



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

ANDREW YURI DE ALMEIDA DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS EM MULHERES  
QUILOMBOLAS DO LITORAL MARANHENSE**

São Luís

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

ANDREW YURI DE ALMEIDA DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS EM MULHERES  
QUILOMBOLAS DO LITORAL MARANHENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Farmácia, da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, sob orientação do Prof. Dr. José Eduardo Batista.

São Luís

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

de Almeida da Silva, Andrew Yuri.

Prevalência de alterações citopatológicas em mulheres quilombolas no litoral maranhense / Andrew Yuri de Almeida da Silva. - 2019.

57 p.

Orientador(a): José Eduardo Batista.

Curso de Farmácia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Alterações citopatológicas. 2. Câncer do colo do útero. 3. Lesões intraepiteliais. 4. Mulheres quilombolas. I. Batista, José Eduardo. II. Título.

ANDREW YURI DE ALMEIDA DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS EM MULHERES  
QUILOMBOLAS DO LITORAL MARANHENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Farmácia, da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, sob orientação do Prof. Dr. José Eduardo Batista.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. José Eduardo Batista – Orientador  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Maria José Luna dos Santos da Silva - Examinadora  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Geusa Felipa de Barros Bezerra – Examinadora  
Universidade Federal do Maranhão

*Aos meus avós e meus pais, razões da minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus, pois sem Ele nada do que aconteceu em toda minha vida seria possível. Foi a minha inabalável fé que nunca me deixou desistir. Obrigado, Senhor.

Aos meus avós, Adalzira, Cleones e Ignez, seres humanos absurdamente incríveis e de corações enormes, que sempre me deram amor e nunca mediram esforços para investir em minha educação. Eu tenho muita sorte de ter nascido neto de vocês. Amo vocês. Muito obrigado por tudo!

Aos meus pais, Silva Netto e Inez, a quem eu devo tudo nessa vida, que me amam sem pedir nada em troca. Sempre estiveram comigo nesta longa jornada e nunca mediram esforços para me estender a mão quando precisei. Eu os amo mais do que a mim mesmo. Essa vitória também é de vocês e por vocês. É nossa. Muito obrigado por tudo!

Ao professor Batista, que se tornou mais que um orientador e levou o nível da relação aluno/professor para além, é meu grande amigo. Impagável tudo o que fizestes por mim durante esses anos. Muito obrigado, professor!

À minha madrasta, Célia, e aos meus irmãos, Kevin, Karinne, Leandra, Leandro e minha sobrinha, Clarisse, minha família que Deus deu para amar e cuidarmos uns dos outros e que me deram apoio durante esses anos.

Aos meus amigos e colegas, Amanda Passos, Ana Lurdes, Antônio Sávyo, Bianca Mendes, Caio Cunha, Camila Carvalho, Evy Cunha, Fabrício Ledah, Iagho Diniz, Ícaro Rodrigues, Kelly Brito, Maysa Lima, Manoel Davio e Vitor Nadler, por todas as risadas, compartilhamento de sonhos, angústias, tristezas, desentendimentos, mas sempre se ajudando e apoiando. Essa trajetória de 5 anos com certeza não teria o mesmo sentido se não fosse com vocês. Me fizeram conseguir ver a vida com outros olhos e me ajudaram a me tornar um ser humano melhor. Eterno 'Cachacêuticos'. Muito obrigado!

Ao meu grande amigo Luiz Filipe (*in memoriam*), que me mostrou o quão a vida é linda e como precisamos saber aproveitá-la com as pessoas que amamos, o máximo possível. Você faz muita falta, mas sempre estará em meu coração e em minhas orações. Cuida da gente daí, Lui.

À Anna Beatriz, que sempre me apoiou e me deu suporte com muita paciência para atravessar esta fase. Meu carinho por você é enorme. Muito obrigado!

Aos meus amigos Anderson Pereira, Carlos Eduardo e Mônica Rodrigues, que foram fundamentais nesta reta final de curso e na conclusão deste trabalho. Foi com eles que dividi a ansiedade e o medo, mas sempre com fé, alegria e muitos sorrisos, fazendo desta etapa a mais inesquecível. Eu tenho um carinho enorme por vocês. Muito obrigado!

*“Não vale a pena mergulhar nos sonhos e se esquecer de viver.” (Harry Potter)*



## RESUMO

**Introdução:** O câncer do colo do útero é uma doença de desenvolvimento lento que tem como característica a progressão de alterações intraepiteliais de fases marcantes, porém, estas podem regredir espontaneamente. Diversos fatores, intrínsecos e extrínsecos, podem influenciar na progressão desta doença, tais como baixa escolaridade, início precoce de atividade sexual, tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade, histórico de DST, uso de anticoncepcionais, dentre outros. Historicamente, a população quilombola sofre com as desigualdades sociais e, dessa forma, está mais vulnerável ao desenvolvimento desta doença. **Objetivo:** Verificar a prevalência das alterações citopatológicas em mulheres quilombolas do litoral maranhense. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de coorte transversal realizado com mulheres quilombolas do litoral maranhense que concordaram em participar do estudo assinando um termo de consentimento e preenchendo o questionário sociodemográfico para, posteriormente, serem submetidas a realização de coleta de material para exame preventivo pela técnica de Papanicolaou em Unidades Básicas de Saúde. **Resultados:** A maioria das mulheres estava dentro da faixa etária de 31 a 45 anos e eram de baixa escolaridade. As alterações citopatológicas prevaleceram em 7% das mulheres, sendo HSIL a mais prevalente (2,4%), as quais todas elas foram na faixa etária de 46 a 60 anos. A faixa etária com maior prevalência do total de alterações foi a de 31 a 45 anos (3,3%), quando relacionada com as alterações. **Conclusão:** Os indicadores apontam para maior prevalência de HSIL, e ao associarmos a idade com as alterações citopatológicas encontradas, observamos significância estatística ( $p = 0,0001$ ) na faixa etária de 31 a 45 anos.

**Palavras-chave:** Câncer do colo do útero; Alterações citopatológicas; Lesões intraepiteliais; Mulheres quilombolas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cervical cancer is a slow-developing disease characterized by the progression of intraepithelial changes in marked phases, but these can regress spontaneously. Several factors, intrinsic and extrinsic, may influence the progression of this disease, such as low schooling, early onset of sexual activity, smoking, multiplicity of sexual partners, multiparity, STD history, contraceptive use, among others. Historically, the quilombola population suffers from social inequalities and, in this way, is more vulnerable to the development of this disease. **Objective:** To verify the prevalence of cytopathological alterations in quilombola women from the Maranhão coast. **Methodology:** This is a cross-sectional cohort study carried out with quilombola women from the Maranhão coast who agreed to participate in the study by signing a consent form and completing the sociodemographic questionnaire to be subsequently submitted to the collection of material for preventive examination by the Papanicolaou technique in Basic Health Units. **Results:** The majority of the women were between the ages of 31 to 45 years and were of low schooling. The cytopathological alterations prevailed in 7% of the women, with HSIL being the most prevalent (2.4%), all of which were in the age range of 46 to 60 years. The age group with the highest prevalence of total changes was 31 to 45 years (3.3%), when related to the changes. **Conclusion:** The indicators point to a higher prevalence of HSIL, associating the age with cytopathological alterations found, observing the statistical significance ( $p = 0,0001$ ) in the age range from 31 to 45 years.

**Keywords:** Cervical cancer; Cytopathological alterations; Intraepithelial lesions; Quilombola women.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 1</b> – Esfregaço cervicovaginal com ASC-US.....	19
<b>FIGURA 2</b> – Esfregaço cervicovaginal com ASC-H.....	20
<b>FIGURA 3</b> – Esfregaço cervicovaginal com LSIL.....	21
<b>FIGURA 4</b> – Esfregaço cervicovaginal com HSIL.....	22
<b>GRÁFICO 1</b> - Resultados citológicos em 328 mulheres quilombolas do litoral maranhense.....	30

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** - Fatores demográficos de mulheres quilombolas do litoral maranhense.....29
- TABELA 2** - Representação de células escamosas, metaplásicas e/ou glandulares em mulheres quilombolas do Maranhão, em associação com anormalidades citológicas.....31
- TABELA 3** - Associação dos fatores de risco comportamentais com anormalidades citológicas em mulheres quilombolas no litoral maranhense.....33
- TABELA 4** - Associação das anormalidades citológicas com as faixas etárias.....34

## LISTA DE SIGLAS

<b>ADCT</b>	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição
<b>ASC</b>	<i>Atypical Squamous Cells</i>
<b>ASC-H</b>	<i>High Atypical Squamous Cells</i>
<b>ASC-US</b>	<i>Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance</i>
<b>CCU</b>	Câncer do Colo do Útero
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CRQs</b>	Comunidades Remanescentes de Quilombolas
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
<b>DOU</b>	Diário Oficial da União
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>HPV</b>	<i>Human Papilloma Virus</i>
<b>HSIL</b>	<i>High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion</i>
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IC</b>	Intervalo de Confiança
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>LSIL</b>	<i>Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion</i>
<b>N</b>	Número
<b>NIC</b>	Neoplasia Intraepitelial Cervical
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OR</b>	<i>Odds Ratio</i>
<b>PNS</b>	Pesquisa Nacional de Saúde

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	20
<b>2.1</b>	<b>Breve abordagem sobre as lesões precursoras e o Câncer do Colo do Útero</b> .....	20
<b>2.2</b>	<b>Citologia Inflamatória</b> .....	21
<b>2.3</b>	<b>Células Escamosas Atípicas (ASC – <i>Atypical Squamous Cells</i>)</b> .....	21
2.3.1	Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASC-US - <i>Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance</i> ) .....	22
2.3.2	Células Escamosas Atípicas não podendo excluir lesão intraepitelial escamosa de alto grau (ASC-H - <i>High Atypical Squamous Cells</i> ) .....	23
2.3.3	Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL – <i>Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion</i> ) .....	23
2.3.4	Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL – <i>High Grade Squamous Intraepithelial Lesion</i> ) .....	24
<b>2.4</b>	<b>Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Brasil</b> .....	25
<b>2.5</b>	<b>Comunidades Quilombolas</b> .....	26
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	28
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	28
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	28
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	29
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo</b> .....	29
<b>4.2</b>	<b>Mecanismos Gerais de Execução</b> .....	29
<b>5</b>	<b>ANÁLISE ESTATÍSTICA</b> .....	31
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	32
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	37
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	45
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	46
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .	50
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</b> .....	51
	<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	53

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados. Este, ocupa o sétimo lugar no *ranking* mundial, sendo o quarto tipo mais comum na população feminina. Quase nove de cada dez óbitos por câncer do colo do útero ocorrem em Regiões menos desenvolvidas, onde o risco de morrer de câncer cervical antes dos 75 anos de idade é três vezes maior (BRASIL, 2011; INCA, 2017).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (2017), para o Brasil, estimou-se 16.370 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. No Nordeste, o câncer do colo do útero ocupa o segundo lugar de maior frequência com 20,47 casos a cada 100 mil mulheres. Para o Estado do Maranhão, estimou-se 1.090 novos casos no ano de 2018, com um risco estimado de 30,55 casos a cada 100 mil mulheres.

