1 | Angulação do útero | 15 |
| Figura2 | Nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizada desde o início da realização do exame Para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências | 17 |
| Tabela1 | Resultados dos Exames Preventivos do Câncer do Colo Uterino (PCCU), realizados nos municípios da Ilha do Marajó, no período de 2013 a 2015. | 30 |
| Tabela2 | Resultados dos Exames Preventivos do Câncer do Colo Uterino (PCCU) com resultados alterados, realizados nos municípios da Ilha do Marajó, no período de 2013 a 2015. | 31 |
| Tabela3 | Distribuição das variáveis sociodemográficas das participantes do estudo, realizados nos municípios da Ilha do Marajó, no período de 2013 a 2015. | 34 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|--|
| ASC | Células Escamosas Atípicas |
| ASC H | Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado, quando não se pode excluir lesão de alto grau |
| NIC | Neoplasia Intraepitelial Cervical |
| ASCUS | Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado |
| CCU | Câncer do Colo do Útero |
| HPV | Papilomavirus humano |
| HSIL | Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| ICB | Instituto de Ciências Biológicas |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| JEC | Junção escamo-colunar |
| LABOCITO | Laboratório de Citopatologia |
| LSIL | Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau |
| MS | Ministério da Saúde |
| PRO-ONCO | Programa de Oncologia |
| PCCU | Preventivo do Câncer de Colo do Útero |
| EZT | Exérese da Zona de Transformação |
| UFPA | Universidade Federal do Pará |
| SSBV | São Sebastião da Boa Vista |
| BAC | Bacterioscopia |
| FAPESPA | Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Pará |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 | OBJETIVOS | 13 |
| 1.1.1 | Objetivo Geral | 13 |
| 1.1.2 | Objetivos Específicos | 13 |
| 2 | REFERENCIAL TEORICO | 14 |
| 2.1 | ANATOMIA E FISIOLOGIA DO ÚTERO | 14 |
| 2.2 | LESÕES INFLAMATÓRIAS | 15 |
| 2.3 | CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS (ASC) | 15 |
| 2.3.1 | Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASCUS) | 16 |
| 2.3.2 | Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado, Quando Não Se Pode Excluir Lesão de Alto Grau (ASCH) | 16 |
| 2.4 | LESÕES CÉRVICO-UTERINAS | 16 |
| 2.4.1 | Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LSIL) | 18 |
| 2.4.2 | Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL) | 19 |
| 2.4.3 | Câncer de Colo Uterino e o HPV | 19 |
| 2.5 | CONTROLE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO | 20 |
| 3 | METODOLOGIA | 26 |
| 3.1 | TIPO DE ESTUDO | 26 |
| 3.2 | LOCAL DO ESTUDO | 26 |
| 3.3 | POPULAÇÃO DO ESTUDO | 27 |
| 3.4 | COLETA DE DADOS | 27 |
| 3.5 | ANALISE DE DADOS | 28 |
| 3.6 | ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS | 28 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 30 |
| 5 | CONCLUSÃO | 39 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 40 |
| | ANEXOS | 44 |

1 INTRODUÇÃO

O carcinoma no colo do útero é uma doença de evolução lenta, previsível, apresentando fases pré-invasivas, facilmente detectáveis pela citologia, através do teste de Papanicolau(exame do colo do útero), que faz parte do rol de procedimentos primários de atenção à saúde da população feminina. É o método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011).

Esse teste detecta alterações morfológicas através de uma simples coleta de material na região escamocolunar, sendo o momento ideal para se começar a fazê-lo no início das relações sexuais (BACKES et al., 2014).

O conceito clássico de lesões pré-invasivas do colo uterino consiste em um grupo heterogêneo de alterações, com curso de progressão lento para carcinoma invasor, iniciando pela neoplasia intraepitelial cervical (NIC) grau 1, seguindo para NIC grau 2 e, desta, para NIC grau 3 ou carcinoma in situ (BRASIL, 2011).

Conforme Ince, Aydin e Peker (2011), as lesões cérvico-uterinas provocam, geralmente, alterações morfológicas características, detectáveis pela citologia de raspados cervicovaginais. Segundo esses autores, o Sistema *Bethesda* 2001 classifica as lesões escamosas em *Low Grade Squamous Intraepithelial Lesions* (LSIL, Lesão Escamosa Intraepitelial de Baixo Grau) e *High Grade Squamous Intraepithelial Lesion* (HSIL, Lesão Escamosa Intraepitelial de Alto Grau), no entanto também existem as atipias, classificadas de atipias de células escamosas de significado indeterminado (*Atypical Squamous Cell Undetermined Significance* [ASCUS]), e atipias de células escamosas, que não excluem HSIL.

No Brasil, houve a criação da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Conduas Preconizadas, que modificou as terminologias do Sistema de *Bethesda* para se adequar a epidemiologia brasileira, obtendo, assim, as terminologias: esfregaço dentro dos limites da normalidade (normal), alterações benignas (esfregaços inflamatórios); atipias de células escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas(ASC-US); atipias de células escamosas de significado indeterminado, onde não se pode afastar lesão intraepitelial escamosa de alto grau (ASC-H); lesão intraepitelial escamosa de [Digite texto]

baixo grau (LSIL); e lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) (INCA, 2006; COSTA et al., 2011).

Segundo Backes et al. (2014), o período de evolução de uma lesão cervical inicial para a forma invasiva e, por conseguinte maligna, configurando-se em um câncer, é de aproximadamente dez anos. Esse período permite que ações preventivas e eficientes alterem o quadro epidemiológico da doença, através de medidas de prevenção primária e secundária que poderão reduzir a morbidade e mortalidade.

Segundo o INCA (2006), denomina-se câncer um conjunto de mais de 100 doenças que tem como características o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Segmentando-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores e neoplasias malignas.

No Brasil, o controle do câncer tem seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia, a partir dos anos 1940. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o Ministério da Saúde (MS) assumiu a coordenação da política de saúde no país. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer, incorporando o Programa de Oncologia (PRO-ONCO) (BRASIL, 2011).

Dessa maneira, evidencia-se que a mudança demográfica será responsável pelo envelhecimento da população, logo, as causas de mortalidade serão modificadas. A estimativa para o biênio de 2016-2017 assinalou que cerca de 16.340 novos casos de câncer de colo uterino sejam diagnosticados com patologia neoplásica no Brasil. No ano de 2016, com um risco de 15,85/100 mil. A região Norte terá neste período 23,97 casos novos de câncer de colo de útero por 100 mil habitantes, 820 novos casos apenas no Estado do Pará com a taxa de incidência de 20,52/100mil, já na capital tem estimativa de 260 casos novos com taxa de 33,24/100mil (INCA 2016).

Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo.

[Digite texto]

As diretrizes brasileiras recomendam, após confirmação colposcópica ou histológica, o tratamento das lesões intraepiteliais escamosas de alto grau, por meio de exérese da zona de transformação (EZT) por eletrocirurgia (BRASIL, 2011).

Durante o período como acadêmico do curso de enfermagem e extensionista no Projeto intitulado “Avaliação da citologia clínica na prevenção e detecção precoce de câncer” no Laboratório de Citopatologia (LABOCITO) no Instituto de Ciências Biológicas (ICB) na Universidade Federal do Pará, foi possível observar o alto índice de alterações nos exames realizados, em municípios no Estado do Pará, por mulheres que procuraram atendimento de forma espontânea, especialmente na região da Ilha do Marajó. Portanto, houve o interesse em estudar as alterações nesses exames realizados por mulheres residentes nos municípios de São Sebastião da Boa Vista (SSBV), Portel, Chaves e Anajás.

A diversidade de condições dessas mulheres indica a necessidade de reavaliações periódicas, por meio das quais os profissionais de saúde podem estabelecer metas de assistência, orientação e tratamento, respeitando as características apresentadas pela população para melhor atender-lhe as necessidades.

Além disso, a identificação das alterações mais frequentemente encontradas nos resultados do PCCU pode permitir a redefinição das necessidades da população atendida na região e o redimensionamento das práticas de saúde adotadas nos municípios. Por isso, acredita-se que, com esse estudo, contribuiremos para o maior conhecimento sobre a epidemiologia das lesões cervico uterinas entre as mulheres da Ilha do Marajó, e, dessa forma, podemos dar subsídio aos gestores e profissionais de saúde para o desenvolvimento de atividades que enfoquem essas mulheres, para que possamos realizar ações preventivas de maior impacto e de melhor resultado, alcançando de maneira mais específica e abrangente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Com base nisso, este estudo elaborou as seguintes hipóteses:

[Digite texto]

- As lesões cérvico-uterinas mais incidentes nos municípios do Marajó, local de realização deste estudo, são, na sua maioria, de baixo grau;
- Não há diferença significativa entre as alterações cérvico-uterinas dentre os municípios estudados;
- A maioria das mulheres acometidas por lesões cérvico-uterinas é solteira, sem parceiro fixo, que nunca realizaram PCCU e baixa escolaridade.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Determinar a frequência de alterações cérvico-uterinas nos exames citopatológicos de residentes nos municípios da Ilha do Marajó.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Comparar as alterações cérvico-uterinas nos resultados dos exames citopatológicos dentre os municípios estudados;
- Descrever as características sociodemográficas de mulheres submetidas ao exame com alterações cérvico-uterinas.

