

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARYANA PRATES RODRIGUES**

**SAÚDE DA MULHER: PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE  
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO CENTRO ESPECIALIZADO  
DE ATENDIMENTO À MULHER NO MUNICÍPIO DE ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS**

**ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS  
2013**

**MARYANA PRATES RODRIGUES**

**SAÚDE DA MULHER: PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE  
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO CENTRO ESPECIALIZADO  
DE ATENDIMENTO À MULHER NO MUNICÍPIO DE ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

**ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS  
2013**

**MARYANA PRATES RODRIGUES**

**SAÚDE DA MULHER: PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE  
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO CENTRO ESPECIALIZADO  
DE ATENDIMENTO À MULHER NO MUNICÍPIO DE ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso  
Especialização em Atenção Básica em Saúde da família,  
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Profa. Maria Dolores Soares de Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte 04 de abril de 2013

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS pela sabedoria e inspiração e proteção em que meios a tanto obstáculos foi o sustento durante os quatro semestres.

A equipe do Centro Especializado de Atendimento à Mulher que colaboraram com esta pesquisa, especialmente Valquiria Macedo da Silva; aos meus familiares pelo apoio e paciência.

Aos tutores pela dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso, em particular a Cláudia de Melo Souza que não poupou esforços como interlocutora e amiga.

A Orientadora Maria Rizioneide Negreiros de Araújo que sem ela o trabalho não teria a mesma qualidade.

Dedico este trabalho a todos aqueles que cooperaram direta e indiretamente para produção deste trabalho, em especial aos meus familiares pela presença e apoio constante.

A família é um sistema complexo de relações, em constante modificação, por fatores internos à sua história e ciclo vital em interação com as transformações sociais, onde seus membros participam de um mesmo contexto social.

(CASTILHO, 2003)

## RESUMO

O câncer do colo do útero tem se configurado como uma das principais causas de morte no mundo. Do total de mortes ocorridas no mundo em 2005, essa doença foi responsável por 7,6 milhões, ou seja, 13% desse total, sendo que mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda. No Brasil é a segunda causa de morte, representando 10,3% do total, excluídas as causas indeterminadas, ficando atrás somente de doenças cardiovasculares. O presente estudo foi realizado por meio da análise de dados secundários sobre os procedimentos realizados no Centro Especializado de Atendimento à Mulher no que diz respeito às ações de prevenção do câncer do colo do útero e das DSTs. Teve como objetivos analisar os dados referentes à prevenção do câncer do colo do útero e de DSTs nas mulheres a faixa de idade de 25 a 64 anos, atendidas no Centro Especializado de atendimento à Mulher do município de Araçuaí - Minas Gerais e descrever a faixa de maior incidência de câncer de colo do útero e de DSTs a partir da análise dos dados de registro do Centro Especializado de Atendimento à Mulher. Os resultados mostraram que há uma necessidade de aperfeiçoar as ações de prevenção e aumentar o acesso aos exames preventivos, bem como, ampliar as ações de prevenção para mulheres jovens, com foco na faixa etária de 25 a 34 anos. Conclui-se que as Unidades Básicas de Saúde precisam incorporar no seu cotidiano realização das atividades de prevenção do câncer do colo do útero.

Descritores: Câncer do colo do útero. DSTs. Papanicolaou. Esfregaço vaginal.

## ABSTRACT

The cancer has been configured as a leading cause of death worldwide. The total number of deaths worldwide in 2005, the disease was responsible for 7.6 million, or 13% of this total, with more than 70% occurred in middle or low income. In Brazil it is the second cause of death, accounting for 10.3% of the total, excluding undetermined causes, behind only cardiovascular disease. This study was conducted through the analysis of secondary data on procedures performed in the Specialized Center of Assistance to Women with regard to actions to prevent cervical cancer and STDs. Aimed to analyze the data for the prevention of cervical cancer and STIs in women age range 25-64 years, attended the Specialized Center of service to the city of Araçuaí Woman - Minas Gerais and describe the range of higher incidence of cervical cancer and STDs from the analysis of log data from the Specialized Center of Assistance to Women. The results showed that there is a need to improve the prevention and increasing access to preventive screenings, as well as expand prevention efforts for young women, with a focus on the age group of 25 to 34 years. We conclude that the Basic Health Units must incorporate in their daily performance of activities of preventing cancer of the cervix.

Keywords: Cancer of the cervix. STDs. Papanicolaou. Vaginal smear.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>15</b>
<b>5 ANÁLISE DOS DADOS REFERENTES AO ATENDIMENTO AS MULHERES NO CENTRO ESPECIALIZADO .....</b>	<b>16</b>
<b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>33</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De uma forma geral o câncer tem se configurado como uma das principais causas de morte no mundo. Se considerarmos o total de mortes ocorridas no mundo em 2005, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, ou seja, 13% desse total, sendo que mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda. No Brasil é a segunda causa de morte, representando 10,3% do total, excluídas as causas indeterminadas, ficando atrás somente de doenças cardiovasculares (FONSECA *et al.*, 2010).

Dentre todos os tipos de câncer, o do colo uterino desponta como um dos mais importantes, com incidência mundial estimada de meio milhão de casos por ano, tendo sido responsável por aproximadamente meio milhão de casos novos, além de 260 mil mortes em todo o mundo em 2005, das quais 80% ocorreram nos países em desenvolvimento. É o segundo tipo de câncer que mais acomete as mulheres (FONSECA *et al.*, 2010)

Outro fato preocupante são as doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) as quais constituem a segunda maior causa de morbidade em mulheres jovens adultas. Estima-se que o número de pessoas acometidas por DST curáveis no mundo ao ano seja aproximadamente 340 milhões, onde destacam-se aquelas causadas pelos agentes etiológicos *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e *Trichomonas vaginalis*. Trata-se de um problema de saúde pública não apenas pela sua elevada prevalência, mas também em decorrência da evolução dessas infecções tanto na fase aguda quanto na ocorrência de possíveis sequelas advindas da ausência de diagnóstico correto e tratamento adequado (LUPPI *et al.*, 2011).