Vários fatores são considerados de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero: início precoce de atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade, história de doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo e uso de anticoncepcionais (AMORIM e BARROS, 2014).

É consenso mundial que se trata de doença com alterações intraepiteliais cervicais de aspectos evolutivos lentos e etapas bem conhecidas, podendo progredir para o estágio invasivo ao longo de 10 a 20 anos, especialmente para o carcinoma epidermoide e o adenocarcinoma. Em sua fase mais avançada, evolui com secreção anormal, sangramento após relação sexual ou sangramento irregular, apesar de permitir a detecção precoce por meio do exame citopatológico do material colhido na porção endocervical e ectocervical, também é útil na sugestão da presença de agentes patogênicos como *Cândida sp*, *Trichomona vaginalis*, entre outros (LAGANÁ, et al. 2013).



Desde 1941, o exame preventivo citopatológico de Papanicolaou foi apresentado como um instrumento para a descoberta precoce de lesões e do câncer cervical. É considerado uma técnica eficaz, pois possui a capacidade de detectar lesões que antecedem o câncer do colo do útero. O método denominado de citologia oncológica ou teste de Papanicolaou, permanece essencialmente o mesmo, baseando-se na interpretação morfológica de esfregaços de células epiteliais da superfície do colo uterino. Dentre os critérios citológicos selecionados para análise, incluem-se tamanho nuclear/tamanho celular, forma do núcleo, intensidade de coloração do núcleo, forma da membrana nuclear, dentre outros (AZEVEDO, 2017; FIGUEIREDO, 2015).

Vários sistemas de classificação citológica cervicovaginal têm sido sugeridos desde a classificação de Papanicolaou, mas o mais utilizado no mundo é o Sistema Bethesda. Este, determinou a divisão incluindo lesões precursoras e presença ou não de malignidade, sendo assim: alterações benignas; atipias de significado indeterminado, subdivididos em Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance – ASC-US*) e Células Escamosas Atípicas não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (*High Atypical Squamous Cells – ASC-H*); Lesão Intraepitelial Escamosas de Baixo Grau (*Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion – LSIL*) e Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (*High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion – HSIL*); Adenocarcinoma *in situ* e Carcinoma invasor (FERNANDES et al. 2012; INCA, 2016).

Como tais alterações citológicas estão diretamente associadas à evolução para o câncer de colo de útero, o rastreamento das atipias e lesões é determinante para possível progressão, e, no Brasil, o recomendado pelo Ministério da Saúde (MS) é o exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. A rotina é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A efetividade do programa de controle do câncer do colo do útero é alcançada com a garantia da organização, da integralidade e da qualidade dos serviços, bem como do tratamento e do seguimento das pacientes (BRASIL, 2015).

O Papanicolaou é um exame, barato, seguro, de fácil execução e em geral bem aceito pela população feminina. É capaz de detectar o câncer do colo de útero na fase inicial, tornando-o curável com medidas relativamente simples e, assim, permitindo que a doença apresente elevado potencial de cura (INCA, 2011).

Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde (BRASIL, 2017).

No Brasil, a redução da morbimortalidade pelo câncer de colo de útero tem sido uma das prioridades da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, em especial às mulheres menos favorecidas socialmente e que são mais susceptíveis à essa doença, sendo que o Ministério da Saúde, em conjunto com Estados e municípios, tem se empenhado para estruturar os serviços de saúde e melhorar o acesso ao programa de prevenção e do seguimento desse agravo (AMORIM e BARROS, 2014).

Os quilombolas são grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2018).

Na literatura brasileira, são escassos os dados sobre a saúde das comunidades quilombolas. Sobressalta-se, assim, a importância de se estabelecer pesquisas envolvendo esse grupo social, uma vez que se observa uma disparidade na atenção à saúde desta população quando comparada à população de modo geral (FUNASA, 2005).

O baixo acesso ao conhecimento sobre câncer do colo uterino em comunidades quilombolas é apontado por pesquisa que destaca também a precária presença de serviços de saúde, o preconceito e a falta de informação como fatores relacionados a essa falta de conhecimento sobre o tema. Além disso, poucos são os estudos sobre a saúde das mulheres desenvolvidos nas comunidades quilombolas, principalmente relacionados ao conhecimento e perspectivas dessas mulheres (BOA SORTE, et al. 2016).

O presente trabalho justifica-se pela importância e relevância do estudo sobre a prevalência das alterações citopatólicas precursoras, ou não, do câncer do colo do útero. Pois é fato incontestável que, diante de todo um contexto histórico-social, a população em questão no estudo apresenta vulnerabilidade social, o que leva a uma

maior dificuldade em acessarem o sistema de saúde público e detectarem precocemente a doença ou suas lesões precursoras. Fundamenta-se na necessidade de se estabelecer e executar ações de políticas públicas em saúde para que tais grupos possam ser inseridos efetivamente no ciclo da responsabilidade social do Estado na prevenção do câncer do colo útero.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Breve abordagem sobre as lesões precursoras e o Câncer do Colo do Útero**

Segundo o INCA (2016), a Nomenclatura Bethesda - vigente até o presente momento - sugere que a doença intraepitelial cervical não é um processo contínuo, mas sim um sistema de duas doenças descontínuas, criando o conceito de lesões intraepiteliais de baixo grau (LSIL) e lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL). A lesão de baixo grau é de menos provável progressão para carcinoma invasivo, diferentemente das lesões intraepiteliais de alto grau. Estas são predominantemente causadas por tipos de HPV oncogênicos, tendo comportamento de lesão precursora do carcinoma invasivo.

O câncer do colo do útero, apesar de prevenível, é um dos cânceres mais frequentes em mulheres no Brasil, com altas taxas de incidência e de mortalidade. Mesmo não tendo um programa de rastreamento populacional com convite ativo da população-alvo, o Brasil tem alcançado coberturas estimadas próximas a 80%, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, mas com diferenças importantes entre regiões e classes sociais (INCA, 2019).

Segundo Santos (2019), um estudo realizado para verificar a incidência de câncer em jovens adultos no Brasil, entre outros aspectos relacionados, demonstrou que há um predomínio do sexo feminino em razão da alta incidência de tumores do colo do útero, onde a faixa etária de maior risco foi a de 25 a 29 anos (87, 85/1 milhão), destacando-se o câncer do colo do útero como principal causa de morte nessa faixa etária.

No Brasil, o controle de câncer do colo do útero constitui uma das prioridades da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O Ministério da Saúde, por meio da publicação “Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016”, recomenda o exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. Em caso de resultado de lesão de baixo grau, a indicação é de repetição do exame em seis meses. Apesar da sua importância epidemiológica, o câncer do colo uterino possui alto potencial de cura quando diagnosticado em estágios iniciais (INCA, 2017).

## 2.2 Citologia Inflamatória

A inflamação é reconhecida como uma resposta fisiopatológica normal a qualquer tipo de agressão tecidual, quer seja bacteriana, viral, micótica, parasitária, pós-traumática, química ou física, sendo, no entanto, igualmente normal a identificação de células inflamatórias cervicais quer em fase secretora do ciclo menstrual, quer em mulheres menopáusicas. Deste modo, a inflamação citológica é assumida por alguns autores como tradutora de infecção vulvovaginal, sendo frequente o tratamento empírico (Santos e Pacheco, 2018).

Ainda segundo os autores, esses processos inflamatórios são classificados em agudos e crônicos, onde a inflamação aguda caracteriza-se pela formação de novos capilares e migração de leucócitos polimorfonucleares (que podem estar em grande número e formando grupamentos) para o local da lesão. A inflamação crônica caracteriza-se pela presença de células do sistema imune, como linfócitos (que podem estar presentes em todas as suas formas do processo de maturação) e macrófagos (mono ou multinucleados) e de células do tecido conjuntivo, como fibroblastos. Este processo também ocasiona modificações marcantes nas células do epitélio, tais como hiperplasia, metaplasia e reparação.

Nos esfregaços com processos inflamatórios, as células escamosas podem apresentar núcleo levemente aumentado de tamanho e de contornos irregulares ou com a cromatina densa. Porém, como via de regra, a relação núcleo-citoplasma e a configuração da cromatina não apresentam alterações acentuadas, com exceção das metaplasias e reparação (KOSS e GOMPEL, 2006).

## 2.3 Células Escamosas Atípicas (ASC – *Atypical Squamous Cells*)

São definidas como alterações citológicas que sugerem uma lesão intraepitelial escamosa, mas que, quantitativa ou qualitativamente, são insuficientes para o seu diagnóstico definitivo e, além disso, são alterações mais significativas do que as encontradas em processos inflamatórios. As ASC incluem dois subgrupos denominados Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASC-US), correspondendo a maioria dos casos e Células Escamosas Atípicas não sendo possível excluir Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (ASC-H) (BRASIL, 2012).

ASC representa a atipia citológica mais referida dentre os laudos alterados de resultados citopatológicos do colo uterino. Como esse achado varia muito de acordo

com o observador, e como indicativo de boa qualidade do laboratório, a frequência da categoria ASC não deve ultrapassar 5% do total de exames do laboratório e não deve exceder duas a três vezes o número das lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau do serviço de citopatologia (FEIJÓ e CAVAGNOLLI, 2018).