2 REFERENCIAL TEORICO

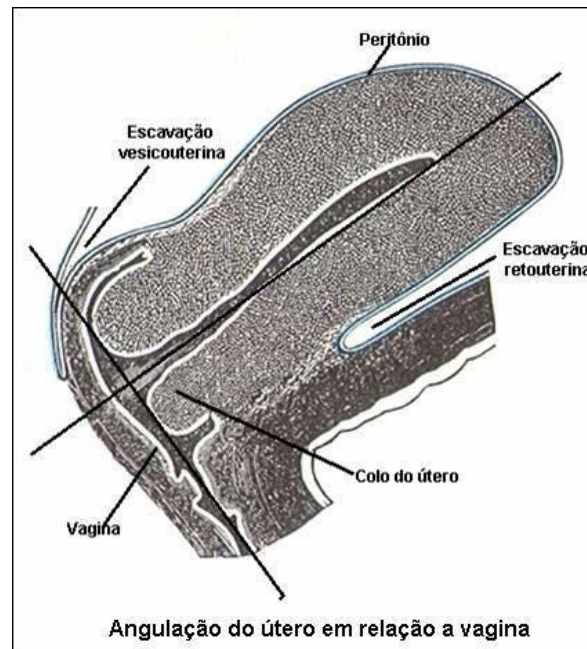
2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO ÚTERO

O útero tem três regiões anatômicas e funcionais distintas: o colo do útero, o segmento uterino inferior e o corpo. O colo uterino é dividido na porção vaginal (ectocérvix) e endocérvix. O ectocérvix é visível a olho nu ao exame vaginal e coberto por epitélio escamoso estratificado não queratinizado em continuidade com a abóboda vaginal. O epitélio escamoso converge centralmente em uma pequena abertura chamada de óstio externo. Em posição cefálica ao óstio está o endocérvix, que é revestido por um epitélio colunar secretor de muco. O ponto no qual o epitélio escamoso e o colunar mucinoso se encontram é chamado de junção escamocolunar(JEC) (ROBBINS; COTRAN, 2010).

A diferenciação das células basais de reserva na JEC em tipos celulares escamosos ou glandulares governa a microanatomia desta região e resulta na migração progressiva para cima da junção escamocolunar com a idade, desse modo quando o epitélio colunar é finalmente substituído pelo escamoso é chamado de zona de transformação. A metaplasia do epitélio glandular para o epitélio escamoso na junção escamocolunar produz um epitélio escamoso de múltiplas camadas, inicialmente imaturo, conhecido como metaplasia escamosa. Estas células escamosas imaturas são suscetíveis à infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e é na junção escamocolunar que as lesões pré-cancerosas e os carcinomas cervicais se desenvolvem (ROBBINS; COTRAN, 2010).

Como mostra a Figura 1, assim como o restante do corpo do útero, encontra-se no centro, o canal do colo do útero (canal cervical), com formato cilíndrico e que promove a ligação da cavidade endometrial com a vaginal.

Figura 1 – Angulação do útero



Fonte: SMELTZER; BARE, 2002.

2.2 LESÕES INFLAMATÓRIAS

As lesões inflamatórias do colo uterino e vagina são devido, principalmente, às infecções, em geral, causadas por corpos estranhos irritantes, especialmente microorganismos que incluem protozoários como *Trichomonas vaginalis*; fungos como *Candida albicans*; crescimento excessivo de bactérias anaeróbias (*Bacteriodes*, *Peptostreptococcus*, *Gardnerella vaginalis*, *Gardnerella mobiluncus*) em uma afecção como a vaginose bacteriana; outras bactérias como *Chlamydia trachomatis*, *Haemophilus*, *Streptococcus*, *Staphylococcus* e *Neisseria gonorrhoea* e vírus como o herpes simples (SELLORS, 2004).

2.3 CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS (ASC)

A denominação Células Escamosas Atípicas (ASC) refere-se às alterações citológicas sugestivas de lesão intraepitelial escamosa, porém não sendo quantitativamente e qualitativamente suficientes para um resultado definitivo. Para

[Digite texto]

obter esta interpretação de ASC, as células precisam exibir uma diferenciação escamosa, aumento da relação núcleo/citoplasma e hipercromasia nuclear, irregularidade, agrupamento de cromatina ou multinucleação (SOLOMON; NAYAR, 2005).

2.3.1 Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado(ASCUS)

As Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASCUS) são anomalias celulares mais marcadas que as alterações reativas, porém não proporcionam a interpretação definitiva de lesão intraepitelial escamosa, por serem alterações que podem refletir lesões com sério potencial, mas não podendo ser categorizadas, sendo assim classificadas como ASCUS (ELEUTÉRIO JUNIOR, 2003).

2.3.2 Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASCH)

Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado, quando não se pode excluir lesão de alto grau (ASCH) especificam as atipias citológicas das células escamosas que são sugestivas de HSIL, entretanto faltam critérios necessários para um diagnóstico definitivo. Estes casos estão relacionados a um maior risco de lesões intra-epiteliais, mais freqüentemente NIC II e NIC III, do que os esfregaços de ASC-US e representam menos de 10% das ASC (IARC, 2016).

2.4 LESÕES CÉRVICO-UTERINAS

O conceito clássico de lesões pré-invasivas do colo uterino consiste em um grupo heterogêneo de alterações, com curso de progressão lento para carcinoma invasor, iniciando pela neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) grau 1 quando a proliferação de células basais atípicas se encontra restrita ao terço inferior da espessura do epitélio, seguindo para NIC grau 2 quando os 2/3 inferiores do [Digite texto]

epitélio são ocupados por células imaturas atípicas e, desta, para NIC grau 3 ou carcinoma in situ: quando células basais ou parabasais atípicas ocupam mais de 2/3 da espessura do epitélio, de acordo com a acentuação da atipia celular e da fração da espessura do epitélio cervical acometida (PIATO, 2008).

Os graus mais graves da NIC (II e III) apresentam uma maior proporção da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas e, devido à sua maior probabilidade de progressão para o câncer, se deixadas sem tratamento, são consideradas seus reais precursores. A maioria das NIC I regride em períodos entre 12 a 24 meses ou não progride à NIC II ou III e, portanto, não é considerada lesão precursora (BRASIL, 2011).

Em 1988, o Instituto Nacional de Saúde (INS) adotou o Sistema de Bethesda, no qual houve uma modificação nos anos de 1991 e 2001. O sistema de Bethesda classifica as amostras em dentro dos limites da normalidade ou apresentando atipias epiteliais, desse modo separa alterações celulares secundárias associadas a processos inflamatórios daquela relacionadas às lesões precursoras de câncer (INCA, 2006).

A Associação Brasileira de Genitoscopia declarou que o sistema de classificação Bethesda atende às necessidades principalmente norte-americanas, não considerando as reais necessidades dos demais países, indicando a impossibilidade de haver uma linguagem única para todo o mundo. Então se entendeu que deveria haver uma adequação de informação tanto para examinador quanto para a cliente. Desse modo, em 2006, o Brasil elaborou e lançou a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Conduas Preconizadas, que estabelece uma classificação própria para o país, levando em conta suas características e a epidemiologia brasileira, no qual se inseriu novas terminologias como uma categoria distinta para todas as atipias de significado indeterminado e ainda a categoria "*origem indefinida*", que se refere àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica (INCA, 2006).

Figura 2 - Nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizada desde o início da realização do citopatológico exame Para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

| Classificação citológica de Papanicolaou (1941) | Classificação histológica da OMS (1952) | Classificação histológica de Richart (1967) | Classificação Citológica Brasileira (2006) |
|---|--|---|---|
| Classe I | - | - | - |
| Classe II | - | - | Alterações benignas |
| - | - | - | Atipias de significado indeterminado |
| Classe III | Displasia leve Displasia moderada e acentuada | NIC I NIC II e NICIII | Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) |
| Classe IV | Carcinoma <i>in situ</i> | NIC III | HSIL AIS |
| Classe V | Carcinoma invasor | Carcinoma invasor | Carcinoma invasor |

Fonte: INCA (2011)

2.4.1 Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LSIL)

As lesões de baixo grau são clinicamente controláveis ou podem ser submetidas à avaliação colposcópica e biópsia, seguida de destruição da lesão originada no epitélio escamoso maduro da cérvix. Devido ao contato com o meio externo, compreende-se a alta taxa de regressão espontânea das LSIL. Nessas lesões se tornam presentes nas camadas superiores do epitélio vários colócitos que estão relacionados com a infecção pelo HPV. O desenvolvimento natural das lesões de baixo grau não é bem definido, porém o diagnóstico dessas lesões está associado a uma alta margem de erro, pois aproximadamente 20% das lesões de baixo grau quando analisadas por biópsia revelam ser lesões de alto grau. (KOSS; GOMPEL, 2006).

2.4.2 Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL)

[Digite texto]

Caracteriza-se por uma evidenciada reestruturação do epitélio e varia quanto às alterações citoplasmáticas, ao tamanho das células e às alterações do núcleo, mas todas as HSIL possuem figuras mitóticas. As células afetadas são menores e menos “maduras” que nas da LSIL. As células alteradas podem estar isoladas ou em grupos (KOSS; GOMPEL, 2006).