A identificação precoce do câncer do colo do útero e das doenças sexualmente transmissíveis (DST) é de grande importância na terapêutica e prognóstico das pacientes. Por meio do diagnóstico precoce realizado pelo exame papanicolau ou exame preventivo de colo de útero (CP) o câncer de colo do útero pode chegar a 100% de cura (BRASIL, 2008a). A importante relevância do diagnóstico precoce das DST curáveis é a sinergia com infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV),

pois aumentam tanto a suscetibilidade quanto a infectividade relativas à transmissão da infecção pelo vírus (LUPPI *et al.*, 2011).

O câncer do colo do útero acomete, geralmente, os grupos com maior vulnerabilidade social, onde se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença, seja por dificuldades econômicas e geográficas, ou por insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros. Embora o exame citopatológico (Papanicolau) tenha sido introduzido no Brasil desde a década de 50, a doença ainda é um problema de saúde pública, correspondendo, aproximadamente, a 15% de todos os cânceres que ocorrem no sexo feminino (BRASIL, 2002).

Muller *et al.*, (2011) pontuam que no mundo inteiro tem-se observado redução na incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, fato atribuído ao maior acúmulo de conhecimentos sobre a etiologia, além da implementação de programas de educação em saúde e orientação sobre comportamento sexual. Os autores comentam também que nos países em desenvolvimento e na América Latina esse panorama nas taxas de incidência e mortalidade não vem apresentando reduções estatisticamente significativas.

No Brasil, há estimativas de que o câncer do colo do útero ocupa o terceiro lugar entre os mais comuns nas mulheres e que as DSTs podem ser precursoras deste tipo de câncer, sobretudo a contaminação por HPV. São esperados cerca de 18.000 casos novos de câncer de colo de útero em 2012, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011a).

Considerando que o Brasil encontra-se entre os países que não apresentam amplas reduções nas taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e DST, o presente estudo pretende traçar um perfil das mulheres que buscam atendimento no Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) no município de Araçuaí – Minas Gerais.

## 2 JUSTIFICATIVA

O câncer do colo do útero, o terceiro mais comum entre mulheres é um importante problema de saúde pública no mundo. Para 2008 as estimativas apontavam 529 mil casos novos desse câncer em mulheres. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. Em geral, a razão mortalidade/incidência é de 52%, sendo responsável pelo óbito de 275 mil mulheres em 2008, lembrando que mais de 85% desses óbitos ocorrem em países em desenvolvimento (BRASIL, 2011a).

Há indícios de associação deste tipo de câncer com as condições precárias de vida, baixos índices de desenvolvimento humano (IDH), ausência ou fragilidade de estratégias de educação comunitária, como atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos e ainda dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde para diagnóstico precoce e tratamento de lesões precursoras (BRASIL, 2006a).

A manifestação da incidência do câncer do colo do útero se dá na faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. Uma provável explicação para as altas taxas de incidência em países em desenvolvimento seria a inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento (BRASIL, 2011b).

Com exceção do câncer da pele não melanoma, o do colo do útero é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (BRASIL, 2011a).

Nas considerações finais do estudo realizado por Muller *et al.*, (2011), os autores trazem como apontamentos a necessidade de se repensar os programas de rastreamento sistematizados visando atingir diretamente os municípios como estratégia para a diminuição da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero. Além disso, apontam para a necessidade da realização de campanhas educacionais para conscientizar a população da importância do exame de Papanicolau, priorizando os grupos populacionais que se encontram na faixa etária de maior risco

e que nunca realizaram o exame, assim como aqueles cujas condições socioeconômicas são desfavoráveis.

### **3 OBJETIVOS**

Analisar os dados referentes à prevenção do câncer do colo do útero e de DSTs nas mulheres na faixa de idade de 25 a 64 anos, atendidas no Centro Especializado de atendimento à Mulher do município de Araçuaí - Minas Gerais.

Descrever a faixa de maior incidência de câncer de colo do útero e de DSTs a partir da análise dos dados de registro do Centro Especializado de Atendimento à Mulher do município de Araçuaí – Minas Gerais.

## 4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo baseado na análise de dados secundários sobre os procedimentos realizados no Centro Especializado de Atendimento à mulher no que diz respeito às ações de prevenção do câncer do colo do útero e das DSTs.

Para a realização deste estudo foram seguidas as seguintes etapas:

4.1 Levantamento no registro de atendimento do Centro Especializado de Atendimento à mulher na faixa de idade de 25 a 64 anos no período de 2011 a 2012;

4.2 Levantamento do número de exames preventivos realizados por faixa de idade;

4.3 Identificação dos principais achados citopatológicos identificados nas mulheres atendidas no Centro de Especializado de Atendimento;

4.4 Levantamento bibliográfico sobre ações que possam contribuir para o aumento da cobertura do exame preventivo de mulheres na faixa de 25 a 64 anos de idade.

A pesquisa bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e nos manuais do Ministério da Saúde. A pesquisa foi livre não se definindo o período de busca.

A pesquisa na BVS sobre a produção dos trabalhos publicados foi feita por meio dos seguintes descritores:

- Câncer do colo do útero;
- DSTs;
- Papanicolaou;
- Esfregaço vaginal.