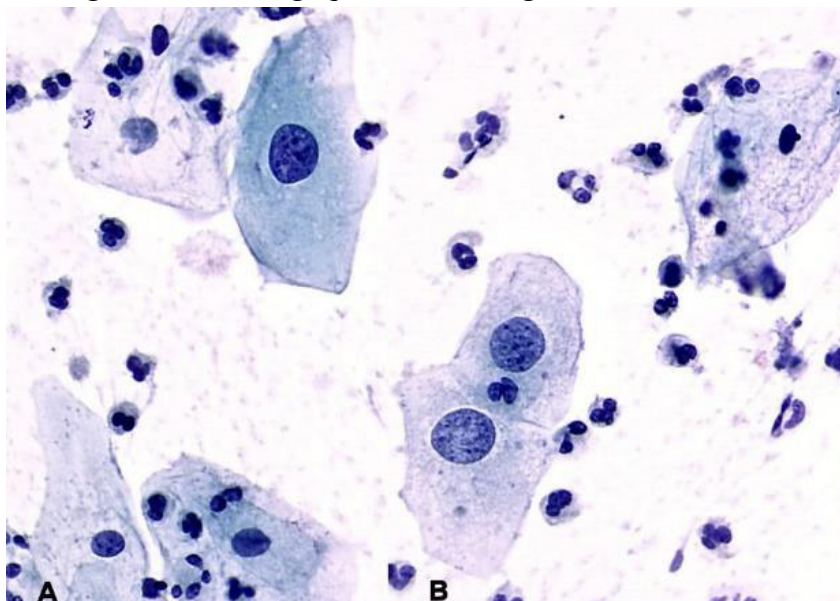
Do ponto de vista clínico, é importante a diferenciação entre ASC-US e ASC-H, uma vez que apresentam diferentes riscos de associação com lesão intraepitelial escamosa e as pacientes serão submetidas a condutas diversas (INCA, 2016).

### 2.3.1 Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASC-US - *Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*)

São alterações citológicas sugestivas, mas não definitivas para uma interpretação de lesão intraepitelial escamosa. Porém, são diferentes das alterações classificadas como dentro dos limites normais. Representam de 4 a 6% do total dos esfregaços (2 a 3 vezes a frequência de lesão intraepitelial escamosa).

Na **Figura 1**, pode-se observar os critérios citomorfológicos que as compreendem, como o aumento nuclear de 2,5 a 3 vezes em comparação ao tamanho do núcleo de uma célula normal, normocromasia ou leve hiperchromasia nuclear, borda nuclear lisa ou discretamente irregular, cromatina finamente granular uniformemente distribuída ou cromatina compacta e ausência de alterações citopáticas definitivas pelo HPV. (BRASIL, 2012; WHO, 2004).

**Figura 1 - Esfregaço cervicovaginal com ASC-US**



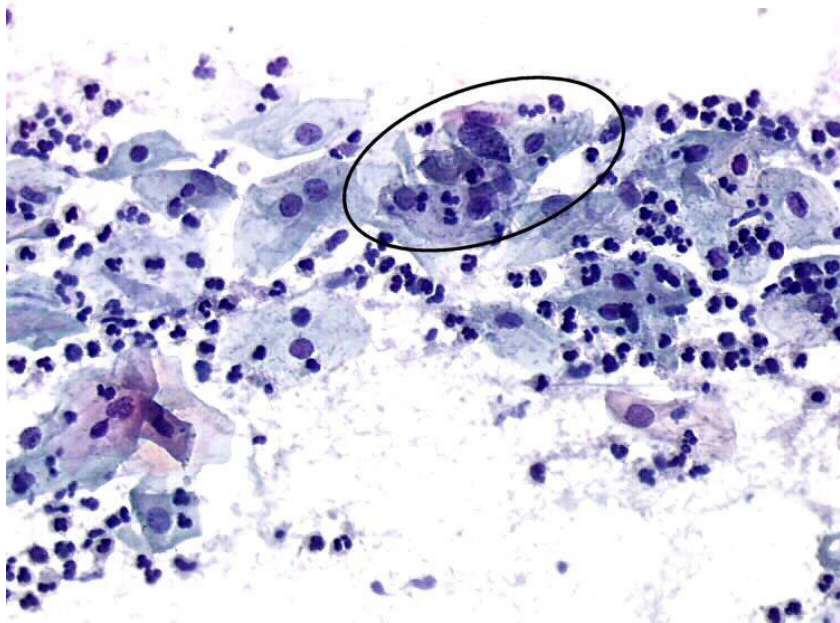
Esfregaço contendo células intermediárias com núcleos aumentados, sem grânulos significantes de cromatina: ASC-US. (Mesma lâmina nos campos A e B: obj. 40x) **Fonte:** WHO, 2004.

### 2.3.2 Células Escamosas Atípicas não podendo excluir lesão intraepitelial escamosa de alto grau (ASC-H - *High Atypical Squamous Cells*)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2004), são células escamosas atípicas que não se permite excluir lesão intraepitelial escamosa de alto grau, pois não possuem critérios necessários para um diagnóstico definitivo. Estas, representam menos de 10% das ASC, porém, Estes casos estão associados a um maior risco de lesões intraepiteliais, mais frequentemente a NIC 2 e a NIC 3, do que os esfregaços de ASC-US.

Na **Figura 2**, pode-se observar os critérios citomorfológicos que as compreendem, como aumento nuclear de 1,5 à 2 vezes o tamanho do núcleo de uma célula normal, aumento da relação nucleocitoplasmática (maior que na célula metaplásica escamosa normal), leve hipercromasia nuclear, leve irregularidade nuclear e cromatina finamente granular uniformemente distribuída ou condensada (BRASIL, 2012).

**Figura 2 - Esfregaço cervicovaginal com ASC-H**



Esfregaço contendo células escamosas parabasais com núcleos volumosos (elipse): ASC-H. (obj. 20x) **Fonte:** WHO, 2004.

### 2.3.3 Lesão Intraepitelial de Baixo Grau (LSIL – *Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion*)

De acordo com o INCA (2016), é a manifestação citopatológica da infecção causada pelo vírus HPV e associadas à NIC 1, altamente prevalente e com potencial de regressão frequente, especialmente em mulheres com menos de 30 anos.

Representa o segundo diagnóstico citopatológico mais frequente e demandando investigação ou acompanhamento adicionais, precedida apenas pela categoria ASC-US.

Na **Figura 3**, observa-se a sua morfologia que apresenta núcleos com mais de três vezes o tamanho normal, Células superficiais e intermediárias com citoplasma abundante e bem definido, isoladas ou dispostas em pequenos agrupamentos, relação nucleocitoplasmática conservada ou levemente alterada, hiper cromasia e leve irregularidade da borda nuclear, cromatina finamente granular, finamente granular com cromocentros ou condensada, binucleação e multinucleação, ausência de nucléolo e coilocitose frequente (BRASIL, 2012).

**Figura 3 - Esfregaço cervicovaginal com LSIL**



Esfregaço contendo células escamosas eosinofílicas com cavidade perinuclear vazia, circundada por citoplasma condensado e um núcleo moderadamente aumentado de tamanho; coilocitos típicos: LSIL (obj. 20x). **Fonte:** WHO, 2004.

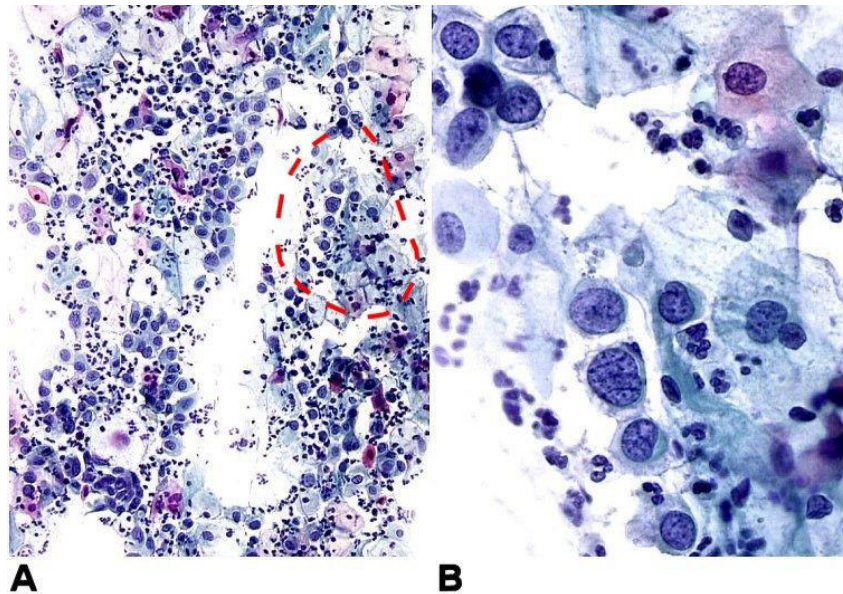
#### **2.3.4 Lesão Intraepitelial de Alto Grau (HSIL – *High Grade Squamous Intraepithelial Lesion*)**

São frequentemente associadas às classificações de NIC 2 e NIC 3. Correspondem a aproximadamente 5%-10% dos casos da categoria geral ASC e cerca de 70% a 75% das mulheres com laudo citopatológico de HSIL apresentam confirmação histopatológica desse grau de doença e em 1% a 2%, de carcinoma invasor. Inclui também lesões intraepiteliais escamosas de alto grau com características suspeitas de invasão (BRASIL, 2012; INCA, 2016)



Ainda segundo o Ministério da Saúde (2012), sua morfologia compreende aumento nuclear (1,5-2 vezes o tamanho do núcleo de uma célula metaplásica normal), aumento da relação nucleocitoplasmática, leve hiper cromasia nuclear, irregularidade do contorno nuclear e cromatina grosseira, como pode ser observado na **Figura 4**. Uma característica importante é a proliferação celular aumentada com figuras mitóticas.

**Figura 4 - Esfregaço cervicovaginal com HSIL**



Esfregaço inflamatório contendo numerosas células parabasais com núcleos aumentados, com cromatina irregular (linha pontilhada): HSIL (A: obj. 10x, B: obj. 40x). **Fonte:** WHO, 2004.

#### 2.4 Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Brasil

A PNS de 2013 afirma que algumas alterações celulares que evoluem para o câncer do colo do útero podem ser descobertas por meio do exame preventivo, conhecido como Papanicolaou. Quando essas alterações são diagnosticadas na fase inicial, as chances de cura podem atingir resultados muito satisfatórios. Além da detecção precursora do câncer do colo do útero, o exame preventivo identifica outras infecções que precisam ser tratadas. Ainda segundo a PNS, no Brasil, 79,4% das mulheres de 25 a 64 anos de idade realizaram o exame preventivo nos últimos três anos anteriores à pesquisa. Sendo que na região Nordeste, 75,1% das mulheres realizaram o exame preventivo, assim, apresentando percentual abaixo da média nacional (IBGE, 2015).

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões

precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma *in situ*), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer. 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) (INCA, 2011).