2.4.3 Câncer de colo uterino e o HPV

A patogenia do carcinoma cervical foi delineada por uma série de estudos epidemiológicos, clínico-patológicos e da genética molecular. Os HPVs são vírus DNA e subgrupados em tipos de alto e baixo risco oncogênico (ROBBINS E COTRAN, 2010). Os vírus do papiloma humano podem ser divididos em dois grupos, baseado na sua virulência: 1. Baixo risco oncogênico: abrangendo os tipos mais associados a verrugas anogenitais; 2. Alto risco oncogênico: englobando os tipos de HPV mais associados ao Câncer de Colo Uterino (CCU) e lesões precursoras. A incidência do HPV ocorre, principalmente, em mulheres jovens, com pico de incidência em torno dos 30 anos. Mundialmente, tem-se observado um aumento da frequência destas alterações em torno dos 20 anos e, ocasionalmente, em faixas etárias mais jovens e que tenham múltiplos parceiros sexuais (HERBST et al., 1992).

Semelhantemente, Pinto et al. (2011) acredita que o maior predomínio de acometimento em jovens deve-se a quantidade e rotatividade de companheiros sexuais. Também é sinalizado que o uso inadequado de métodos contraceptivos de barreira e baixa procura por serviços de atenção especializada pelas jovens, colaboram para este quadro.

Além desses fatores existem: idade precoce na primeira relação sexual, imunossupressão, uso de contraceptivos orais e uso de nicotina. Essas infecções genitais por HPV são extremamente comuns; a maioria é assintomática e não causa qualquer alteração do tecido, conseqüentemente não sendo detectada. A maioria das infecções são transitórias e eliminadas pela resposta imunológica no decorrer dos meses, a duração da infecção está relacionada ao tipo de HPV, os com baixo risco oncogênico em média de 8 meses a 2 anos. Mas os de alto risco têm a duração por volta de 13 meses, assim a infecção persistente aumenta o [Digite texto]

risco de desenvolvimento de pré-câncer e em seguida carcinoma. O vírus não infecta as células superficiais escamosas maduras que cobrem a ectocérvix, a vagina ou a vulva, exceto se tiver lesões do epitélio superficial permitindo acesso a outras camadas. O papiloma vírus humano infecta células basais imaturas do epitélio escamoso em áreas de ruptura epitelial ou células escamosas metaplásicas imaturas presentes na junção escamocolunar (ROBBINS; COTRAN,2010).

2.5 CONTROLE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

No âmbito do SUS para Brasil (2013) as Redes de Atenção à Saúde (RAS) oferecem serviços de saúde com atenção contínua, de qualidade e humanizada. O acesso equânime, cuidado multiprofissional e a eficácia clínica são pontos assegurados, e ações devem ser embasadas desde a Atenção Básica priorizando a resolutividade. Na Atenção Básica (AB) é primordial a avaliação profissional acerca do diagnóstico e percepção da usuária sobre a doença, verificando sua aceitação do tratamento, além do mais a rede de informação deve disponibilizar relatórios do tratamento e contra referência.

Nesse sentido, Dell’Agnolo et al. (2014) sugere efetivação de um sistema informatizado com o objetivo de rastreamento, diagnóstico e tratamento tendo em vista o melhor acesso a dados do usuário.

Ainda sobre o rastreamento, o Caderno de Atenção Básica Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, destaca que “Após o recebimento de um exame ‘positivo’, cabe a AB realizar o acompanhamento dessa usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento” (BRASIL, 2013, p. 18).

No Brasil, o controle do câncer teve seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia, a partir dos anos 1940. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. O INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer, incorporando o Programa de Oncologia (PRO-ONCO).A manutenção das altas taxas de [Digite texto]

mortalidade por câncer do colo uterino levou a direção do INCA, atendendo solicitação do MS, a elaborar, ao longo de 1996, um projeto-piloto chamado “Viva Mulher”, dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica. Introduziu-se também a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer. Por ser um projeto-piloto, sua ação ficou restrita aos locais onde foi implementado: Curitiba, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Belém e Sergipe (BRASIL, 2011).

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero).

Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002).

A coleta do Material para o Exame Preventivo do Colo do Útero é uma técnica de coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da ectocérvice, e outra da endocérvice. A realização é feita introduzindo um espécule vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical. Uma adequada coleta de material é de suma importância para o êxito do diagnóstico. A garantia da presença de material em quantidades suficientes é fundamental para o sucesso da ação. São feitas recomendações prévias a mulher para a realização da coleta do exame preventivo do colo de útero e a fim de garantir a qualidade dos resultados recomenda-se: não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo, a ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta; evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta; anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame. O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico, deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação. Em algumas situações

particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada (BRASIL, 2006).

As diretrizes brasileiras recomendam, após confirmação colposcópica ou histológica, o tratamento excecional das lesões intraepiteliais escamosas de alto grau, por meio de exérese da zona de transformação (EZT) por eletrocirurgia. Cabe ao profissional de saúde responsável averiguar caso as pacientes que apresentarem citologia sugestiva de lesão de alto grau, na Unidade da Atenção Primária, deverão ser encaminhadas à Unidade de Referência Secundária para realização de colposcopia em até três meses após o resultado. A repetição da citologia é inaceitável como conduta inicial. Quando a colposcopia for satisfatória, com alterações maiores, sugestivas de lesão de alto grau, restritas ao colo do útero, lesão totalmente visualizada e não se estendendo além do primeiro centímetro do canal, a conduta recomendada é a EZT (ver-e-tratar). Quando essa abordagem não for possível devido a processo inflamatório ou outras contraindicações temporárias, essa deve ser realizada logo após sua correção. Os riscos de complicações da EZT são o sangramento excessivo e a infecção pós-operatória, que podem ser reduzidos com a adequada seleção de pacientes (BRASIL, 2011).

Assim, a EZT deve ser evitada na vigência de processo infeccioso, hipertensão arterial descontrolada, suspeita de gravidez e em pacientes com história de possível distúrbio da coagulação. Na impossibilidade de realização da EZT ou quando o objetivo é abordar a doença no canal endocervical, o método excecional de preferência deve ser a conização. Esta pode ser realizada por qualquer dos métodos correntes, na dependência dos recursos disponíveis e da experiência do cirurgião, devendo retirar 2 cm a 2,5 cm de canal endocervical. Na opção de tratamento, deve-se considerar que muitas lesões precursoras (NIC II/III) podem ser circundadas por lesões de menor gravidade e, algumas vezes, essas alterações se estendem à vagina. Nesses casos, o tratamento deve ser direcionado para a lesão de maior gravidade, usualmente ocupando a zona de transformação, e o restante da área de alterações menores pode ser destruída ou deixada sem tratamento (BRASIL, 2011).

Para Brasil (2011), outra situação é a possibilidade de presença de alteração colposcópica sugestiva de invasão. Nesse caso, a realização da [Digite texto]

biópsia, se confirmada a lesão invasiva, dispensaria a EZT ou a conização. Apesar da conhecida limitação da biópsia dirigida pela colposcopia em excluir invasão, a realização de maior número de biópsias é capaz de melhorar a sensibilidade desse diagnóstico. Quando o resultado da biópsia for compatível com NIC II ou III ou sugestiva de microinvasão, um método excepcional deverá ser realizado (EZT, no caso de colposcopia satisfatória, ou conização, no caso de colposcopia insatisfatória). Caso o diagnóstico seja de doença invasiva, a paciente deve ser encaminhada para unidade terciária. Se a colposcopia não mostrar lesão, uma nova citologia, com ênfase para o canal endocervical, deve ser realizada após três meses, a contar da data da coleta da citologia anterior. O espécime do canal deve ser obtido por escova e disposto em lâmina separada. O exame da vagina, apesar de rotineiro em todos os casos com indicação de colposcopia, deve ser minucioso nesta situação. Se a nova citologia apresentar o mesmo resultado (lesão de alto grau), uma EZT deverá ser realizada, no caso de colposcopia satisfatória; ou um cone do colo, no caso de colposcopia insatisfatória. Se o resultado do novo exame for diferente de lesão de alto grau, seguir conduta de acordo com o novo laudo.

A efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%, e se é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer. Apesar das ações de prevenção e detecção precoce desenvolvidas no Brasil, dentre elas o Programa Viva Mulher-Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, as taxas de incidência e mortalidade têm-se mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos. Parte da manutenção das taxas podem estar associadas ao aumento e a melhoria do diagnóstico que melhora a qualidade da informação e dos atestados de óbitos. Por sua vez, dentre as causas, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com: A dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde; a baixa capacitação de recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte; a capacidade do sistema público em absorver a demanda que chega as unidades de saúde; a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que [Digite texto]

perpasse todos os níveis de atenção - atenção básica, média complexidade e alta complexidade e de atendimento - promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2011).