## 5 ANÁLISE DOS DADOS REFERENTES AO ATENDIMENTO AS MULHERES NO CENTRO ESPECIALIZADO

### 5.1 Levantamento do número de exames preventivos realizados por faixa etária segundo o registro de atendimento do Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) na faixa de idade de 25 a 64 anos, período de 2011 a 2012.

Dados sobre incidência de doenças são importantes para definir prioridades de programas estratégicos de prevenção e tratamento, subsidiar gestores em saúde no direcionamento de investimento e alocação de recursos, e definir metas e avaliar resultados (FONSECA *et al.*, 2010). Considerando que um dos principais fatores de risco de câncer é a idade, definiu-se como parâmetro para a coleta, a divisão da amostra em quatro faixas etárias com um intervalo de 10 anos.

**Tabela 1** - Distribuição dos exames realizados Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) por faixa de idade de 25 a 64 anos, período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012, no município de Araçuaí - Minas Gerais.

Faixa Etária	Nº	%
25 a 34	246	33,0
35 a 44	221	29,0
45 a 54	185	25,0
55 a 64	95	13,0
<b>TOTAL</b>	<b>747</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

Pelos dados da Tabela 1, observa-se que a maioria das mulheres que realiza o exame de Papanicolau encontra-se na faixa etária de 25 a 34 anos. É, portanto uma população jovem e em idade reprodutiva.



No Brasil, a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos. Sendo assim esta foi à faixa etária total pesquisada. Faz-se necessário, portanto, garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos programas de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (BRASIL, 2011b).

Portanto, reafirma-se a importância da organização da rede de atenção à saúde da mulher para o tratamento, em tempo hábil, quando o encaminhamento for efetivado.

Segundo dados do Manual Técnico Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Profissionais da Saúde (BRASIL, 2002), no Brasil existem cerca de seis milhões de mulheres entre 35 a 49 anos que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau), e que esta é a faixa etária onde mais ocorrem casos positivos de câncer do colo do útero.

## **5.2 Identificação do perfil das mulheres atendidas no Centro de Especializado à Mulher de acordo com a zona onde vivem no Araçuaí – Minas Gerais.**

O município de Araçuaí tem um contingente significativo de núcleos rurais com população dispersa. Pela tabela 2 pode-se visualizar que os quantitativos de mulheres que frequentaram o serviço no período de 2011 a 2012 da zona urbana e rural são quase idênticos.

**Tabela 2** - Número de mulheres atendidas no Centro Especializado de Atendimento à Mulher de acordo com a procedência, Zona Urbana e Rural do município de Araçuaí – Minas Gerais.

Idade	Zona Rural	%	Zona Urbana	%
25 a 34 anos	110	32,0	124	31,0
35 a 44 anos	95	27,0	134	34,0
45 a 54 anos	91	26,0	89	22,0
55 a 64 anos	53	15,0	51	13,0
<b>TOTAL</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>	<b>398</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

As mulheres que mais utilizaram o serviço do Centro Especializado de Atendimento a Mulher foram as residentes na área urbana, o que se pode inferir que seja pela facilidade de acesso e pela proximidade. Quanto à faixa de idade, as situadas na faixa de 35 e 44 anos foram as mais frequentes.

**Tabela 3** – Número de mulheres que frequentaram o Centro Especializado de Atendimento a Mulher, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012, de acordo com o estado civil. Araçuaí – Minas Gerais.

Estado Civil	Nº	%
Casada	459	63,0
Solteira	133	18,0
União estável	113	15,0
Divorciada	22	3,0
Viúva	20	2,0
TOTAL	747	100,0

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

Verifica-se que as mulheres casadas são as que mais frequentaram o serviço do Centro Especializado, representando 63,0% do total dos atendimentos realizados no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012.

### **5.3 Principais doenças identificadas nas mulheres atendidas no Centro de Especializado de Atendimento à Mulher.**

O exame citopatológico tem como objetivo identificar a existência de alterações sugestivas de uma doença e, conseqüentemente, indicar ações que permitam um diagnóstico de certeza. A nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais busca identificar dentre as alterações celulares benignas, as seguintes: inflamação, reparação, metaplasia escamosa imatura, atrofia com inflamação, radiação, entre outras (BRASIL, 2006b).

Pelos dados da Tabela 4 verifica-se que as mulheres na faixa etária de 25 a 34 anos foram as que apresentaram maior incidência de processos inflamatórios nos

resultados dos exames realizados. Destaca-se também que as mulheres na faixa etária de 55 a 64 anos apresentaram um número significativo de processos inflamatórios nos exames realizados.

**Tabela 4** - Número de exames Citológicos realizados no Centro Especializado de Atendimento a Mulher e que apresentaram à presença de inflamação no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012. Araçuaí – Minas Gerais.

Idade	Nº	%
25 a 34 anos	12	52,2
35 a 44 anos	2	8,7
45 a 54 anos	2	8,7
55 a 64 anos	7	30,4
Total	23	100,0

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

**Tabela 5** – Número de exames citológicos realizados no Centro Especializado de Atendimento a Mulher, e que apresentaram à presença de cocosbacilos no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012. Araçuaí – Minas Gerais.

Idade	Nº	%
25 a 34 anos	39	28,2
35 a 44 anos	42	30,4
45 a 54 anos	39	28,2
55 a 64 anos	18	13,2
Total	138	100,0

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

Em relação à presença de cocosbacilos no resultado do exame citológico as mulheres na faixa de idade entre 35 a 44 anos foram as que apresentaram maior

positividade. Houve, portanto uma mudança na faixa de idade em relação aos processos inflamatórios.