## 2.5 Comunidades Quilombolas

Reconhecidas oficialmente pelo Estado brasileiro em 1988, principalmente com a afirmação de seus direitos territoriais por meio do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição (ADCT), as comunidades quilombolas despertam uma série de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais que fazem parte da discussão sobre o que representam os quilombos contemporâneos na atualidade e sobre a sua efetiva inserção cidadã (FREITAS, et al. 2011).

De acordo com o Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), negras e negros constituem mais da metade da população brasileira (50,7%), sendo que destas, 48.406.819 pessoas são mulheres negras (BRASIL, 2018; VIEGAS e VARGA, 2016).

No Brasil, existem 3.311 comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) certificadas pela Fundação Cultural Palmares, de acordo com a portaria nº 88/2019, publicado no Diário Oficial da União (DOU) de 05/2019. Destas, 2.061 (62,24%) CRQs estão concentradas na Região Nordeste. No Maranhão existem 787 CRQs, sendo assim, o segundo Estado com maior concentração de comunidades remanescentes de quilombos (BRASIL, 2019).

As comunidades quilombolas estão distribuídas por todo território nacional, e muitos vivem em comunidades formadas por forte vínculo de parentesco, mantendo ainda vivas as tradições culturais e religiosas. Geralmente, essas populações se encontram afastadas dos centros urbanos e em locais de difícil acesso, o que obriga os seus habitantes a percorrerem grandes distâncias em busca de tratamento de saúde. Além disso, essas comunidades vivem em condições sanitárias precárias. Todas essas questões resultam na ocorrência de enfermidades (BRASIL, 2018).

No Brasil, a população negra experimenta maiores taxas de mortalidade por câncer se comparada à população geral, sendo provavelmente um dos reflexos de

desigualdades nos âmbitos social, econômico, político e na saúde. Essa população traz consigo experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer. Isso pode ser observado pela má qualidade de vida, pobreza, baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços em geral, taxas de morbimortalidade mais altas do que as registradas em nível nacional, fome, desnutrição, riscos ocupacionais e violência social (OLIVEIRA, et al. 2013).

Existem muitas condições sociais que levam à desigualdade no acesso aos exames de citologia cervical para mulheres de diferentes regiões do país. Apesar da recomendação das sociedades médicas para a realização periódica do Papanicolaou e de o mesmo ser ofertado em serviços de atenção básica, estudos nacionais e internacionais identificaram fatores demográficos, socioeconômicos e geográficos que limitam o acesso ao exame. Entre esses fatores, estão idade, escolaridade, renda, situação conjugal, condições de saúde, filiação a planos de saúde e acesso aos serviços de saúde, mostrando a necessidade do desenvolvimento de estratégias para a captação das mulheres que não realizam o exame de forma adequada (XAVIER-JÚNIOR et al. 2017; AMORIM e BARROS, 2014).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Verificar a prevalência de alterações citopatológicas em mulheres quilombolas do litoral do Estado do Maranhão.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Analisar o perfil sócio-demográfico das mulheres quilombolas;
- Analisar os epitélios nas amostras de secreção cérvico-vaginais;
- Verificar a prevalências das alterações citopatológicas;
- Associar as alterações citopatológicas com a idade;
- Associar os fatores de risco comportamentais com anormalidades citológicas.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do Estudo**

Trata-se de um estudo prospectivo de corte transversal, descritivo, analítico e de cunho epidemiológico que foi realizado em algumas comunidades quilombolas do litoral maranhense, certificados pela Fundação Palmares. As mulheres que atenderam ao convite estavam dentro dos critérios de inclusão, concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), preencheram os formulários sociodemográficos e foram incluídas no estudo.

### **4.2 Mecanismos Gerais de Execução**

O projeto inclui coleta de amostra cérvico-vaginal, montagem dos esfregaços em lâminas, análise microscópica, interpretação dos resultados e análise dos formulários preenchidos.

As variáveis sociodemográficas foram classificadas em faixa etária, escolaridade, estado civil, estilista, tabagista e início da atividade sexual. Para compor as variáveis das alterações citopatológicas foram adotados critérios estabelecidos pelo Sistema Bethesda, onde foram classificadas como inflamação, ASC-US, LSIL, ASC-H e HSIL. As variáveis de fatores de risco comportamentais foram categorizadas como início da atividade sexual, número de parceiros, menarca, número de gestações, sinais de DST, uso de contraceptivo, frequência da higiene íntima, realização do exame Papanicolaou e resultado da inspeção do colo do útero.

As coletas dos materiais biológicos foram realizadas em parceria com o projeto intitulado Alterações Citopatológicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis em Mulheres Quilombolas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios do litoral maranhense. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão, segundo Parecer nº 1.502.349. Todas as mulheres assinaram o termo de consentimento livre e informado, os aspectos éticos foram rigorosamente respeitados, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A execução deu-se a partir do método de Papanicolaou (exame preventivo para detecção do Câncer do Colo do Útero), com auxílio de materiais estéreis como swab, escova, espátula de Ayres, luvas de látex descartáveis, lâminas foscas e fixador para a fixação do material biológico, sendo realizadas nas Unidades Básicas de Saúde

(UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios com comunidades quilombolas incluídos no estudo. As análises microscópicas foram realizadas no laboratório do Departamento de Patologia da Universidade Federal do Maranhão. Os esfregaços foram submetidos a um rigoroso controle de qualidade adotado pelo referido laboratório e, ao final, uma revisão rápida de todos os esfregaços negativos e revisão detalhada dos esfregaços insatisfatórios, suspeitos e positivos.

A análise dos questionários preenchidos foi executada a partir de critérios pré-estabelecidos.

## 5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Uma análise estatística descritiva foi realizada, calculando-se principalmente a frequência das ocorrências das alterações citopatológicas. Com o auxílio do *software* estatístico *Biostat* versão 5.0, estimou-se a *odds ratio* (OR) com respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ), afim de avaliar a associação das lesões cérvico-vaginais com os fatores de riscos comportamentais e com a faixa etária.

## 6 RESULTADOS

O presente estudo contou com a inclusão de 328 mulheres. A **Tabela 1** demonstra os fatores demográficos, onde as maiores prevalências apontam para a faixa etária de 31 a 45 anos de idade (113/328; 34,45%), de mulheres que cursaram até o ensino fundamental (208/328; 63,41%), que são casadas (210/328; 64,02%), que não consomem álcool (193/328; 58,84%), que não são fumantes (301/328; 91,76%) e que iniciaram a atividade sexual com idade superior a 15 anos (212/328; 64,63%).

**Tabela 1 - Fatores demográficos de mulheres quilombolas do litoral maranhense.**

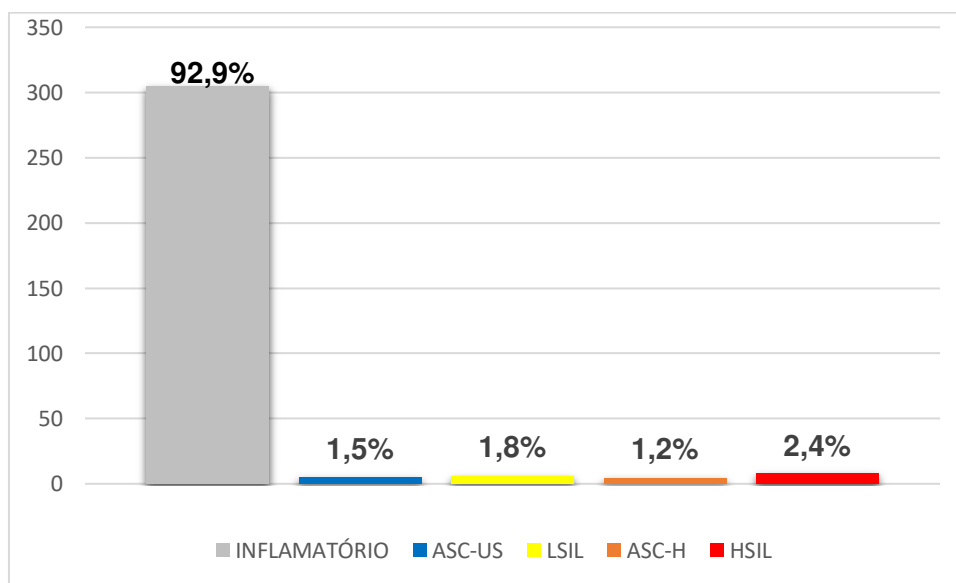
<b>Fatores Demográficos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Etária</b>		
≤ 30 anos	90	27,43%
31 – 45 anos	113	34,45%
46 – 60 anos	92	28,04%
> 60 anos	33	10,06%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabetas	50	15,24%
Ens. Fundamental	208	63,41%
Ens. Médio	61	18,59%
Ens. Superior	9	2,74%
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	118	35,97%
Casada	210	64,02%
<b>Etilista</b>		
Sim	135	41,15%
Não	193	58,84%
<b>Tabagista</b>		
Sim	27	8,27%
Não	301	91,76%
<b>Início da Atv. Sexual</b>		
> 15 anos	212	64,63%
≤ 15 anos	116	35,36%

**Fonte:** autoria própria.



Os resultados demonstram que, do total das mulheres, 92,98% (305/328) apresentaram diagnóstico negativo para lesões intraepiteliais, sendo apenas inflamação, e 7% (23/328) apresentaram alterações citológicas significativas, sendo classificadas como atípicas e lesões intraepiteliais. Sendo que, do total de mulheres que apresentaram resultados com alterações citológicas, 1,5% (5/328) apresentaram ASC-US, 1,8% (6/328) apresentaram LSIL, 1,2% (4/328) apresentaram ASC-H e 2,4% (8/328) apresentaram HSIL, como pode ser visto no **Gráfico 1**.

**Gráfico 1 - Resultados citológicos em 328 mulheres quilombolas do litoral maranhense.**



**ASC-US:** *atypical squamous cells of undetermined significance*; **LSIL:** *low grade squamous intraepithelial lesion*; **ASC-H:** *atypical squamous cells can not exclude high-grade squamous intraepithelial lesion*; **HSIL:** *high grade squamous intraepithelial lesion*.

**Fonte:** autoria própria.

Sobre a qualidade das amostras associada ao diagnóstico citológico do total de amostras representadas, 109/328 eram constituídas apenas por epitélio escamoso e 219/328 (66,7%) eram amostras representativas constituídas por epitélio escamoso, glandular e/ou metaplásico, sendo este último representante de um percentual de 78,2% das amostras com anormalidades citológicas, porém esses resultados não foram estatisticamente significantes, como demonstrado na **Tabela 2**.