Brasil (2013) salienta que o risco de contágio por HPV está diretamente ligado ao contato sexual sem o uso de preservativo tendo em vista que o preservativo protege parcialmente um contato pele a pele que pode acontecer durante o coito

Outra estratégia de prevenção, segundo Macêdo et al. (2015), é a vacina contra HPV que pode ser um relevante método de prevenção, porém, por ser algo percebido só na idade adulta quando administrada em jovens é um investimento considerado a longo prazo. O controle da DST não se dá apenas pela vacinação como também por métodos contraceptivos mais conceituados como o preservativo, que ainda é um método eficaz. Ressalta ainda:

Também, não se deve esquecer de que a vacina servirá apenas para os tipos virais mais frequentes, os HPVs 16, 18, 31 e 45, responsáveis pela maioria dos casos de câncer do útero; e os HPVs6 e 11, responsáveis por 90% dos casos de condiloma acuminado, o que ainda não descarta a necessidade de realização de exames preventivos periódicos (p.187).

Osisetal (2014) ressaltam a falta de unanimidade em relação à vacinação de pessoas do sexo masculino em nosso país:

Especialistas defendem essa vacinação em vista dos efeitos benéficos para proteger os homens das consequências da infecção pelo vírus, mas principalmente para acelerar a proteção das mulheres. Outros consideram que a relação custo-benefício não recomenda a vacinação dos homens face à menor incidência e mortalidade associadas, por exemplo, ao câncer de pênis (p. 125).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e documental, de cunho quantitativo, por possibilitar uma melhor investigação sobre a problemática da pesquisa e para estudar os fenômenos relacionados às alterações cérvico-uterinas nos exames s.

Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador (BARROS; LEHFELD, 2007).

A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

A pesquisa quantitativa pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utiliza técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança (DIEHL, 2004).

O enfoque quantitativo caracteriza-se por evidenciar a observação e a valorização dos fenômenos; estabelece ideias; demonstra o grau de fundamentação; revista ideias resultantes da análise; e propõe novas observações e valorizações para esclarecer, modificar e/ou fundamentar respostas e ideias. Na análise do conteúdo quantitativo, a ênfase deve recair na quantificação de seus ingredientes, ou seja, na frequência da aparição no texto de certas palavras, expressões frases, temas, etc. (MARCONI; LAKATOS, 2011)

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A coleta de material para o estudo foi realizada pelos profissionais atuantes em um projeto de extensão do Instituto de Ciências Biológicas (ICB) da Universidade Federal do Pará (UFPA) intitulado “Marcadores Epidemiológicos em Saúde no Arquipélago do Marajó”, em um local específico para esse fim, nos municípios de São Sebastião da Boa Vista (SSBV), Portel, Chaves e Anajás.

[Digite texto]

Esses municípios estão localizados na Ilha do Marajó, que fica a 90 km de Belém. Essa região possui 16 municípios no total, sendo a maioria da população residente na área rural.

A situação da maioria dos municípios do arquipélago do Marajó ainda se enquadra na situação de subdesenvolvimento com muita pobreza. Apresentam carência na área da saúde, e alguns municípios como Pontas de Pedras e Chaves possuem menos de 0 (zero) leitos por mil habitantes, sendo que em São Sebastião da Boa Vista e Portel não é maior que 1,5 leitos/mil, demonstrando a fragilidade total na área de saúde nesta região (PLANO DE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL DO ARQUIPÉLAGO DO MARAJÓ, 2007).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Com o objetivo de divulgar o Projeto de Extensão e captar as mulheres residentes nos municípios da Ilha do Marajó, as mesmas receberam, previamente, em sua residência, a visita de um profissional, a fim de apresentar seus objetivos e convidá-las à realizarem o exame .

Fizeram parte deste estudo 405 mulheres residentes nos municípios de São Sebastião de Boa Vista, Chaves, Portel e Anajás.

Foram incluídas todas as mulheres que realizaram o PCCU e tiveram resultado de exame satisfatório. Excluíram-se mulheres com idade acima de 80 anos, que não preencheram a maioria do formulário solicitando os dados sócio-demográficos, e amostras consideradas insatisfatórias pelos especialistas do LABOCITO.

3.4 COLETA DE DADOS

A colheita de material cérvico-vaginal para a realização do exame preventivo do câncer do colo uterino foi realizada em horários específicos, conforme cronograma, no período de 2013 a 2015, repassado às mulheres visitadas.

Antes da coleta do material, solicitou-se o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) e de um formulário semi-
[Digite texto]

estruturado, segundo as variáveis idade, estado civil, escolaridade, vida sexual ativa, parceiro fixo, realização de PCCU anterior e uso de anticoncepcional, elaborado pelos integrantes do grupo de pesquisa do Projeto de Extensão do Instituto de Ciências Biológicas (ICB) na Universidade Federal do Pará (ANEXO 2).

O material coletado foi disposto em lâminas e encaminhado para o LABOCITO para análise citológica.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos formulários preenchidos foram armazenados em planilhas do programa *Microsoft Office Excel* 2010.

Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, com base na frequência absoluta e relativa.

Para comparar os resultados entre os municípios estudados e verificar a associação de fatores sociais e epidemiológicos da população investigada, utilizou-se o teste estatístico não-paramétrico Qui-quadrado (X^2) com o auxílio do programa *BioEstat* versão 5.3, considerando-se significativas as análises com valor de p igual ou inferior a 0,05.(AYRES et al., 2007).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O Projeto de Extensão “Avaliação da citologia clínica na prevenção e detecção precoce de câncer” faz parte de um projeto macro de pesquisa da Universidade Federal do Pará, intitulado “Marcadores Epidemiológicos em Saúde no Arquipélago do Marajó”, foi realizado de acordo com a Resolução CNS 196/96 e aprovado no Edital 023/2009 da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Pará (FAPESPA) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará, sob o protocolo de nº 0003.0.324.000-10 de 14 de julho de 2010 (ANEXO 3).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período analisado, nos anos de 2013 a 2015, o Projeto de Extensão “Avaliação da citologia clínica na prevenção e detecção precoce de câncer” analisou 405 exames preventivos do câncer do colo do útero, em ações que alcançaram mulheres residentes nos municípios de São Sebastião da Boa Vista (SSBV), Portel, Anajás e Chaves na Ilha do Marajó.

O município de Chaves foi o que teve uma maior adesão na realização do exame (124), seguido por SSBV (111), Anajás (97) e Portel (73), respectivamente, como podemos observar na Tabela 1.

Tabela 1 – Resultados dos Exames Preventivos do Câncer do Colo Uterino (PCCU), realizados nos municípios da Ilha do Marajó, no período de 2013 a 2015.

| Município | Resultado sem alteração (normal) | | Resultado com alteração | | Total | |
|---------------|----------------------------------|-------|-------------------------|-------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Chaves | 59 | 34,5 | 65 | 27,8 | 124 | 30,7 |
| SSBV | 42 | 24,6 | 69 | 29,5 | 111 | 27,2 |
| Anajás | 40 | 23,4 | 57 | 24,3 | 97 | 23,9 |
| Portel | 30 | 17,5 | 43 | 18,4 | 73 | 18,2 |
| Total | 171 | 100,0 | 234 | 100,0 | 405 | 100,0 |

Fonte: Laboratório de Citopatologia ICB/UFPA.

$X^2 2.411 p 0.4917$

Nesse estudo, observou-se que 57,8%, a maioria dos exames realizados, apresentou resultado com alteração cérvico-uterina (234). Além disso, em todos os municípios estudados, verificou-se que os resultados normais, ou seja, sem alterações no colo do útero através do PCCU, tiveram número menor, com destaque para São Sebastião da Boa Vista que apresentou uma maior diferença entre os casos alterados e normais (Tabela 1).

Em relação aos 234 casos (57,8%) que tinham alterações nos exames realizados, observou-se que os resultados inflamatórios tiveram maior destaque (159/234), com um percentual de 39,6%, sendo destaque para o município de Chaves com 13,83% destes (Tabela 2).

[Digite texto]

Tabela 2 – Resultados dos Exames Preventivos do Câncer do Colo Uterino (PCCU) com resultados alterados, realizados nos municípios da Ilha do Marajó, no período de 2013 a 2015.

| Município | Inflamatório | | ASC-US | | ASC-H | | AGC | | LSIL | | HSIL | | Câncer Invasor | | Adeno-carcinoma | |
|---------------|--------------|-------|--------|------|-------|------|-----|------|------|------|------|------|----------------|------|-----------------|------|
| | n | % | N | % | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Chaves | 56 | 13,83 | 03 | 0,74 | 01 | 0,25 | 0 | 0,0 | 01 | 0,25 | 04 | 0,99 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| SSBV | 47 | 11,60 | 04 | 0,99 | 03 | 0,74 | 02 | 0,49 | 08 | 1,98 | 02 | 0,49 | 03 | 0,74 | 0 | 0,0 |
| Anajás | 28 | 6,91 | 08 | 1,98 | 04 | 0,99 | 0 | 0,0 | 08 | 1,98 | 08 | 1,98 | 0 | 0,0 | 01 | 0,25 |
| Portel | 28 | 6,91 | 05 | 1,23 | 03 | 0,74 | 0 | 0,0 | 03 | 0,74 | 01 | 0,25 | 03 | 0,74 | 0 | 0,0 |
| Total | 159 | 39,26 | 20 | 4,94 | 11 | 2,72 | 02 | 0,49 | 20 | 4,94 | 15 | 3,70 | 06 | 1,48 | 01 | 0,25 |

Fonte: Laboratório de Citopatologia ICB/UFPA.