**Tabela 6** – Número de exames citológicos realizados no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012 no Centro Especializado de Atendimento a Mulher, que apresentaram a presença de *bacilo supra citoplasmático/gardnerella vaginalis*. Araçuaí – Minas Gerais

Idade	Nº	%
25 a 34 anos	40	33,3
35 a 44 anos	39	32,5
45 a 54 anos	32	26,7
55 a 64 anos	9	7,5
Total	120	100,0

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

A *Gardnerella vaginalis* foi a mais presente na faixa de idade de 25 a 34 anos, a redução mais acentuada ocorreu na faixa etária de 55 a 64 anos, podendo ser sugestivo de redução de atividade sexual e de uso de hormônio.

**Tabela 7** - Distribuição do número de exames preventivos realizados no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012 em relação presença de candidíase no Centro Especializado de Atendimento a Mulher. Araçuaí – Minas Gerais.

Idade	Nº	%
25 a 34 anos	10	40,0
35 a 44 anos	7	28,0
45 a 54 anos	6	24,0
55 a 64 anos	2	8,0
Total	25	100,0

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

A maior incidência de candidíase ocorreu nas mulheres na faixa etária de 25 a 34 anos, (Tab.7). A candidíase é uma infecção oportunista surgindo quase sempre quando a mulher tem mudanças significativas no Ph vaginal.

Os jovens podem ser considerados como extremamente suscetíveis às DST em decorrência de várias condições, como a maior incidência de ectopia cervical e mudanças hormonais. Além disso, as mulheres jovens apresentam maior probabilidade de ter um número maior de parceiros sexuais, relação sexual desprotegida e parceiros sexuais mais expostos a riscos (LUPPI *et al.*, 2011).

**Tabela 8** - Número de exames citológicos realizados no Centro Especializado de Atendimento a Mulher, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012 que foram detectados a presença de NIC 1/HPV. Araçuaí – Minas Gerais.

Idade	Nº	%
25 a 34 anos	5	41,6
35 a 44 anos	3	25,0
45 a 54 anos	2	16,7
55 a 64 anos	2	16,7
Total	12	100,0

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

Pela tabela 8 verifica-se uma maior incidência de NIC 1/HPV em mulheres jovens, na faixa etária de 25 a 34 anos. O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau e do câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regridem espontaneamente, ao passo que, acima dessa idade, a persistência é mais frequente (BRASIL, 2011b).

**Tabela 9** - Distribuição do número de exames preventivos realizados no Centro Especializado de Atendimento a Mulher, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012, em relação presença de atrofia com inflamação. Araçuaí – Minas Gerais.

Idade	Nº	%
25 a 34 anos	--	-
35 a 44 anos	--	-
45 a 54 anos	28	47,5
55 a 64 anos	31	52,5
Total	59	100,0

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

Verificou-se que não houve presença de atrofia com inflamação em mulheres de 25 à 44 anos, sendo presente apenas nas mulheres de 45 a 54 anos e nas de 55 à 64 anos, representando 52,2% do total.

**Tabela 10** - Distribuição do número de exames preventivos realizados Centro Especializado de Atendimento a Mulher, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012 em relação presença de *trichomonas vaginalis*. Araçuaí – Minas Gerais.

Idade	Nº	%
25 a 34 anos	2	40,0
35 a 44 anos	2	40,0
45 a 54 anos	1	20,0
55 a 64 anos	--	-
Total	5	100,0

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

Quanto à presença de *trichomonas vaginalis*, verificou-se que as mulheres na faixa de idade de 25 a 44 anos foram as que mais apresentaram a infecção. A ocorrência desta infecção também tem relação com as

condições higiene, mudanças no Ph vaginal, uso de anticoncepcional e situações relacionadas ao parceiro.

**Tabela 11** - Distribuição do número de exames preventivos realizados no Centro Especializado de Atendimento a Mulher, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012 em relação presença de metaplasia escamosa imatura. Araçuaí – Minas Gerais.

Idade	Nº	%
25 a 34 anos	5	45,4
35 a 44 anos	4	36,4
45 a 54 anos	2	18,2
55 a 64 anos	--	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

Os dados da tabela 11 demonstram que as mulheres mais jovens, faixa etária de 25 a 34 anos são as que apresentaram maior ocorrência de presença de metaplasia escamosa imatura. Foram identificados também quatro casos de metaplasia escamosa imatura em mulheres com idade entre 35 e 44 anos.

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão precursora, curável na quase totalidade dos casos. É precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva, denominada de neoplasia intraepitelial cervical (NIC). A NIC é categorizada em graus I, II e III, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas. 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 (BRASIL, 2011b).

As mulheres que desenvolvem infecção persistente por HPV do tipo 16 têm cerca de 5% de risco de desenvolverem NIC III ou lesão mais grave em três anos e 20% de

risco em dez anos. Quando a infecção persistente for por outros tipos de HPV oncogênicos, esse risco reduz pela metade (BRASIL, 2010). Por este motivo os achados citopatológicos de NIC II e III são tão importantes para determinar a continuidade do acompanhamento preventivo de câncer de colo de útero.

**Tabela 12** - Distribuição do número de exames preventivos realizados no Centro Especializado de Atendimento a Mulher, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012 em relação presença de NIC II/HPV. Araçuaí – Minas Gerais.

Idade	Nº	%
25 a 34 anos	--	
35 a 44 anos	2	100,0
45 a 54 anos	--	
55 a 64 anos	--	
Total	2	100,0

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM

A tabela 12 mostra o registro de ocorrência de dois casos de mulheres com NIC II/HPV na idade de 35 á 44 anos.