**Tabela 2: Representação de células escamosas, metaplásicas e/ou glandulares em mulheres quilombolas do Maranhão, em associação com anormalidades citológicas.**

<b>Diagnóstico Citológico</b>	<b>Escamoso N (%)</b>	<b>Escamoso, Glandular e/ou Metaplásico N (%)</b>	<b>P</b>
<b>Inflamatório</b>	104 (34%)	201 (65,9%)	
<b>Anormalidade</b>	5 (21,7%)	18 (78,2%)	0,3252
<b>Total</b>	109 (33,2%)	218 (66,7%)	

**Fonte:** autoria própria.

Este estudo avaliou, também, os fatores de risco comportamentais associados aos diagnósticos positivos e negativos das anormalidades citológicas encontradas nestas mulheres, como demonstrado na **Tabela 3**. Tais fatores analisados foram o início da atividade sexual, número de parceiros, faixa etária da menarca, número de gestações, sinais de DST, uso de contraceptivo, frequência da higiene, realização do exame Papanicolaou e inspeção do colo.

O estudo demonstrou que 23 mulheres (7%) apresentaram diagnóstico positivo para anormalidade citológica, onde 15 mulheres (65,2%) iniciaram a atividade sexual com idade superior a 15 anos e 8 mulheres (34,7%) iniciaram com idade  $\leq$  15 anos. Com relação ao número de parceiros, 14 mulheres (60,8%) que apresentaram diagnóstico positivo tem mais de um parceiro e 9 mulheres (39,1%) tem apenas um parceiro. A variável que identifica a faixa etária da menarca demonstrou que 13 mulheres (56,5%) menstruaram a primeira vez com idade  $\leq$  12 anos e 10 mulheres (43,4%) com idade superior a 12 anos.

Outra variável importante analisada foi a de número de gestações, onde 21 mulheres (91,3%) tiveram mais de uma gestação e apenas 2 mulheres (8,6%) tiveram uma gestação. Observando o aspecto de sinais de DST, constatou-se que, das 23 mulheres que apresentaram diagnóstico positivo, 16 mulheres (69,5%) não apresentavam os sinais e 7 mulheres (30,4%) apresentavam. Sobre o uso de contraceptivo, 18 mulheres (78,2%) afirmaram não fazer uso do método e 5 mulheres (21,7%) o fazem. A frequência da higiene íntima foi apontada por 20 mulheres (20/328) como realizada em mais de uma vez por semana, e 3 mulheres (3/328) fazem apenas uma vez por semana.

Na variável do exame Papanicolaou, 20 mulheres (86,9%) com diagnóstico positivo realizaram o exame, enquanto 3 mulheres (13%) não o realizaram. Sendo

que, na inspeção do colo do útero, 12 mulheres (52,1%) apresentaram colo com aspecto normal e 11 mulheres (47,8%) apresentaram anormalidade.

Estas variáveis associadas às anormalidades citológicas não apresentaram resultados estatísticos significativos.

**Tabela 3: Associação dos fatores de risco comportamentais com anormalidades citológicas em mulheres quilombolas no litoral maranhense.**

<b>Variáveis Comportamentais de Anormalidades Citológicas</b>	<b>Anormalidades Citológicas Positivas</b>	<b>Anormalidades Citológicas Negativas</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P</b>
<b>Início da Atv. Sexual</b>					
≤ 15 anos	8 (34,7%)	108 (35,4%)	0,972	0,399 – 2,380	0,868
> 15 anos	15 (65,2%)	197 (64,5%)			
<b>Número de Parceiros</b>					
Um	9 (39,1%)	148 (48,5%)	0,681	0,286 – 1,622	0,513
Mais de um	14 (60,8%)	157 (51,4%)			
<b>Uso de Contraceptivo</b>					
Não	18 (78,2%)	244 (80%)	0,900	0,321 – 2,520	0,944
Sim	5 (21,7%)	61 (20%)			
<b>Menarca</b>					
≤ 12 anos	13 (56,5%)	122 (40%)	1,950	0,828 – 4,588	0,186
> 12 anos	10 (43,4%)	183 (60%)			
<b>Número de Gestações</b>					
Até uma	2 (8,6%)	53 (17,3%)	0,452	0,103 – 1,990	0,432
Mais de uma	21 (91,3%)	252 (82,6%)			
<b>Sinais de DST</b>					
Não	16 (69,5%)	215 (70,4%)	0,952	0,378 – 2,393	0,893
Sim	7 (30,4%)	90 (29,5%)			
<b>Frequência da Higiene</b>					
Uma vez	3 (13%)	23 (7,5%)	1,839	0,508 – 6,653	0,588
Mais de uma vez	20 (86,9%)	282 (92,4%)			
<b>Exame Papanicolaou</b>					
Não	3 (13%)	43 (14%)	0,914	0,260 – 3,208	0,864
Sim	20 (86,9%)	262 (85,9%)			

**OR:** Odds Ratio; **IC95%:** Intervalo de Confiança 95%. **Fonte:** autoria própria.

**Tabela 3 (continuação)**

<b>Inspeção do Colo</b>						
Alterado	11 (47,8%)	125 (40,9%)	1,320	0,564 – 3,086	0,672	
Normal	12 (52,1%)	180 (59%)				

**OR:** Odds Ratio; **IC95%:** Intervalo de Confiança 95%. **Fonte:** autoria própria.

O presente estudo também buscou identificar e associar as anormalidades citológicas com a faixa etária das 328 mulheres. A **Tabela 4** demonstra que a maior prevalência de inflamação foi na faixa etária de 31 a 45 anos, que se apresentou em 31% (102/328) das mulheres. Das mulheres que apresentaram diagnóstico de ASC-US, as maiores prevalências foram das faixas etárias de 31 a 45 anos e ≤ 30 anos, igualmente se apresentando em 0,6% (2/328) das mulheres. Com relação às mulheres que apresentaram diagnóstico de LSIL, a maior prevalência foi na faixa etária de 31 a 45 anos, que se apresentou em 0,9% (3/328) das mulheres. Das mulheres com diagnóstico de ASC-H, a maior prevalência também foi na faixa etária de 31 a 45 anos, que se apresenta em 1,2% (4/328) das mulheres. Em contrapartida, das mulheres que apresentaram diagnóstico de HSIL, a maior prevalência foi na faixa etária de 46 a 60 anos, que se apresentou em 1,2% (4/328) das mulheres.

Contudo, estas associações apresentaram resultados estatisticamente significativos ( $p = 0,0001$ )

**Tabela 4: Associação das anormalidades citológicas com as faixas etárias.**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Inflamação n (%)</b>	<b>ASC-US n (%)</b>	<b>LSIL n (%)</b>	<b>ASC-H n (%)</b>	<b>HSIL n (%)</b>	<b>P</b>
<b>≤ 30 anos</b>	85 (25,9%)	2 (0,6%)	1 (0,3%)	-	2 (0,6%)	0,0001
<b>31 – 45 anos</b>	102 (31%)	2 (0,6%)	3 (0,9%)	4 (1,2%)	2 (0,6%)	
<b>46 – 60 anos</b>	87 (26,5%)	-	1 (0,3%)	-	4 (1,2%)	
<b>&gt; 60 anos</b>	31 (9,4%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	-	-	

**ASC-US:** atypical squamous cells of undetermined significance; **LSIL:** low grade squamous intraepithelial lesion; **ASC-H:** atypical squamous cells can not exclude high-grade squamous intraepithelial lesion; **HSIL:** high grade alto squamous intraepithelial lesion.

**Fonte:** autoria própria.

## 7 DISCUSSÃO

No presente estudo, a faixa etária prevalente foi de 31 a 45 anos com 34,45% das mulheres quilombolas, concordante a um estudo realizado no Estado do Paraná, onde Melo et al. (2017) descrevem que a maior prevalência foi da faixa etária semelhante. Esta é uma informação importante pois, sobressalta-se que, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, essa faixa etária é a de maior risco para o desenvolvimento lesões precursoras do câncer do colo uterino, sendo isto confirmado nos resultados obtidos neste estudo.

A baixa escolaridade se mostrou mais prevalente neste estudo em 78,65% das mulheres. Condizente a um estudo realizado por Tavares et al. (2017) na capital do Estado do Maranhão, São Luís, onde, de um total de 50 mulheres - apesar da maior abrangência em relação às etnias (preta, parda e branca) -, 64% eram de baixa escolaridade. Segundo Cestari et al. (2012), conforme citado por Tavares et al. (2017), o nível socioeconômico tem influência direta na detecção precoce do câncer de colo do útero, fazendo com que as mulheres de baixa escolaridade adoçam mais. Além disso, mulheres de classes sociais mais baixas têm o risco maior de não realizarem o exame preventivo.

As mulheres casadas se mostraram mais frequentes, com 64,02%. Apesar disso, levando em conta 35,97% das mulheres que afirmaram ser solteiras, vale ressaltar que diversos estudos indicam que não ter parceiro fixo é fator de risco para desenvolvimento de lesões precursoras do câncer do colo do útero (MELO et al. 2017).

A prevalência de mulheres que não faziam consumo de álcool foi de 58,84%, coincide com os achados de Duarte et al. (2011), onde 57,9% das mulheres daquele estudo também não faziam. Porém, ainda segundo o autor, o uso frequente de álcool leva ao comprometimento do sistema imunológico, deixando o organismo vulnerável à suscetíveis infecções e posterior desenvolvimento de lesões intraepiteliais.

Neste estudo, as mulheres quilombolas não tabagistas foram mais prevalentes, com 91,76%. Corrobora com diversos estudos como os de Leal et al. (2003), Duarte et al. (2011) e Tavares et al (2017), onde as mulheres não fumantes também apareceram em maior percentual. Entretanto, o tabagismo é um fator de risco pois, segundo Melo et al. (2009), no tecido epitelial existem as chamadas células de Langherans, que são responsáveis pela defesa e os compostos químicos presentes no tabaco diminuem significativamente a quantidade e função delas. Apesar das

mulheres que não fazem uso de tabaco serem “excluídas” deste fator de risco, um estudo realizado na Coréia do Sul por Min et al. (2018) afirma que a fumaça produzida pelo tabaco contém um composto químico mutagênico e altamente cancerígeno chamado benzo(α)pireno. Tal composto possui efeito potencialmente transformativo no colo do útero e também pode causar imunossupressão, permitindo que as infecções por HPV persistam e progridam para lesões intraepiteliais e até mesmo para o câncer do colo do útero. Ele age diretamente no gene p53 protetor, um fator de transcrição que regula o ciclo celular e, portanto, atuante como um supressor de células tumorais. Ou seja, as mulheres também correm o risco de desenvolver lesões intraepiteliais no colo do útero, progressivamente, através de inalação da fumaça do tabaco mesmo de forma passiva. Além disso, o estudo também afirma que o contato cervical com sêmen de parceiros sexuais que são fumantes ativos, também pode ser fonte plausível de exposição aos compostos químicos do tabaco. Porém, sobre este último, ainda não há estudos o suficiente que o comprovem.