Segundo o Relatório Analítico do Território do Marajó realizado em 2012 pela Universidade Federal do Pará, no Marajó a assistência na Atenção Básica é deficiente, a alta rotatividade dos profissionais de saúde dificulta a implantação das Estratégias Saúde da Família em todos os municípios, sendo que a cobertura do Programa Saúde da Família difere entre os municípios, com 79,5%, 49,1%, 75% e 70,4%, em Anajás, Chaves, Portel e SSBV, respectivamente.

A Tabela 2, também nos mostra que, além dos resultados de exames inflamatórios, os outros 75 casos com alterações no colo do útero foram a presença de células escamosas atípicas de significado indeterminado – ASC-US (20) e as lesões de baixo grau – LSIL (20), sendo 4,94% cada um. O município de Anajás foi o que apresentou um maior número de casos com ASC-US (08), já os resultados com LSIL foram mais representativos em Anajás e SSBV (1,98%), sendo semelhante nos dois municípios.

Segundo Pinheiro (2016), de todos os resultados anormais encontrados no Papanicolau, o ASC-US é o mais comum. Esta alteração indica uma atipia nas características normais das células escamosas, sem, porém, apresentar qualquer sinal claro de que possa haver alterações pré-malignas. Contudo, esse autor afirma que estudos mostram que 7% das mulheres com HPV e ASC-US desenvolvem câncer de colo uterino no prazo de 5 anos.

Conforme Pinheiro (2016), LSIL indica uma displasia branda, uma lesão pré-maligna com baixo risco de ser câncer, podendo ser causada por qualquer tipo de HPV, seja ele agressivo ou não, e tende a desaparecer após um ou dois anos. No entanto, na presença desse vírus, este autor afirma que a mulher deve ser acompanhada e encaminhada para a realização de exames complementares, pois apesar de baixo, existe um risco da lesão ser, na verdade, um pouco mais agressiva do que a identificada no PCCU.

Na sequência de resultados alterados, podemos observar que HSIL (3,7%), ASC-H (2,72%), câncer invasor (1,48%), AGC (0,49%) e adenocarcinoma (0,25%) surgiram com menor expressividade, sendo, 15, 11, 06, 02 e 01 casos, respectivamente (Tabela 2).

O presente estudo identificou 15 casos de HSIL, o que nos mostra a necessidade de acompanhamento dessas mulheres e maior cobertura da [Digite texto]

assistência nos municípios da Ilha do Marajó, visto que, conforme Pinheiro (2016), esse achado indica grande risco de existirem lesões pré-malignas moderadas ou avançadas, ou mesmo um câncer já estabelecido.

As ASC-H, ou seja, presença de células escamosas atípicas, com características mistas, não descarta a presença de atipias malignas. É um resultado indeterminado, mas com elevado risco de existirem lesões epiteliais de alto grau. Resultados de exames com alterações deste tipo indica a realização da colposcopia e da biópsia do colo do útero. As lesões pré-malignas do colo do útero identificadas pelo Papanicolau são atualmente descritas como Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LSIL) ou Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL) (PINHEIRO, 2016).

Nesse estudo verificaram-se casos de Câncer Invasor (06) em SSBV e Portel e Adenocarcinoma (01) em Anajás. Este fato, mostra a necessidade de organização dos serviços de saúde dos municípios, pois, conforme Brasil (2013), após o recebimento de um exame indicando esses resultados, cabe a atenção básica realizar o acompanhamento da usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento.

A literatura aponta diversos fatores de risco para a presença de alterações cérvico-uterinas com possibilidade de desenvolvimento para o câncer de colo uterino, dentre eles podemos citar os clínicos ou epidemiológicos, com destaque para o uso prolongado de contraceptivos orais, o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, a baixa escolaridade, a história de Doenças sexualmente transmissíveis – DST (PINTO; TÚLIO; CRUZ, 2002)

Em relação às características sociodemográficas, nesse estudo observou-se que, a maioria das participantes (307), encontrava-se entre o analfabetismo e o ensino fundamental completo, sendo que este fato ocorreu em todos os municípios estudados (Tabela 3).

Segundo Moura et al. (2010), o baixo índice de escolaridade torna-se um fator impeditivo para um melhor desenvolvimento das ações de saúde, devido à má compreensão dessas orientações.

Tabela 3 –Distribuição das variáveis sociodemográficas das participantes do estudo, realizados nos municípios da Ilha do Marajó, no período de 2013 a 2015.

| Variável | SSBV | | Portel | | Anajás | | Chaves | | p |
|--|------|------|--------|------|--------|------|--------|------|---------|
| | n | % | n | % | N | % | n | % | |
| Escolaridade | | | | | | | | | |
| Analfabeta a fundamental completo | | | | | | | | | |
| | 89 | 22,0 | 52 | 12,8 | 82 | 20,2 | 84 | 20,7 | 0.0153 |
| Médio a superior completo | 22 | 5,4 | 21 | 5,2 | 15 | 3,7 | 40 | 10,0 | |
| União Estável | | | | | | | | | |
| Sim | 84 | 20,7 | 46 | 11,4 | 69 | 17,0 | 86 | 21,2 | 0.3231 |
| Não | 27 | 6,7 | 27 | 6,7 | 28 | 6,9 | 38 | 9,4 | |
| Parceiro Fixo | | | | | | | | | |
| Sim | 82 | 20,2 | 45 | 11,1 | 69 | 17,0 | 95 | 23,5 | 0.1447 |
| Não | 29 | 7,2 | 28 | 6,9 | 28 | 6,9 | 29 | 7,2 | |
| Uso de preservativos | | | | | | | | | |
| Sim | 44 | 10,9 | 36 | 8,9 | 38 | 9,4 | 83 | 20,5 | <0,0001 |
| Não | 67 | 16,6 | 37 | 9,1 | 59 | 14,6 | 41 | 10,0 | |
| Uso de anticoncepcional oral | | | | | | | | | |
| Sim | 04 | 1,0 | 02 | 0,5 | 16 | 4,0 | 36 | 8,9 | <0,0001 |
| Não | 107 | 26,4 | 71 | 17,5 | 81 | 20,0 | 88 | 21,7 | |
| Realização de PCCU anteriormente | | | | | | | | | |
| Sim | 65 | 17,0 | 62 | 16,2 | 74 | 19,4 | 100 | 26,2 | <0,0001 |
| Não | 46 | 12,0 | 11 | 2,9 | 0 | 0,0 | 24 | 6,3 | |
| Início da vida sexual | | | | | | | | | |
| < 16 anos | 40 | 9,9 | 29 | 7,2 | 44 | 10,9 | 45 | 11,1 | 0.4829 |
| ≥ 16 anos | 71 | 17,5 | 44 | 10,9 | 53 | 13,0 | 79 | 19,5 | |

Fonte: Laboratório de Citopatologia ICB/UFPA.

Além disso, acredita-se que conhecer a escolaridade das mulheres no momento da consulta é importante para que o profissional estabeleça uma assistência mais centrada nas suas necessidades e para que as atividades de educação e orientação sejam realmente efetivas. Entende-se que a cultura e a educação estabelecem uma relação direta e profunda com a procura pela saúde ou sua manutenção, uma vez que pessoas ou grupos, muitas vezes, determinam

[Digite texto]

suas escolhas no processo saúde-enfermidade-cuidado, com base nos preceitos de sua cultura (SOUZA; PINHEIRO; BARROSO, 2008).

No que diz respeito à união estável, na Tabela 3, destaca-se os municípios de SSBV (84) com 21,2% e Chaves (86) com 27,0% dos casos de estabilidade conjugal. Esses municípios, também, foram os que apresentaram maior frequência no fator positivo para parceiro fixo sexual com 82/405 em SSBV e 95/405 em Chaves, sendo 20,2% e 23,5% do total de participantes, respectivamente. Apesar da maioria dos resultados dos exames deste estudo apresentarem alterações, esses foram os municípios que obtiveram um maior número de exames normais em comparação com os demais, ou seja, dos 59 em Chaves e 42 em SSBV, de um total de 171, como demonstrado anteriormente na Tabela 1.

Semelhante ao resultado desta pesquisa, em um estudo sobre epidemiologia da infecção genital pelo HPV e anormalidades no exame em mulheres jovens brasileiras, analisando a associação entre situação conjugal e as alterações do exame, Souza (2004) afirma que a situação conjugal seja um marcador de outros fatores de risco para essas alterações, pois as mulheres solteiras, em comparação com as mulheres com relacionamento estável, poderiam ter parceiros sexuais com maior probabilidade de estar infectado por microorganismos patogênicos sexualmente transmissíveis, portanto teria maior chance de adquirir infecção.