**Tabela 13** - Distribuição do número de exames preventivos realizados no Centro Especializado de Atendimento a Mulher, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012 em relação presença de NIC III/HPV

Idade	Nº	%
25 a 34 anos	--	
35 a 44 anos	4	66,6
45 a 54 anos	2	33,4
55 a 64 anos	--	
Total	6	100

Fonte: Fichas do arquivo do CEAM



Os casos de presença de NIC III/HPV diagnosticados estão em mulheres na faixa etária de 35 à 54 anos, sendo que 4 (66,6) encontram-se na faixa etária de 35 a 44 anos, conforme pode-se visualizar na tabela 13.

**Tabela 14** - Distribuição do número de exames preventivos realizados no Centro Especializado de Atendimento a Mulher, no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012 em relação presença de carcinoma escamoso invasor. Araçuaí – Minas Gerais

Idade	Nº	%
25 a 34 anos	--	
35 a 44 anos	-	
45 a 54 anos	1	50,0
55 a 64 anos	1	50,0
Total	2	100,0

**Fonte:** Fichas do arquivo do CEAM

A tabela 14 mostra a ocorrência de 2 casos de carcinoma escamoso invasivo na faixa etária de 45 a 64 anos.

#### **5.4 Levantamento bibliográfico sobre ações que possam contribuir para o aumento da cobertura do exame preventivo de mulheres na faixa de 25 a 64 anos de idade.**

##### **5.4.1 Neoplasia maligna de colo uterino e o exame preventivo (Papanicolau)**

O colo do útero é a parte do útero localizada no final da vagina. Por localizar-se entre os órgãos externos e internos, fica mais exposto ao risco de contrair doenças, dentre as mais comuns está a neoplasia maligna de colo de útero ou câncer de colo de útero (BRASIL, 2007a). O câncer de colo do útero, quando diagnosticado e tratado precocemente, constitui uma causa de morte evitável. Entretanto, no Brasil, a sua mortalidade é elevada, persistindo como problema de saúde pública (MENDONÇA, 2006).

Trata-se de uma doença de evolução lenta, que se inicia com uma lesão precursora, a neoplasia intra-epitelial cervical. Para progredir até a forma de doença invasiva são necessários, em média, de 10 a 20 anos. Por apresentar etapas bem definidas e evolução lenta, é possível o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura (MENDONÇA, 2006).

As alterações das células que dão origem ao câncer do colo do útero são facilmente descobertas no exame preventivo. Conforme a doença avança, os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor. A principal causa é a infecção por alguns tipos de vírus chamados de HPV - Papiloma Vírus Humano. Fatores como o início precoce da atividade sexual, a diversidade de parceiros, o fumo e a má higiene íntima podem facilitar a infecção (BRASIL, 2007a).

A neoplasia maligna do colo uterino é a terceira em incidência entre as mulheres e responsável por cerca de, 275 mil óbitos/ano no mundo, sendo alvo de grande preocupação por parte dos órgãos de saúde pública. É duas vezes mais frequente em países subdesenvolvidos devido à presença de fatores de risco como a frequência aumentada de exposição ao Papilomavírus humano (HPV) pela iniciação sexual precoce e multiplicidade de parceiros sexuais, além de outros como multiparidade, tabagismo, hábitos de higiene precários, subnutrição e acesso dificultoso aos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2012).

A diminuição da incidência de câncer do colo uterino é proporcional à prevenção por meio do exame de Papanicolau, desde que existam programas efetivos e organizados. O câncer invasivo do colo uterino é mais frequente em mulheres após os 40 anos de idade, Cerca de 30 a 71% dos carcinomas *in situ* não tratados evoluem para invasão em 10 anos, ou seja, o diagnóstico das neoplasias pré-invasivas se faz em torno dos 20 aos 30 anos, em mulher jovem, no ápice da vida reprodutiva, sendo justamente nesta época que há falha do sistema de saúde em oferecer programas preventivos eficazes (MURTA *et al.*, 1999).

O exame preventivo (Papanicolaou) é a coleta da secreção do colo do útero, utilizando espátula e escovinha. O material é colocado em uma lâmina de vidro para

ser examinado posteriormente num microscópio. O exame é realizado por profissional habilitado. Todas as mulheres que têm ou já tiveram atividade sexual, principalmente aquelas com idade de 25 a 59 anos e todas as mulheres grávidas devem fazer o preventivo. Se o exame não apresentar qualquer alteração, a mulher deve fazer o preventivo no ano seguinte. Se novamente não houver alteração, o exame poderá ser realizado de três em três anos (BRASIL, 2007a). Este exame é resultado do estudo realizado por Papanicolaou e Traut, em 1943, que permitiu a detecção de células neoplásicas mediante o esfregaço cérvico-vaginal. Este exame é usado em vários países para o rastreamento populacional e reconhecido mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer de colo do útero (MENDONÇA, 2006).

Estudos comprovam que a realização periódica do exame preventivo (Papanicolaou) garante a descoberta das lesões que precedem o câncer do colo do útero e que são assintomáticas, sendo que este diagnóstico na fase inicial oferece chances de cura em 100% dos casos (BRASIL, 2007a).

Muitas mulheres que são vítimas de DST e câncer do colo do útero são pessoas muito simples, sem acesso à informação e não fazem prevenção por medo ou até vergonha. Sendo assim, torna-se fundamental orientar estas mulheres sobre a necessidade de realizar o exame periodicamente e fazer o retorno para buscar os resultados, até mesmo porque o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero garante o tratamento dos problemas detectados (BRASIL, 2002).