O início da atividade sexual se mostrou prevalente em idade superior a 15 anos, com 64,63%. No estudo realizado por Duarte et al (2011), esta variável também prevaleceu da mesma forma, onde 52,6% se relacionaram sexualmente pela primeira vez entre 16 e 20 anos. Sabe-se que a precocidade da atividade sexual é um grande fator de risco pois a zona de transformação do epitélio cervical é mais proliferativa durante a puberdade e a adolescência, desencadeando maior vulnerabilidade nesse período a alterações induzidas por agentes sexualmente transmissíveis. Além disso, começar a se relacionar sexualmente antes dos 18 anos é considerado precoce, e conseqüentemente um fator de risco, porquê ainda não há formação completa e estabilização da cérvix e dos hormônios (XAVIER-JUNIOR et al. 2017).

O apogeu deste estudo foi a avaliação da prevalência das alterações citopatológicas das mulheres quilombolas (**Gráfico 1**), onde o diagnóstico citológico inflamatório o foi mais frequente, com 92,9%. As alterações apresentaram um percentual de 7%, concordante ao estudo realizado por Laganá et al. (2013), onde 6,8% das mulheres apresentaram alterações citológicas, e ao estudo realizado por Fernandes (2014), onde o percentual foi bem menor: 1,28%. O Ministério da Saúde (2012) preconiza que a positividade de alterações das amostras varie de 3% a 10%, o que faz com que os resultados do presente estudo estejam dentro do esperado e, com isso, pode-se verificar que a qualidade laboratorial que envolve as diversas etapas do processamento citopatológico estiveram presentes no laboratório estudado.

Aprofundando-se aos resultados das atipias, ASC-US e ASC-H se apresentaram em 1,5% e 1,2%, respectivamente, somando, então, o total de 2,7% para as ASC. Sabe-se que é preconizado que a frequência de ASC não deve ultrapassar 5% do total de exames em laboratórios de citopatologia, entretanto, apesar da frequência dessa categoria neste estudo encontrar-se dentro dos padrões determinados, é importante ressaltar que essas alterações são comumente descritas nos resultados dos laudos citopatológicos do colo do útero, porém, é controverso pois gera subjetividade, porquê são anormalidades mais acentuadas que aquelas atribuídas às alterações reativas (inflamatórias), mas que são insuficientes para definir um diagnóstico de lesão intraepitelial (FERNANDES et al. 2012).

Em relação às lesões intraepiteliais, LSIL e HSIL se apresentaram em 1,8% e 2,4% das mulheres quilombolas, respectivamente, com HSIL se mostrando mais prevalente. Um estudo desenvolvido no Estado de Pernambuco por Da Silva et al. (2018) demonstrou que LSIL foi mais frequente que HSIL, com 2% e 0,5%, respectivamente. Pressupõe-se que esta divergência de resultados entre os dois estudos deva-se, entre outros, ao fato da composição étnica e racial da população estudada não ser a mesma (visto que o estudo realizado em Pernambuco levou em consideração a população em geral com toda a sua diversidade étnica), tendo em vista que o presente estudo enfatiza o rastreamento nas mulheres remanescentes de quilombos.

O INCA (2016) afirma que no biênio 2009-2010, no Brasil, levando em consideração apenas os resultados de alterações, a prevalência de LSIL foi de 31%, o segundo mais frequente, e a prevalência de HSIL foi de 9,7%. A prevalência de lesão intraepitelial de alto grau neste estudo provavelmente está ligada ao fato das mulheres remanescentes de quilombos no Estado do Maranhão praticamente não terem acesso ao sistema público de saúde, mesmo que na Atenção Básica de Saúde, devido à precariedade do serviço ofertado no interior do Estado. Além disso, grande parte dessas mulheres não dispõem de recursos financeiros, portanto, limitando-as a realização do rastreamento e tratamento em redes de saúde privados.

A **Tabela 2** demonstra que houve maior prevalência do total das amostras constituídas por epitélio escamoso, metaplásico e/ou glândulares, sendo esta de 66,7%. Levando em consideração apenas as amostras que apresentaram anormalidades, a maior prevalência foi das amostras de mesmo constituinte, sendo esta de 78,2%.

Sabe-se que são amostras satisfatórias para avaliação aquelas que apresentam células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica (INCA, 2016). Portanto, devem estar presentes células escamosas, metaplásicas e/ou glandulares (não inclui o epitélio endometrial). O INCA (2016) também afirma que a presença de células metaplásicas é considerado um indicador da qualidade da coleta, pelo fato dessa coleta objetivar a obtenção de elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero. E, ainda segundo o Instituto, a recomendação para os esfregaços que apresentam apenas células escamosas é a repetição do exame citológico com intervalo de um ano, e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos. Portanto, de acordo com a preconização do INCA, as amostras apresentaram adequabilidade para avaliação e diagnóstico, e evidencia o controle de qualidade executado no referido laboratório.

Este estudo também buscou associar os fatores de risco com as anormalidades encontradas nas mulheres remanescentes de quilombos (**Tabela 3**). O INCA (2011) afirma que alguns fatores influenciam na progressão das lesões intraepiteliais ao CCU, tais como a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade, o uso de contraceptivos orais, dentre outros. Portanto, em relação ao início da atividade sexual, e levando em consideração apenas os diagnósticos de anormalidade, 15 mulheres (62,5%) iniciaram com idade superior a 15 anos, sendo esta de 65,2%, corroborando aos estudos desenvolvidos por Duarte et al. (2011) e Tavares et al. (2017), onde 52,6% e 74% das mulheres, respectivamente, iniciaram suas atividades sexuais nesta faixa etária. Porém, neste estudo não foi identificada associação estatisticamente significativa ( $p = 0,868$ ) entre o início da atividade sexual com as lesões precursoras do CCU. A precocidade nas relações sexuais está diretamente relacionada ao aumento do risco de CCU, tendo em vista que a zona de transformação do epitélio cervical é mais proliferativa durante a puberdade e a adolescência, então a imaturidade biológica e a influência hormonal são consideradas duas possíveis explicações para esta associação (DUARTE et al. 2011; XAVIER-JUNIOR et al. 2017).

Quanto ao número de parceiros sexuais, 60,8% das mulheres (14/23) afirmaram ter mais de um parceiro. Um estudo norte-americano desenvolvido por Shikary et al. (2009) afirma que ter mais de um parceiro e ser de etnia negra foram



fatores prevalentes em associação às lesões intraepiteliais. Levando em consideração o uso de método contraceptivo (químico), 78,2% (18/23) das mulheres que apresentaram anormalidades citológicas neste estudo afirmaram não fazer uso de anticoncepcionais orais. Há similaridade com os resultados do estudo de Teles e Ferrari (2013), no qual 75,6% das mulheres também afirmaram o mesmo. Porém, neste estudo não foi encontrada associação estatisticamente significativa do número de parceiros ( $p = 0,513$ ) e do uso de método contraceptivo ( $p = 0,944$ ) com as lesões intraepiteliais. No entanto, diversas pesquisas e diretrizes nacionais e internacionais afirmam que ter múltiplos parceiros e a utilização de anticoncepcionais são fatores de risco pois, segundo Libera et al. (2016), o uso prolongado do método contraceptivo oral pode colaborar com a evolução da lesão da cérvix causada pelo HPV por interagir com as oncoproteínas virais, acarretando mudanças nas células e na evolução das lesões de baixo e alto grau, facilitando o desenvolvimento do CCU. Portanto, faz-se necessário o desdobramento de políticas de educação em saúde sexual, com ênfase às jovens mulheres remanescentes nos quilombos maranhenses.

A menarca é o termo técnico utilizado para se referir à primeira menstruação do ciclo da menina, que ocorre na puberdade. Neste estudo, levando em consideração apenas os diagnósticos positivos para anormalidades, 56,5% (13/23) das mulheres quilombolas afirmaram ter ocorrido a menarca com idade inferior a 12 anos, sendo este o de maior prevalência. Semelhante aos estudos de Teles e Ferrari (2013) e de Tavares et al. (2017), onde as prevalências destes foram de 73% e 86%, respectivamente. Tanto nos estudos dos autores citados quanto neste, não foram encontradas associações estatisticamente significativas ( $p = 0,186$ ) da menarca com as lesões precursoras do CCU. No entanto, alguns autores consideram como fator de risco devido à relação com a prática sexual em idade mais precoce (fator de risco já mencionado), uma vez que as adolescentes são mais suscetíveis a infecções sexuais por apresentarem a zona de transformação do colo localizada na ectocérvice, tornando-as vulneráveis (DUARTE et al. 2011; TAVARES et al. 2017).

O número de gestações também é considerado um fator de risco por diversos autores. Neste estudo, houve maior prevalência de 91,3% (21/23) das mulheres que tiveram mais de um filho. Entretanto, não houve associação estatisticamente significativa ( $p = 0,432$ ) entre o número de gestações e as lesões precursoras do CCU. Nos estudos de Gonçalves (2008) e de Teles e Ferrari (2013) também houveram maiores prevalências das mulheres multíparas, onde 71,3% e 76,7% das mulheres

também tiveram mais de um filho. Analisando estes resultados e outras pesquisas como as de Melo et al. (2009) e dos Anjos et al. (2010) confirmam que ter muitas gestações está mais associado ao desenvolvimento de leões intraepiteliais, fundamentando-se em eventos fisiológicos ocasionados durante e pós-gravidez, tais como fatores hormonais, traumáticos e imunológicos.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são fatores de risco pois o *Human Papiloma Vírus* (HPV), considerado com tal, é o principal agente causador de lesões precursoras do CCU (GONÇALVES, 2008). Todavia, outras DSTs foram pesquisadas, tais como *Gardnerella vaginalis*, *Chlamídia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, dentre outras, afim de avaliar suas possíveis associações às anormalidades encontradas. Foi identificado que 69,5% das mulheres (16/23) não apresentavam sinais de DSTs, sendo o mais prevalente. Em contrapartida, no estudo desenvolvido por Laganá et al. (2013) na cidade de Natal/RN, 41% das mulheres (808/1.967) foram identificadas com presença de DSTs, sendo todos os agentes associados ao desenvolvimento do CCU. Apesar da baixa frequência de DSTs identificadas neste estudo, é importante salientar que as infecções genitais sinalizam um problema que deve ser observado para avaliação de risco e prevenção porquê, autores como Blanks et al. (2009) e Gonçalves et al. (2010) afirmam que, as mulheres com DSTs estão particularmente expostas ao risco de câncer do colo do útero, especialmente aquelas economicamente desfavorecidas em que as taxas de infecção por HPV são altas, associadas, principalmente, à precocidade do início da atividade sexual, ao baixo nível socioeconômico, à baixa escolaridade e à dificuldade de acesso a serviços de saúde, enfatizando as mulheres quilombolas por viverem em isolamentos sociais e em condições precárias. Contudo, neste estudo não foi encontrada associação estatisticamente significativa ( $p = 0,893$ ) entre os sinais de DSTs com as alterações intraepiteliais.