No entanto, nos municípios estudados, verificou-se que um número expressivo das participantes possuía parceiro sexual fixo (291/405) (Tabela 3). Esse resultado difere da pesquisa de Rama et al. (2008) que identificou que mulheres monogâmicas têm menor probabilidade de adquirir infecções do que mulheres com dois ou mais parceiros sexuais. Assim como Martins et al. (2007), que expõem que a multiplicidade de parceiros sexuais está associada ao aumento de casos de câncer de colo de útero e também lesões pré-malignas.

O não uso de preservativos possui valores estatisticamente significativos ($p < 0,0001$), como pode ser observado na tabela 3. Observa-se que essa barreira de proteção não é utilizada pela maioria das mulheres dos municípios estudados, exceto em Anajás que 20% (83/405) das participantes afirmaram utilizá-lo (Tabela 3). Contudo, este fator pode estar relacionado a uma maior transmissão de DST, [Digite texto]

o que auxilia para o aumento do número de casos de alterações citológicas do colo do útero.

Acredita-se que, se o preservativo não é usado em todas as relações sexuais, existe o risco de que essas mulheres contraíam alguma doença transmitida pelo ato sexual. Em contraponto, cremos que as mulheres estudadas, em sua maioria, estão predispostas a adquirir alguma DST, sendo esta um fator de risco para desenvolvimento de alterações cérvico-uterinas.

Com relação ao uso de anticoncepcional oral, os resultados apresentam valores estatisticamente significativos, com valor de $p < 0,0001$ entre os municípios (Tabela 3). Sobre isso, Aleixo Neto (1991), aborda que o uso de contraceptivos orais por mais de 10 anos pode aumentar o risco para displasias e câncer de colo de útero (CCU), devido a seu efeito progestacional poderia suprimir o processo de maturação normal do epitélio do útero, deixando-o mais vulnerável à doença sexualmente transmissível (DST), que poderia causar câncer cervical.

Sobre o uso de contraceptivos orais, demonstra-se, na tabela 3, que a maioria não utiliza esse método anticoncepcional, fato esse ocorrido em todos os municípios do estudo. Devido a alta taxa de alterações nos resultados dos exames cérvico-uterinos, acredita-se que este fator não se mostra determinante no presente estudo. Diferentemente deste, no estudo de Bezerra, Gonçalves e Pinheiro (2005), evidenciou-se que houve um maior número de casos de alterações no colo uterino de mulheres que utilizavam essa terapia como método contraceptivo (76%). Esses autores afirmam, ainda, que com seu uso há maior liberação sexual, pois a preocupação seria evitar uma gravidez, aumentando o risco de adquirir uma DST.

Ao analisar a relação do uso de métodos contraceptivos ao risco de infecção por HPV, um dos maiores causadores do câncer do colo uterino, as mulheres usuárias de anticoncepcionais orais podem, independentemente da sua situação conjugal, ter relacionamentos de maior duração e, conseqüentemente, menor número de parceiros sexuais recentes, estando, assim, menos susceptíveis a adquirir uma DST (SOUZA, 2004)

Essa tríade: uso de anticoncepcional, liberação sexual e não utilização de preservativo é uma situação viciosa que precisa ser rompida de maneira a
[Digite texto]

prevenir infecções precursoras de câncer de colo uterino. Infelizmente, muitas mulheres confundem o uso de anticoncepcional com prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, o que acaba gerando uma situação de vulnerabilidade que precisa ser combatida, o que não pudemos evidenciar nesse estudo, mas é afirmação de diversos estudos atuais.

No presente estudo, em todos os municípios, um maior percentual de participantes referiu o início da atividade sexual aos 16 anos ou mais, com destaque para Chaves e SSBV, com (79) 19,5% e (71) 17,5% casos, respectivamente (Tabela 3). A idade que se inicia a vida sexual também é um fator de risco para o câncer cervical devido a zona de transformação do epitélio uterino ser mais proliferativa abaixo dos 20 anos e, conseqüentemente, mais susceptíveis a alterações induzidas por agentes (vírus, bactérias, etc.) que podem ser transmitidos sexualmente, entre eles o HPV (MEDEIROS et al.,2005).

Conforme Morelli (2000), a maior prevalência de alterações entre as mulheres que iniciaram a atividade sexual precocemente pode ser explicado por dois fatores: o primeiro, pela imaturidade do epitélio cervical próprio da idade, pois nessas mulheres o epitélio ainda apresenta a metaplasia própria da idade, tornando-as mais susceptíveis à incorporação e à ação de microorganismos patogênicos; o segundo relaciona-se ao fato de que essas mulheres podem ter maior número de parceiros sexuais, o que é um fator de risco para o câncer do colo uterino.

Pressupõe-se que a mulher que inicia sua atividade sexual precocemente esta mais vulnerável às DSTs, pois quanto mais precoce a mulher entra na vida sexual, maior a probabilidade de ela ter mais relações sexuais durante a vida, como também, maior o número de parceiros, o que aumenta sua suscetibilidade a essas doenças (SOUZA, 2004).

Em relação à realização de PCCU, 382 responderam ao estudo, demonstrando uma diferença significativa entre os municípios ($p < 0,0001$). Em Anajás, todas as participantes do estudo já haviam realizado o preventivo do câncer do colo uterino anteriormente, contra o município de SSBV que, das 111/405 mulheres, 46 nunca tinham feito o exame (Tabela 3). Contudo, no sentido de regular a periodicidade do exame Papanicolau nos programas de rastreamento

do CCU, o Ministério da Saúde recomenda a adoção de três anos, após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano (BRASIL, 2002).

Portanto, esses dados pode reafirmar a fragilidade na atenção à saúde prestada à população desses municípios, indicando a necessidade em implantar e implementar ações, práticas e de educação, a fim de captar e realizar o PCCU para uma detecção mais precoce de lesões cervico-uterinas, evitando, dessa forma, sua evolução para os casos invasivos.

5 CONCLUSÃO

Neste estudo, verificou-se que a frequência de alterações cérvico-uterinas nos exames citopatológicos de mulheres residentes nos municípios de Chaves, Portel, Anajás e São Sebastião da Boa Vista, situados na Ilha do Marajó é elevada, visto que apresentou um maior número de casos de resultados alterados em comparação a exames sem alterações.

Dentre os municípios estudados, observou-se que São Sebastião da Boa Vista foi o que apresentou maior índice de resultados de exames citopatológicos alterados.

As lesões inflamatórias foram as mais frequentes, sendo este fato ocorrido em todos os municípios do estudo. No entanto, as atipias e lesões intraepiteliais de baixo grau, também, se mostraram significativas.

Quanto ao perfil sócio-demográfico, o estudo mostrou que, a maioria das mulheres participantes possui até o ensino fundamental completo, estabilidade conjugal e parceiro fixo, não fazem uso de preservativo nas relações sexuais e de anticoncepcionais orais, iniciaram atividade sexual após os 16 (dezesesseis) anos de idade e já haviam realizado o exame preventivo do câncer do colo uterino anteriormente.

Entretanto, devido a mortalidade pelo câncer do colo uterino ser evitável, se caracterizando como uma doença de evolução lenta, favorecendo por meios preventivos o diagnóstico e o tratamento, para que as lesões precursoras sejam curáveis, observou-se através deste estudo uma certa precariedade na assistência à saúde desses municípios, tendo em vista o alto número de casos com alterações, chegando, até a identificar lesões mais graves como adenocarcinoma e câncer invasor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALEIXO NETO A. Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. **Rev Saúde Pública** 1991; 25: 326-33
- AMORIM, V.M.S.L, et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolau; um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. n.22, p.2329-38, 2006.
- AYRES M, AyresJunior M, Ayres DL, Santos AA. **Bioestat - 5.0:aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas**. Belém: Mamiraua; 2007.
- BACKES, L. T. H.; BERTOLIN, T.E.; MANFREDINI, V.; KLOCK, C.; CALIL, L. N.; MEZZARI, A. Alterações citológicas cervicovaginais no Alto Uruguai Gaúcho, Rio Grande do Sul. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 23(2):65-73, maio/ago., 2014.
- BARROS, A.; LEHFELD, J. P.; SOUZA, N. A. **Fundamentos de metodologia científica**. Editora Makron, 2007. 3ª edição
- BEZERRA, S.J.S., GONÇALVES, P.C., FRANCO, E.S., PINHEIRO, A.K.B. **Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo de útero**. J Bras Doenças Sex Transm. 2005;17(2):143-8.
- BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [acesso em 19 ago 2015]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- Cadernos de Atenção Básica; n. 13. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. 2011 [acesso em 19 ago 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_mama.pdf
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

COSTA, J.H.G.;SOUZA,I.R.A.;SANTOS, E.J.A.; PRAZERES, BA.A.P.P.; ANDRADE, M.L.;MELO,M.F.C;TSUTSUMI,M.Y.;SOUSA,M.S. Prevenção do câncer de colo do útero em comunidades ribeirinhas atendidas pelo Programa Luz na Amazônia, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-AmazSaude**.2(4):75-82.2011.

DELL'AGNOLO, C. M.; BRISCHILIARI, S. C. R.; SALDAN, G.; GRAVENA, A. A. F.; LOPES, T. C. R.; DEMITTO, M. O.; PELLOSO, S. M. Avaliação dos Exames Citológicos de Papanicolau em Usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.38, n.4, p.854-864 out./dez. 2014.