Segundo Mendonça (2006) nos países em desenvolvimento há altos coeficientes de incidência e mortalidade em mulheres em período reprodutivo e de baixo nível socioeconômico, comprometendo seus papéis no mercado de trabalho e privando-as do convívio familiar, acarretando prejuízo social considerável.

Estudo realizado por Gomes *et al.*, (2012) em um Hospital de Referência em Oncologia no norte de Minas Gerais revela que a maior parte das mulheres do grupo pesquisado e diagnosticada com câncer do colo de útero era proveniente da zona urbana, e provavelmente residentes em áreas cobertas por unidades de atenção básica ou fisicamente próximas dos centros de saúde. Considerando que a política

atual de saúde tem a atenção básica como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e das ações de rastreamento, acreditava-se que a maioria dos novos casos responderia primordialmente por áreas de hiato assistenciais, predominando, sobretudo nas regiões rurais ainda de acesso remoto. O referido estudo alerta para o fato de que a expectativa não foi atendida e que há ainda muito a fazer no sentido de otimizar o alcance e eficácia do rastreamento. Estratégias que envolvam educação da população e difusão de conhecimentos, especialmente envolvendo a atenção básica, são possibilidades para o preenchimento de uma lacuna na atenção à saúde da mulher para que se possam vislumbrar melhoras na redução desses agravos a saúde das mesmas.

#### **5.4.2 Doenças sexualmente transmissíveis (DST) e ações de prevenção**

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são transmitidas principalmente, por contato sexual sem o uso de camisinha com uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas. Algumas DST podem não apresentar sintomas, tanto no homem quanto na mulher. Essas doenças quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves, como infertilidades, câncer e até a morte. Outra forma de infecção pode ocorrer pela transfusão de sangue contaminado ou pelo compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis.

Algumas DST são de fácil tratamento e de rápida resolução. Outras, contudo, têm tratamento mais difícil ou podem persistir ativas, apesar da sensação de melhora relatada pelos pacientes. As mulheres, em especial, devem ser bastante cuidadosas, já que, em diversos casos de DST, não é fácil distinguir os sintomas das reações orgânicas comuns de seu organismo. Isso exige da mulher consultas periódicas ao médico. Algumas DST, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até a morte (BRASIL, 2007b).

No ano de 1988 foi criado o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS em nosso país, devido o avanço destas doenças na sociedade, fazendo emergir a necessidade de intensificar as ações implementadas

pela esfera nacional buscando amenizar as consequências da AIDS na saúde da população. Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional de DST/AIDS foi sistematizado com base nas ações de promoção à saúde, de proteção dos direitos fundamentais das pessoas com esta doença, prevenção da transmissão e do uso indevido de drogas, diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas portadoras desse vírus e desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área (BELCAVELLO, 2010).

Segundo Chequer (2011) o programa brasileiro de controle do HIV e AIDS, se transformou em exemplo internacional, tendo como características mais marcantes, a integração entre prevenção e assistência, a incorporação da perspectiva de direitos civis à prevenção, a universalidade, entre outras. Além do departamento de DST/AIDS e do programa brasileiro, existe uma política nacional de DST/AIDS, com cooperação internacional e com parceria com diversas instituições, como universidades, prefeituras e centros de especialidades.

Tratando-se da DST/AIDS a prevenção é o foco das políticas públicas e há estudos científicos comprovando que a profilaxia pré-exposição e o tratamento também são instrumentos de prevenção. A prevenção pode também repousar na terapia como um dos pilares da prevenção, sendo necessário que todos os entes públicos tracem novas estratégias de detecção de infectados. Há a necessidade de uma ampla mobilização nacional com vistas a estabelecer estratégias próprias para cada região/sub-regiões. A prioridade imediata é a detecção dos infectados nas populações mais vulneráveis, como os segmentos transexuais, HSH (homens que fazem sexo com homens), trabalhadoras sexuais, usuários de drogas injetáveis e não injetáveis, e seguir as populações de qualquer condição mais expostas, cujo parâmetro é o não uso do preservativo nas relações sexuais, independentemente da prática ou orientação sexual (CHEQUER, 2011).

Reafirma-se que as DSTs constituem um problema de saúde pública relevante e devido à alta incidência, à automedicação, aos relatos frequentes de orientações dadas aos pacientes que não contemplam atitudes capazes de prevenir a reincidência da doença e ainda ao não tratamento dos parceiros, levando a acreditar

que muitos profissionais desconhecem os aspectos subjetivos que permeiam esse agravo (DAMASCENO *et al.*, 2009).

#### **5.4.3 As medidas de prevenção do câncer do colo do útero**

No Brasil, as propostas de ações dirigidas ao câncer de colo do útero estão fundamentadas na Política Nacional de Atenção Oncológica e no Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama. Essas propostas contêm as diretrizes estratégicas, com ações a serem desenvolvidas nos distintos níveis de atenção à saúde: aumento da cobertura da população-alvo; garantindo a qualidade; fortalecendo o sistema de informação; desenvolvendo capacitação; pesquisas e ações de mobilização social (MENDONÇA, 2006).