A frequência da higiene íntima também foi um achado levado em consideração neste estudo, onde a maioria das mulheres (86,9%) que apresentaram anormalidade citológica afirmaram que higienizam a área íntima mais de uma vez por dia, mas apesar disso, não houve associação estatisticamente significativa ( $p = 0,588$ ) com as anormalidades citológicas encontradas. Tanto o Ministério da Saúde quanto diversos autores como Tavares et al. (2017) e Libera et al. (2016) afirmam que este hábito se constitui como fator de risco, porém, ainda não há estudos o suficiente que

comprovem até que ponto isto pode influenciar, de fato, no desenvolvimento de lesões intraepiteliais.

A realização do exame Papanicolaou é um importante fator de risco, tendo em vista que é o método utilizado no Brasil para rastreio do CCU, preconizado pelo Ministério da Saúde, valendo-se das diretrizes do INCA. Quanto à realização do exame pelas mulheres quilombolas que apresentaram diagnóstico de anormalidade citológica positiva, 86,9% afirmaram já terem realizado, semelhante ao estudo realizado por Oliveira et al. (2013) com mulheres quilombolas, onde 72,7% das mulheres também afirmaram já terem realizado. Estes são achados importantes, pois é a partir deste exame que se inicia a pesquisa de possíveis lesões precursoras, contudo, diversos fatores socioeconômicos, culturais e geográficos que historicamente giram em torno das comunidades quilombolas, são associados como barreiras para a realização deste exame, gerando um grande problema de saúde pública. Contudo, não foram identificadas associações estatisticamente significativas ( $p= 0,864$ ) entre a realização do Papanicolaou e as anormalidades citológicas encontradas neste estudo.

A inspeção do colo do útero foi considerada uma variável neste estudo, porém, não foram encontradas evidências literárias que pudessem vir a questionar ou corroborar com os dados obtidos neste estudo. Os percentuais de mulheres que apresentaram o colo do útero com aspecto normal e alterado foram bem próximos, sendo o de maior prevalência o de aspecto normal em 51,2% das mulheres quilombolas, e também não foram encontradas associações estatisticamente significativas ( $p = 0,672$ ) entre este achado e as lesões precursoras do CCU. Porém, sabe-se que a inspeção visual do colo do útero é importante por algumas citopatologias possuírem características físicas marcantes no referido órgão, sugerindo possíveis alterações no local (TAVARES et al. 2017).

Este estudo também associou as alterações encontradas com as faixas etárias das mulheres quilombolas (**Tabela 4**), sendo encontradas associações estatisticamente significativa ( $p = 0,0001$ ) em todas as variáveis. A faixa etária com maior prevalência de alterações cervicais foi a de 31 a 45 anos (3,3%), diferente dos estudos de Da Silva et al. (2018) e de Fernandes (2014), onde esta associação foi mais frequente em 6,7% e 0,7% das mulheres com idade  $\leq 30$  anos, respectivamente.

O maior índice de ASC-US foi encontrado nas faixas etárias de 31 a 45 anos e  $\leq 30$  anos, em 0,3% das mulheres quilombolas, resultado semelhante dos achados

por Fernandes (2014), onde essas atipias se mostraram mais frequente na faixa etária de 46 a 60 anos, sendo em 0,2% das mulheres, e diferente dos resultados do estudo realizado por Laganá et al. (2013), onde prevaleceram em 0,2% das mulheres da faixa etária  $\leq 30$  anos. LSIL também se mostrou mais frequente na faixa etária de 31 a 45 anos, sendo este em 0,9% das mulheres quilombolas. Laganá et al. (2013) obteve resultado semelhante a este estudo, prevalecendo em 3% das mulheres.

ASC-US é uma alteração comumente descrita nos resultados dos laudos citopatológicos do colo do útero e é incomum a evolução de LSIL para câncer cervical, pois a literatura afirma que apresentam alta taxa de regressão espontânea, portanto, a recomendação para as mulheres quilombolas desta faixa etária é que façam a repetição do exame citológico no intervalo de 6 a 12 meses, nas Unidades Básicas de Saúde (INCA, 2016).

Todos os casos de ASC-H se apresentaram na faixa etária de 31 a 45 anos, sendo este de 1,2% das mulheres. Já o estudo de Fernandes (2014) identificou um único caso, sendo este na faixa etária  $\leq 30$  anos. E enfatizando o achado citológico mais grave e de maior frequência neste estudo, HSIL se mostrou mais prevalente na faixa etária de 45 a 60 anos, compatível ao resultado da referida autora já citada, Laganá et al. (2013), onde todas mulheres que foram identificadas com essa alteração eram da mesma faixa etária. Dificuldade de entendimento e aceitação por parte das mulheres, deficiência de infraestrutura, barreiras geográficas e logísticas relacionadas às dificuldades de acesso e a baixa inclusão das mulheres aos programas de prevenção do Câncer do Colo do Útero podem explicar a maior prevalência HSIL encontradas neste estudo. A presença desse tipo de lesão nesta faixa etária confirma a característica de lenta evolução do CCU, como relatado por diversos autores. E segundo o INCA (2006), conforme citado por Laganá et al. (2013), cerca de 70% das pacientes com esse tipo de alteração cervical apresentarão confirmação diagnóstica histopatológica e poderão ter diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor.

Existem altas evidências, relatadas em estudos, da relação ASC-H/HSIL e progressão para câncer cervical. Sabendo disso, a conduta recomendada para as mulheres quilombolas diagnosticadas com essas alterações é a de encaminhamento à unidade de referência para a realização da colposcopia (INCA, 2016).

## 8 CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos através deste estudo, os resultados apontam uma maior prevalência das lesões de alto grau.

A associação dos fatores de risco comportamentais com as anormalidades citológicas não apresentou resultado estatisticamente significativo. Porém, ao associarmos a idade com as alterações citopatológicas encontradas, observamos que foi estatisticamente significativa ( $p = 0,0001$ ) na faixa etária de 31 a 45 anos.

As mulheres identificadas com boa representatividade das amostras (contendo os três epitélios) prevaleceram no grupo das que foram diagnosticadas com anormalidades citológicas.

Este estudo contribui para um melhor entendimento da situação das mulheres de comunidades remanescentes de quilombos que vivem no interior do Estado do Maranhão, no que diz respeito a acesso ao serviço básico de saúde. Deste modo, faz-se necessário intensificar as ações do Programa de Controle e Rastreamento do Câncer do Colo do Útero na população estudada.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, V.M.S.L.; BARROS, M.B.A. Equidade no acesso ao exame de Papanicolaou: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. Campinas. **Rev Bras Epidemiol Suppl D.S.S.** 2014; 136-149.
- AZEVEDO, M.C.S. **Câncer do colo do útero: avaliação do rastreamento citopatológico e microbiológico em uma maternidade escola de Fortaleza, Ceará.** 2017. 77 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Medicina Tropical, Teresina, 2017.
- BLANKS, R.G. et al. Risk of cervical abnormality after age 50 in women with previously negative smears. **Br J Cancer.** 2009; 100(11): 1832-6.
- BOA SORTE, E.T. Conhecimento de mulheres quilombolas sobre o câncer do colo uterino. Salvador. **Rev. Baiana Enferm.** 2016; 30(1):325-334.
- BRASIL. Fundação Cultural Palmares. **Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs).** Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral-13-05-2019.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2019.
- BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**/Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro, 2019.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atlas de citopatologia ginecológica.** Rio de Janeiro, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. 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; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão para Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília, 2018.
- BRASIL. **Programa Nacional da Saúde Integral da População Negra.** Brasília, 2017. Disponível em: <<https://screening.iarc.fr/atlascyto.php?lang=4>>. Acesso em: 24 maio 2019.

CESTARI, M. et al. Necessidades de cuidados de mulheres infectadas pelo papilomavírus humano: uma abordagem compreensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 46, n. 2, p. 1082-1087, 2012.

DA SILVA, J.I. Fatores de risco associados ao desenvolvimento de alterações cervicouterinas em mulheres que realizam exame citopatológico. Pernambuco. **Arq. Ciênc. Saúde.** 2018; abr-jun: 25(2) 38-41.

DOS ANJOS, S.J.S.B. et al. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. **Rev Esc Enferm USP.** 2010; 44(4):912-20

DUARTE, S.J.H. Identificação de fatores de risco para câncer cervical em mulheres assistidas por equipe da Saúde da Família em Cuiabá, MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 2, n. 1, p. 208-223, 2011.

FEIJÓ, J.K.; CAVAGNOLLI, G. Prevalência de atipias de significado indeterminado e sua relação com o papilomavírus em uma população de Caxias do Sul. **RBAC.** 2018;50(2):144-8.

FERNANDES, E. **Avaliação do perfil das lesões intra-epiteliais escamosas em mulheres residentes no município de Guamaré-RN.** 2014. Monografia (Especialização) – Pós-Graduação Lato Sensu em Citologia Clínica. Centro de Capacitação Educacional. Instituto Nacional do Ensino Superior de Pesquisa. 2014.

FERNANDES, F. et al. Diagnóstico Citopatológico de ASC-US e ASC-H no Serviço Integrado Tecnológico em Citologia do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 2012; 58(3): 453-459.

FIGUEIREDO, A.C.C. **Caracterização imunocitoquímica da expressão da proteína RAP1 em blocos de células escamosas provenientes de citologia cervical em meio líquido.** 2015. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências/Área de concentração: Biologia Celular e Molecular) - Centro de Pesquisas René Rachou, Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Belo Horizonte, 2015.