DIEHL, Astor Antônio. TATIM, Denise Carvalho. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

ELEUTÉRIO, J.J. Conduta diante de atipia citológica na gestação. **Femina**; 31(4):355-358, Maio, 2003.

HERBST A. L., 1992, **Intraepithelial neoplasia of the cervix In: Comprehensive Gynecology**, 2nd ed (A. L. Herbst, D.R. Mishell, M.A. Stenchever), pp 821-859, St Louis, Mosby Year Book.

HERBST A. L., 1992. **The Bethesda system for cervical/vaginal cytologicdiagnoses**.**ClinicalObstetricsandGynecology**; 35:22-27.

IARC- **The International Agency for Research on Cancer**.Disponível em: <https://www.iarc.fr/> Acesso em 2 de gosto de 2016.

INCE, U.; AYDIN, O.; PEKER O. **Clinical Importance of “lowgrade squamous intraepithelial lesion, cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL-H)” terminology for cervical smears. 5- years analysis of the positive predictive value of LSIL-H compared with ASC-H, LSIL, and HSIL the detectionof high-grade cervical lesions with a review of the literature**. **GynecolOncol**. 2011; 121(1):152-6.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2006. Nomenclatura Brasileira Para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas -RECOMENDAÇÕES Para Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**.2006; 52 (3): 213-236.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

KOSS, L. G. **Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas**, São Paulo: Roca, 2006.

MACÊDO, F. L. S.; SILVA, E. R.; SOARES, L. R. C.; ROSAL, V. M. S.; CARVALHO, N. A. L.; ROCHA, M. G. L. Infecção pelo HPV na adolescente. **Femina**. v. 43, n. 4, jul./agos., 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINS, R.C.M; LONGATTO, F.A.; HAMMES, L.S; DERCHAIN S.M.F.; NAUD,P.; MATOS, J.C. et al. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por Papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2007;29(11):580-7

MEDEIROS VCRD, MEDEIROS RC, MORAES LM, FILHO JBM, RAMOS ESN, SATURNINOACRD. Câncer de Colo de Útero: Análise Epidemiológica e Citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte. **Rev Bras Anal Clín**. 2005; 37(4): 219-221.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre o câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro; 2002.

MORELLI, M.G.L.O. **Lesões citológicas em um rastreamento populacional para câncer do colo uterino e tempo de atividade sexual das mulheres** [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP; 2000.

MOURA, A.D.A. et al. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolau: subsídios para a prática de enfermagem. **Rene**, v.11, n.1, p.94-104, jan/março. 2010.

OSIS, M. J. D., DUARTE, G. A., SOUSA, M. H. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 48, n. 1, pp. 123-133, 2014.

PIATO, S. **Lesões precursoras de carcinoma. Ginecologia: diagnóstico e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2008. p267-275.

PINHEIRO,P. **Exame Papanicolau – ASCUS, LSIL, NIC1, NIC 2 E NIC 3**
Disponível em <http://www.mdsaude.com/2014/09/exame-papanicolau.html>
Acessado em 02/10/2016.

PINTO, D. S.; FUZII, H. T.; QUARESMA, J. A. S. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 769-778, abr., 2011.

PINTO, S. **Ginecologia: diagnóstico e tratamento**, 1º edição. Barueri São Paulo: Manole, 2008.

PINTO, A.P.; TULIO, S.; CRUZ, O.R. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Rev Assoc Med Bras**. 2002;48(1):73-8.

Plano de desenvolvimento territorial sustentável do Arquipélago do Marajó. Governo do Estado do Pará. 2007.

RAMA, C.; MARTINS, C.R; DERCHAIN,S; LONGATTO FILHO, A. et al. Rastreamento anterior para câncer de colo uterino em mulheres com alterações citológicas ou histológicas. **Ver Saúde Pública**, 2008; 42 (3) 411-9.

Relatório analítico do território do Marajó. Universidade Federal do Pará Instituto de Ciências Sociais Aplicadas Ministério do Desenvolvimento Agrário - MDA Programa Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares e Empreendimentos Solidários - PITCPES Grupo de Estudo e Pesquisa Trabalho e Desenvolvimento na Amazônia – GPTDA Projeto Desenvolvimento Sustentável e Gestão Estratégica dos Territórios Rurais no Estado do Pará. 2012.

ROBBINS E COTRAN, **Bases patológicas das doenças**, Rio de Janeiro: Elsevier,2010 pág. 1015-1016,1026-1027

SOUSA, L.B.; PINHEIRO, A.K.B.; BARROSO, M.G.T. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. **RevEscEnferm USP**. 2008;42(4):737-43.

SELLORS, JWR. **Colposcopia e Tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: Manual para principiantes.** Washington, D.C.: OPAS, 2004.

SOLOMON, D; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para CitopatologiaCervicovaginal: definições, critérios e notas explicativas.**2.edição Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 192p.

SOUZA, E.P.**Epidemiologia da infecção genital por HPV e anormalidades na citologia cervical em mulheres jovens brasileiras** [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2004.


WORLD HEALTH ORGANIZATION.**Cancer Control.Knowledge into ation.WHOgide for effective pogrammes.Switzerland:** WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

ANEXOS

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

- **TCLE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
- Estou sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre “Mar Marajó”, que está sendo desenvolvida pela Universidade Federal do Pará.
- Para que eu decida em participar ou não da pesquisa me foram prestadas as seguintes informações:
- O pesquisador responsável é o Prof. Dr. Ricardo Ishak, Biomédico, Fisiologista.
- O objetivo da pesquisa é o de aumentar o conhecimento vigente acerca das doenças ginecológicas, São Sebastião da Boa Vista e Portel, referentes a saúde da mulher, práticas tradicionais de costumes terapêuticos, a infecção cervical e outras neoplasias e medidas de atenção à saúde.
- Durante a pesquisa o paciente deverá responder a um questionário, realizar exames laboratoriais e de uma amostra de fezes.
- Essa pesquisa não oferece riscos; as práticas são de uso rotineiro e coletada para a detecção de anticorpos, marcadores genéticos e enzimas.
- Na colheita de material biológico serão utilizados materiais esterilizados, não oferecendo risco para o sujeito da pesquisa.
- Ninguém é obrigado a participar da pesquisa, assim como poderá desistir a qualquer momento sem prejuízo pessoal por esta causa.
- Não haverá nenhum tipo de despesas para participação da pesquisa.
- O grande benefício desta pesquisa para todos os que participam, ou não, é a melhoria das condições de vida humana, nos municípios de Marajó.
- A participação na pesquisa é sigilosa, isto significa que, somente os pesquisadores envolvidos na pesquisa terão uso exclusivo neste trabalho, sem a divulgação de dados pessoais.
-
- _____
Assinatura do Pesquisador Responsável
- **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
-
- Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que ela não oferece riscos e benefícios. Declaro ainda que, cooperando com a coleta de material para exame.
-
- Belém, ____ / ____ / ____ _____
As:
-
- Prontuário: _____
-
- **Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Biológicas, Lat**
- Fone: (91) 3201-7587 e-mail: rishak@ufpa.br

ANEXO 2 – Formulário (Ficha clínico-epidemiológica)

|  | <input type="checkbox"/> QUEST <input type="checkbox"/> LAB <input type="checkbox"/> NUT <input type="checkbox"/> PCCU <input type="checkbox"/> FEZES | JEIUM <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> IMPRESSO | Observações QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO | Protocolo Data da coleta de dados | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|----|--|----|--|---|--|--|-------|----------------|----|--|----|--|----|--|
| | Município de coleta: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Paciente: _____ NOME DA MÃE: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados epidemiológicos: Sexo: <input type="checkbox"/> M Masculino <input type="checkbox"/> F Feminino Data de nascimento: _____ Idade: _____ anos _____ meses (se criança) Estado Civil: <input type="checkbox"/> CAS Casado(a) <input type="checkbox"/> SOL Solteiro(a) <input type="checkbox"/> SEP Separado(a) <input type="checkbox"/> VIU Viúvo(a) Ocupação: _____ Endereço: _____ Município de residência anterior: <i>se reside há menos de 05 anos no endereço atual</i> _____ Naturalidade: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escolaridade: <input type="checkbox"/> NA Não alfabetizado <input type="checkbox"/> A Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1INC 1º grau incompleto (ensino fundamental) <input type="checkbox"/> 1COM 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2INC 2º grau incompleto (ensino médio) <input type="checkbox"/> 2COM 2º grau completo <input type="checkbox"/> 3INC 3º grau incompleto (superior) <input type="checkbox"/> 3COM 3º grau completo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Renda familiar (salários mínimos): <input type="checkbox"/> MENOS1 < 1 <input type="checkbox"/> 1A3 1-3 <input type="checkbox"/> 4A6 4-6 <input type="checkbox"/> 7A10 7-10 <input type="checkbox"/> MAIS10 > 10 <input type="checkbox"/> NS Não sabe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Possui carteira de imunização: <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não POL Polio <input type="checkbox"/> CAX Caxumba <input type="checkbox"/> RUB Rubéola <input type="checkbox"/> VHA VHA <input type="checkbox"/> ME Meningocócica <input type="checkbox"/> BCG ROT Rotavírus <input type="checkbox"/> SAR Sarampo <input type="checkbox"/> FA Febra Amarela <input type="checkbox"/> VHB VHB <input type="checkbox"/> PNE Pneumocócica <input type="checkbox"/> DPT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Usa ou já fez uso de planta medicinal (remédio caseiro)? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não | | Fez uso de medicamento nas últimas 72h? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOME DA PLANTA</th> <th>Pra que?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td></tr> </tbody> </table> | | NOME DA PLANTA | Pra que? | 1. | | 2. | | 3. | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Qual?</th> <th>Resposta: S/N?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td></tr> </tbody> </table> | | | Qual? | Resposta: S/N? | 1. | | 2. | | 3. | |
| NOME DA PLANTA | Pra que? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Qual? | Resposta: S/N? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Citou mais de 3 plantas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | | Citou mais de 3 medicamentos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TABAGISMO - Já fumou cigarros na vida? <input type="checkbox"/> N Não (se NÃO, ir para a próxima página) <input type="checkbox"/> S Sim. Com que idade iniciou: _____ <input type="checkbox"/> NL Não lembra Fuma cigarros atualmente? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não Com que idade parou: _____ <input type="checkbox"/> NL Não Lembra Em média, quantos cigarros você fuma/fumava por dia/semana? _____ por dia OU _____ por semana OU <input type="checkbox"/> NL Não lembra | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