No Brasil existem muitos aglomerados populacionais onde há uma concentração de fatores negativos que contribuem para a exposição das camadas populares frente ao HIV/AIDS e a outras DST. Mas há também um conjunto de iniciativas que buscam enfrentar os problemas coletivos, dentre elas a prevenção do HIV/AIDS e a promoção da saúde. Um trabalho eficaz de prevenção deve ser construído a partir de um conhecimento profundo do território onde as ações serão desenvolvidas, sobretudo quando a população está submetida a fatores de vulnerabilidade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b, p. 10) afirma que:

[...] A primeira coisa importante, a saber, é que toda ação de prevenção deve ser adaptada ao local em que está sendo realizada, à cultura, ao modo de vida dos grupos a que se dirige. [...] deve levar em conta a existência em um só local de diferentes segmentos populacionais, como homens, mulheres, idosos, homossexuais, jovens, prostitutas, usuários de drogas injetáveis. Porém, é importante destacar que todos os grupos sociais que vivem nas comunidades populares ainda estão submetidos a mais um fator de vulnerabilidade: a pobreza, que traz situações como pouco acesso à informação e à educação, aos serviços de saúde, etc.

Toda ação de prevenção precisa ser planejada, os projetos devem estar voltados a reduzir os casos de infecção pelas DST/HIV/AIDS; reduzir as situações de vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS e aumentar a proteção das pessoas, grupos e

comunidades. O Ministério da Saúde aponta critérios e disponibiliza manuais e cartilhas com todos os passos e fatores a ser considerados ao realizar-se um trabalho de prevenção em saúde, especificamente em DST. As ações de prevenção devem iniciar com um conhecimento do território e das características das pessoas que ali residem; buscar a formação de agentes de prevenção, realizar as ações por pares (ex: prostitutas com prostitutas, homens com homens), fornecer materiais educativos, praticar a escuta e estabelecer relações de confiança, abordar a questão considerando a necessidade de diferentes enfoques para diferentes fatores de vulnerabilidade (ex: raça/etnia, gênero, religiosidade, violência). Não há uma atividade pré-determinada, podem ser realizadas atividades de todos os gostos com o objetivo de mobilizar as pessoas para a prevenção. Há inúmeras possibilidades de estratégias que incentivam a participação e facilita o entendimento das DST/AIDS (BRASIL, 2008b). Sendo que

[...] para realizar a prevenção precisamos trabalhar pela promoção da saúde, pelo aumento da capacidade das pessoas, dos grupos e da comunidade em geral de se proteger e trabalhar pelo enfrentamento coletivo dos problemas sociais que afetam a nossa saúde (BRASIL, 2008b, p.11).

O planejamento das ações de prevenção pode seguir o seguinte passo a passo, conforme proposto pelo Ministério da saúde (BRASIL, 2008b):

- Identificar os problemas.
- Levantamento de recursos disponíveis: Materiais – material necessário para o trabalho (papel, cartolina, material educativo, equipamentos etc.); Institucionais – Articulações com entidades que possam auxiliar no encaminhamento do projeto, por meio de parcerias, material informativo, palestras, atendimento de saúde etc; Humanos– todas as pessoas envolvidas no trabalho (você, outros/as moradores/as, parceiros, etc); pessoas com quem você pode contar; Financeiro – dinheiro.
- Planejamento.
- Escolha e definição do problema a ser trabalhado.
- Definição da estratégia principal de abordagem.

- Metodologia de intervenção (atividades a serem realizados e recursos necessários).
- Avaliação.

Fica clara a necessidade da adoção de estratégias efetivas de detecção precoce de doenças sexualmente transmissíveis e de ações que garantam a maior aderência de mulheres ao acompanhamento preventivo nas unidades de saúde.

Há um grande desafio de conseguir viabilizar o acesso de todos os brasileiros, de maneira equânime e universalizada, às ações de prevenção de modo continuado, o acesso à testagem pelo HIV e sífilis, em tempo e forma e, oferecer imediato tratamento a quem dele necessita. E que este acesso não seja apenas nos serviços de saúde, mas também no ambiente do trabalho, escola, meios de comunicação, a educação continuada com vistas à prevenção. Não se trata apenas de ações isoladas de prevenção, mas ações que considerem a equidade de gênero, o respeito à diversidade de orientação sexual, a redução do estigma e discriminação em suas mais diversas matizes (CHEQUER, 2011).



## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A faixa de maior incidência de câncer de colo do útero e de DSTs,, encontrada na análise dos dados de registro do Centro Especializado de Atendimento à Mulher do município de Araçuaí – Minas Gerais, situa-se entre mulheres jovens na faixa etária de 25 a 44 anos o que comprova a necessidade de ampliar as ações de prevenção na rede básica de saúde.

As mulheres na faixa de idade de 25 a 34 anos foram as que apresentaram maior ocorrência de metaplasia escamosa imatura.

A presença de NIC III na faixa de idade de 35 a 44 anos é preocupante, fato de ser recomendado o exame anual para aquelas mulheres que foram detectados problemas no exame anterior.

Uma dificuldade encontrada quando do levantamento dos dados, diz respeito às anotações nas fichas das mulheres atendidas no CEAM. Foram identificadas muitas fichas mal preenchidas, com campos sem as informações relevantes. Torna-se necessário um trabalho de conscientização e formação dos profissionais acerca da importância da coleta de informações.

Ressalta-se que quanto à baixa cobertura do exame preventivo, denotada pelo número de exames realizados no período estudado, pode-se inferir que muitas mulheres poderão estar acometidas de lesões cancerígenas no colo do útero com ou sem sintomas mas que o serviço não identificou porque não faz busca ativa e ainda, apenas um serviço é responsável pela realização do exame preventivo.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados referentes à prevenção do câncer do colo do útero e de DSTs nas mulheres com faixa de idade de 25 a 64 anos, atendidas no Centro Especializado de Atendimento à Mulher do município de Araçuaí - Minas Gerais, partindo do número de casos diagnosticados, nos leva a perceber que há uma necessidade de aperfeiçoar as ações de prevenção e aumentar o acesso aos exames preventivos. A faixa de idade das mulheres mais acometida foi de 25 a 44 anos de idade revelando que essa doença está acometendo mulheres jovens e em idade reprodutiva.