[Digite texto]

| QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO | | Protocolo |
|--|--|-----------|
| ETILISMO - Já consumiu bebidas alcoólicas na vida? | | |
| <input type="checkbox"/> N Não (se NÃO, ir para a próxima pergunta) <input type="checkbox"/> S Sim. Com que idade iniciou: <input type="text"/> ou <input type="checkbox"/> NL Não lembra | | |
| Consome bebida alcoólica atualmente? | | |
| <input type="checkbox"/> N Com que idade parou: <input type="text"/> ou <input type="checkbox"/> NL Não lembra | | |
| <input type="checkbox"/> S Sim Com que frequência você usa/usava bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> TD Todo dia <input type="checkbox"/> 5A6S 5 a 6 dias na semana <input type="checkbox"/> 3A4S 3 a 4 dias na semana <input type="checkbox"/> 1A2S 1 a 2 dias na semana <input type="checkbox"/> 3A4M 3 a 4 dias no mês <input type="checkbox"/> 1A2M 1 a 2 dias no mês <input type="checkbox"/> MENOSUM Menos de uma vez no mês <input type="checkbox"/> NL Não lembro | | |
| Uso de drogas ilícitas alguma vez: | | |
| <input type="checkbox"/> SNC Sim, mas não quer comentar <input type="checkbox"/> S Sim Quais? <input type="text"/> ou <input type="checkbox"/> N Não | | |
| <input type="checkbox"/> NC Não quer comentar sobre o assunto | | |
| Se SIM, há quanto tempo faz uso de drogas: <input type="text"/> | | |
| Parou? <input type="checkbox"/> N Não OU <input type="checkbox"/> S Sim | | |
| Atenção: abreviatura A = anos OU M = meses | | |
| Tempo de abstinência: (Ano do último uso) <input type="text"/> | | |
| Atualmente, tem vida sexualmente ativa: <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não Se NÃO, quanto tempo desde a última relação sexual (ou contato genital com genital): <input type="text"/> | | |
| Início da vida sexual: <input type="checkbox"/> 10A15 10-15 anos <input type="checkbox"/> 16A20 16-20 anos <input type="checkbox"/> 21A25 21-25 anos <input type="checkbox"/> MAIS25 >25 anos | | |
| Opção sexual: <input type="checkbox"/> HOMO Homossexual <input type="checkbox"/> BI Bissexual <input type="checkbox"/> HETERO Heterossexual | | |
| Atualmente tem parceiro fixo? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não | | |
| Frequência de relações: <input type="checkbox"/> S por semana OU <input type="checkbox"/> M por mês OU <input type="checkbox"/> A por ano | | |
| Número de parceiros sexuais: no último ano <input type="text"/> N OVOS no último ano <input type="text"/> em TODA VIDA <input type="text"/> | | |
| Mantém (ou já manteve) relações sexuais com trabalhador(a) comercial do sexo? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não <input type="checkbox"/> NS Não sabe | | |
| Usa preservativo? <input type="checkbox"/> S Sempre <input type="checkbox"/> N Nunca <input type="checkbox"/> AV às vezes | | |
| Você sabe o que significa DST? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não (se NÃO, explicar o que é) | | |
| Já teve DST?: <input type="checkbox"/> N Não <input type="checkbox"/> S Sim | | |
| Frequência: <input type="text"/> 1 1 vez <input type="checkbox"/> 1A5 1 a 5 vezes <input type="checkbox"/> MAIS5 >5 vezes | | |
| Quais? Lembra? <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> NL Não lembra | | |
| Já realizou exame de endoscopia digestiva: <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não | | |
| Diagnóstico positivo para <i>H.pylori</i> : <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não | | |
| Possui diagnóstico positivo para câncer? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não | | |
| Qual? <input type="text"/> | | |
| Alguém da família tem (teve) câncer? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não | | |
| Qual parente? <input type="text"/> | | |
| Sabe o tipo? <input type="text"/> | | |

| Preventivo do Câncer do Colo Uterino (PCCU) | | Protocolo |
|---|---|--|
| HISTÓRIA ANTICONCEPCIONAL | | |
| Já utilizou anticoncepcionais orais (pílula) ou injetável alguma vez na vida? | | |
| <input type="checkbox"/> N Não <i>(se NÃO, ir para a próxima pergunta)</i> | <input type="checkbox"/> S Sim Com que idade iniciou? <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> NL Não lembra |
| Ainda utiliza anticoncepcionais atualmente? | | |
| <input type="checkbox"/> N Não. Com que idade parou? <input style="width: 40px;" type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> S Sim Que tipo? <input type="checkbox"/> ORAL Oral <input type="checkbox"/> INU Injetável | | |
| Já utilizou preservativos (camisinha) masculino ou feminino alguma vez na vida? | | |
| <input type="checkbox"/> N Não | <input type="checkbox"/> S Sim Qual a frequência de uso? <input type="checkbox"/> TODAS Em todas as relações sexuais <input type="checkbox"/> AV Às vezes | |
| Reprodução | | |
| Número de G: <input style="width: 40px;" type="text"/> | P: <input style="width: 40px;" type="text"/> | A: <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| Idade da 1ª gestação: <input style="width: 40px;" type="text"/> anos | | |
| História ginecológica | | |
| Nº de exames de PCCU (preventivos) realizados na vida? | | Data da última menstruação: <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> PRI Este é o primeiro <input type="checkbox"/> 2A3 2 a 3 vezes <input type="checkbox"/> 4A5 4 a 5 vezes <input type="checkbox"/> 6A10 6 a 10 vezes <input type="checkbox"/> MAIS10 Mais de 10 vezes | | |
| Já sofreu/sofre abuso sexual? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não <input type="checkbox"/> NC Não quer comentar | | |
| Com que idade? <input style="width: 60px;" type="text"/> | | |
| Ainda sofre abuso? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não <input type="checkbox"/> NC Não quer comentar | | |
| Já sofreu/sofre violência doméstica? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não <input type="checkbox"/> NC Não quer comentar | | |
| Com que idade? <input style="width: 60px;" type="text"/> | | |
| Ainda sofre violência? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não <input type="checkbox"/> NC Não quer comentar | | |
| Laudo PCCU | | |
| | | |
| Observação | | |
| | | |

[Digite texto]

ANEXO 3 – Parecer de Aprovação do Projeto



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

**Parecer Consubstanciado**

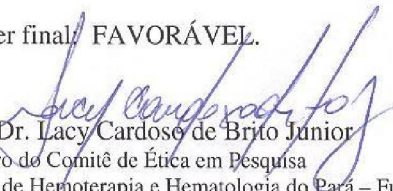
Belém, 14 de julho de 2010.

Parecer nº 0003.0.324.000-10

O projeto “MARCADORES EPIDEMIOLÓGICOS EM SAÚDE NO ARQUIPÉLAGO DO MARAJÓ”, do(a) pesquisador(a) Prof(a). Dr(a). Ricardo Ishak, professora da Faculdade de Biomedicina, do Instituto de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Pará, foi recebido neste CEP em 02/03/2009, apresentou todos os documentos exigidos, tendo então sido levado à análise prévia de dois membros do comitê, cujos pareceres foram considerados como base para fundamentação do parecer final.

O referido protocolo de pesquisa demonstra o compromisso do(a) coordenador(a) de que o mesmo seja executado de acordo com o cronograma proposto, estando bem estruturado nos seus aspectos metodológicos e éticos, com bibliografia pertinente e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de boa compreensão e entendimento para o sujeito da pesquisa. Estando de acordo com a Res. CNS 196/96.

Parecer final: FAVORÁVEL.


Prof. Dr. Lacy Cardoso de Brito Junior
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – Fundação HEMOPA
Travessa Padre Eutíquio 2109, CEP 66033-000 - Belém-Pará
Fone: 91 3242 9100 Ramal: 361