A saúde da mulher vem sendo comprometida pelos altos percentuais do câncer do colo uterino e doenças sexualmente transmissíveis e a nossa atuação no cotidiano da assistência à saúde da mulher em Araçuaí, tem-nos colocado frente à frente com a necessidade de implantar na rede de assistência do município ações de aperfeiçoamento e ampliação de nossa prática, de modo articulado à realidade das mulheres atendidas. Para isso se torna necessário conhecer o perfil das mulheres no tocante a sua saúde sexual configurou-se como o primeiro passo para esta ação.

A maior importância deste estudo encontra-se no fato de que, para se elaborar intervenções efetivas na atenção básica de saúde, é necessário conhecer o perfil da clientela a ser abordada. Uma ação que pode ser implementada é no sentido da realização da busca ativa das mulheres, visando identificar aquelas que não comparecem aos atendimentos e realizar sua convocação, além da criação de instrumentos para auxiliar no planejamento de ações que permitam diminuir o número de casos que já não respondem às ações preventivas.

Outro ponto importante a ser trabalhado no município é a realização de uma programação conjunta das equipes de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com os profissionais de saúde do Centro Especializado de Atendimento à Mulher. As UBS devem assumir a realização do exame de

Papanicolaou e encaminhar para o Centro Especializado somente aquelas mulheres com exames positivos e que necessitam do especialista para tratamento.

A baixa cobertura poderá ser minimizada com o rastreamento a ser realizado pelo Agente Comunitário de Saúde, pelo acolhimento qualificado das mulheres que frequentam a UBS e ainda pela oferta de tratamento também na UBS.

Após o cadastramento das mulheres na faixa de idade de 25 a 64 anos de idade por território das UBS é de fundamental importância a elaboração do fichário rotativo para dar acompanhamento as mulheres quanto ao período do retorno, identificação das que estão em tratamento, daquelas foram encaminhadas para o Centro Especializado, entre outros.

Este estudo será apresentado à gestão municipal para subsidiar a política de atenção à saúde da mulher no município, com vistas a implantar novas ações nas UBS a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam na atenção básica.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Profissionais da Saúde.** Brasília, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_profissionaisdesaude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf). Acesso em novembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: Recomendações para profissionais de saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis.** 4 ed. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer do colo do útero (folder). Brasília, novembro de 2007a. Disponível em: **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde** – Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/138colo\\_uterio.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/138colo_uterio.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Dicas em Saúde: DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília, Novembro, 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/40dst.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalências e frequências de Doenças sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005.** Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares; Série Manuais n° 83;** Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/estimativa/20012/estimativa20122111.pdf> Acesso em: Novembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). 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, 2011b.

BELCAVELLO, C. B. **As ações de saúde no âmbito das DST/AIDS, considerando o objetivo das políticas públicas de saúde no Brasil a partir de 1988-** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) 68f. UNIVEN/Faculdade Capixaba de Nova Venécia, 2010.

CHEQUER, P. **Pedro Chequer critica Estados por não utilização de fundos para saúde e diz que desabastecimento de antirretrovirais ‘tem resolução simples.** Agência de notícias sobre AIDS. Julho, 2011. Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br/noticias/interna.php?id=17366>

DAMASCENO, D. O.; MOURA, F.M.J.S.; NERY, I.S.; BATISTA, O.M.A.; ARAÚJO, O.D.; MOURA, L.J.S.P. Representações sociais das DST/Aids elaboradas por gestantes. **Texto contexto – Enfermagem** [online]. v.18, n.1 p. 116-123, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100014&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0104-0707.

FONSECA, A. J; FERREIRA, L. P; DALLA-BENETTA A.C; ROLDAN C.N; FERREIRA M. L. S. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 32, n. 8, p. 386-92, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n8/a05v32n8.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2012.

GOMES, C. H. R.; SILVA, J. A.; RIBEIRO, J. A.; PENNA, R. M. M. Câncer Cervicouterino: Correlação entre Diagnóstico e Realização Prévia de Exame Preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Cancerologia;** V. 58, n.1, p. 41-45, 2012. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?mfn=1093&about=access&lang=pt#>

LUPPI, C. G.; OLIVEIRA, L. R.S.; VERAS; M. A., LIPPMAN, S. A.; JONES, H.; JESUS, C. H.; PINHO, A. A.; RIBEIRO, M.C.; CAIAFFA-FILHO, H. Diagnóstico precoce e os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em mulheres atendidas na atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia. [online]**. v. 14, n.3 p. 467-477, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2011000300011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000300011&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1415-790X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000300011>.

MENDONÇA, V.G. **Mortalidade por câncer de colo do útero na cidade do Recife: tendência temporal e perfil Sociodemográfico**. 115 p. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Materno Infantil do IMIP. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife, 2006.

MULLER, E. V.; BIAZEVIC, M. G. H.; ANTUNES, J.L. F.; CROSATO, E. M. Tendência e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer de colo de útero no Estado do Paraná (Brasil), 1980- 2000. **Revista Ciência e saúde coletiva [online]**. V.16, n.5. p. 2495-2500. 2011. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000500019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500019&lng=pt&nrm=iso)>.ISSN1413-8123.

MURTA, E. F. C. *et al.* Câncer do Colo Uterino: Correlação com o Início da atividade Sexual e Paridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]**. v. 21, n.9, p. 555-559, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-720319990009000009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-720319990009000009&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0100-7203.