FREITAS, D.A. et al. Saúde e Comunidades Quilombolas: uma revisão da literatura. São Paulo. **Rev. CEFAC.** 2011.

GAMARRA, C.J. et al. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. **Rev Panam Salud Pública.** 2010; 28(2):100–6.

GONÇALVES, M.C. **Fatores de risco associados às lesões precursoras do câncer do colo do útero na ilha de Santa Luzia-Sergipe.** 2008. 96 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes, Aracajú, 2008.

GONÇALVES, Z.R. et al. Lesões escamosas intra-epiteliais de baixo grau: conduta em mulheres adultas. **Revista Femina.** 2010; 38(7): 321-5.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde.** Rio de Janeiro, 2015.

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

LAGANÁ, M.T.C. et al. Alterações Citopatológicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Periodicidade dos Exames de Rastreamento em Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S.I.], 2013; 59(4):523-530.

LEAL, E.A.S. et al. Lesões Precursoras do Câncer de Colo em Mulheres Adolescentes e Adultas Jovens do Município de Rio Branco – Acre. **RBGO**. 2003; 25 (2): 81-86.

LIBERA, L.S.D. et al. Avaliação da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) em exames citopatológicos. Goiás. **RBAC**. 2016; 48(2):138-43

MARTÍNEZ, L.R. et al. Evolución de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado del cérvix (2012-2013). La Habana. **Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia**. 2017;43(4):1-12.

MELO, S.C.C.S. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. Porto Alegre. **Rev Gaúcha Enferm**. 2009; 30(4):602-8.

MELO, W.A. et al. Fatores associados a alterações do exame citopatológico cérvico-uterino no Sul do Brasil. Recife. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. 2017; 17 (4): 645-652.

MIN, K.-J. et al. Association Between Passive Smoking and the Risk of Cervical Intraepithelial Neoplasia 1 in Korean Women. **Journal of Epidemiology**, 2018; 28(1), 48–53.

OLIVEIRA, M.V. et al. Fatores associados a não realização de Papanicolaou em mulheres quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.I.], 2013; 19(11):4535-4544.

SANTOS, F.; PACHECO, A. Persistent inflammatory pap smears: there will be obligation to refer?. **Acta Obstet Ginecol Port**, [S.I.], 2018;12(1):28-35.

SANTOS, M.O. Incidência, Mortalidade e Morbidade Hospitalar por Câncer em Crianças, Adolescentes e Adultos Jovens no Brasil: Informações dos Registros de Câncer e do Sistema de Mortalidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S.I.], 2018; 64(3): 439-440.

SHIKARY, T. et al. Epidemiology and risk factors for human papillomavirus infection in a diverse sample of low-income young women. **Journal of Clinical Virology**. 2009; 10.1016.

TAVARES, N.C.M. et al. Perfil clínico, sexual e reprodutivo das mulheres que realizaram o exame Papanicolaou no ambulatório de uma faculdade em São Luís-MA. **R. Interd**. v. 10, n. 1, p. 129-138, jan. fev. mar. 2017.



TELES, C.C.G.D.; FERRARI, R. Aspectos reprodutivos associados às lesões precursoras para câncer de colo uterino. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. 2013; p.2045-2064.

VIEGAS, D.P.; VAR/GA, I.V.D. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. São Paulo. **Saúde Soc.** 2016; p.619-630.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Internacional Agency of Research on Cancer. Histopatologia e citopatologia do colo uterino - atlas digital. IARC CancerBase No. 8. 2004.

XAVIER-JÚNIOR, J.C.C. et al. Early Age at First Sexual Intercourse is Associated with Higher Prevalence of High-grade Squamous Intraepithelial Lesions (HSIL). Barretos. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2017; 39:80–85

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidada a participar, como voluntária, desta pesquisa, a qual tem a finalidade de analisar amostras citológicas para prevenção do câncer e detecção de microrganismos causadores de IST's, visando a profilaxia da infecção em mulheres quilombolas. No caso de você concordar em participar, favor assinar no final do documento. Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento, você poderá retirar seu consentimento. Sua recusa não terá nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisa. Você poderá receber uma cópia deste termo onde constam os telefones e endereços dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa a qualquer momento. Sendo assim, eu, Prof. Dr. José Eduardo Batista (pesquisador responsável), resolvi escrever um projeto de pesquisa tendo como objetivo encontrar os fatores relacionados às causas do câncer de colo de útero e infecção por microrganismos causadores de IST's em mulheres quilombolas na faixa etária de 15 a 75 anos. Sua participação é importante e nos ajudará a aprofundar nossos conhecimentos na prevenção do câncer do colo uterino. Não há risco e o desconforto será mínimo, permitindo a utilização de aparelhos ginecológicos descartáveis e adequados. Será realizada uma entrevista para coleta de dados demográficos para caracterizar os fatores relacionados ao câncer de colo uterino e tirar quaisquer dúvidas a fim de orientarmos a respeito da prevenção e tratamento precoce da doença. Não haverá nenhum ganho com sua participação, e também nenhum pagamento. Garantimos que suas informações pessoais, tais como nome e identidade, não serão divulgadas. Os dados serão colocados em pesquisas científicas, mantendo-se o sigilo, buscando uma melhoria na qualidade de vida. Se você se encontra suficientemente esclarecida e concorda em participar da pesquisa, assine abaixo:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



---

Assinatura da voluntária ou representante legal

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**1. Escolaridade**

Analfabeta ( )

Ensino Fundamental                      Completo ( )    Incompleto ( )

Ensino Médio                              Completo ( )    Incompleto ( )

Ensino Superior                          Completo ( )    Incompleto ( )

**2. Estado Civil**

Casada ( )                                  Divorciada ( )

União Consensual ( )                  Viúva ( )

Solteira ( )                                 Divorciada ( )

**3. Cor**

Negra ( )                                    Outras ( )

Parda ( )

Branca ( )

**4. Etilista**

Sim ( )                                      Não ( )

**5. Tabagista**

Sim ( )                                      Não ( )

**6. Idade da Menarca**

12 anos ou menos ( )                      14 anos ou + ( )

13 anos ( )

**7. N° de Gestações: \_\_\_\_\_**

Idade da 1ª Gestação

**8. Início de Atividade Sexual**

\_\_\_\_\_ anos

**9. N° de Filhos:**

1 ( )    4 ( )

2 ( )    5 ou + ( )

3 ( )

**10. N° de Parceiros sexuais**

1 ( )    4 ( )

2 ( )    5 ou + ( )

3 ( )

**11. N° de Parceiros sexuais**

- 1 ( )                      4 ( )  
2 ( )                      5 ou + ( )  
3 ( )

**12. Uso de Métodos Contraceptivos**

- Sim ( )  
Não ( )

**13. Frequência de Higiene Genital**

- 1 vez ( )  
2 vezes ( )  
3 ou + ( )

**14. O parceiro atual teve episódio de IST?**

- Sim ( )                      Qual? \_\_\_\_\_  
Não ( )  
Não sabe ( )

**15. Doenças Apresentadas**

- Hipertensão ( )  
Diabetes ( )  
Alergias ( )  
Outros ( )

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO UFMA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Alterações Citopatológicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis em Mulheres Quilombolas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios do litoral leste do Maranhão

**Pesquisador:** JOSÉ EDUARDO BATISTA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50010015.9.0000.5087

**Instituição Proponente:** CENTRO DE PESQUISA CLINICA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.502.349

#### Apresentação do Projeto:

O câncer do colo do útero permanece como problema de saúde pública no mundo; no Brasil, é o segundo tipo de câncer mais comum na população feminina, duas vezes mais frequente em países menos desenvolvidos em relação aos mais desenvolvidos<sup>1,2,3</sup>. A estimativa brasileira de casos novos, para o ano de 2012, foi de 17,49/100 mil mulheres; mas, na região nordeste, foi superior à média nacional, ocupando a segunda posição mais frequente: 18/100 mil. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou que no Brasil, para o ano 2014, ocorreriam 15.590 casos novos de câncer do colo do útero, com uma taxa bruta de 15,33 por 100.000 mulheres, ocupando o terceiro lugar geral no País. Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo útero é o mais incidente na região Norte (23,57 casos/100.000). É o segundo tipo de câncer mais frequente nas regiões Nordeste (18,79 casos/100 mil) e Centro Oeste (22,19 casos/100 mil). Na região Sudeste (10,15 casos/100 mil) é o quarto, e na região Sul (15,87 casos/100mil), o quinto mais incidente<sup>4</sup>. No Maranhão, segundo estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2012, foram registrados 780 novos casos, com taxa bruta de 23,60, sendo que na capital São Luís, foram detectados 210 casos, com uma taxa bruta de 37,87 por 100 mil mulheres. Segundo o (INCA) em 2014, a estimativa de casos para o Estado do Maranhão é de 880 com uma taxa bruta de 26,25, sendo que na capital São Luís são

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO UFMA



Continuação do Parecer: 1.502.349

esperados 200 casos com uma taxa bruta de 36,704. É a quarta causa de morte de mulheres por câncer no país, aumentando o risco conforme avança a idade, até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos, principalmente no estadiamento e, na maioria dos casos, do tipo histológico carcinoma, diminuindo a sobrevida, estimada, no Brasil, em 41% após cinco anos<sup>3,5,6</sup>. No nordeste, o câncer do colo do útero ocupa o segundo lugar como causa de morte, com mortalidade de 4,8 por 100 mil mulheres<sup>6,7</sup>. No entanto, observa-se, um declínio das tendências temporais da mortalidade pela doença; indicando que os programas de controle e detecção precoce desenvolvidos no país já mostram resultados, especialmente ao se levar em conta que o nordeste é a região brasileira com a mais baixa renda per capita e o maior nível de pobreza<sup>6</sup>. É consenso mundial que se trata de doença com alterações intraepiteliais cervicais de aspectos evolutivos lentos e etapas bem conhecidas, podendo progredir para o estágio invasivo ao longo de 10 a 20 anos, especialmente para o carcinoma epidermoide e o adenocarcinoma. Na fase mais avançada, evolui com secreção anormal, sangramento após relação sexual ou sangramento irregular, apesar de permitir a detecção precoce por meio do exame citopatológico do material colhido na porção endocervical e ectocervical, também é útil na sugestão da presença de agentes patogênicos como *Candida sp*, *Trichomona vaginalis*, entre outros<sup>1,7,8,9,10</sup>. No Brasil, desde 1940, há registros de iniciativas para o controle do câncer no país, entretanto, a partir dos anos 1980, o controle do câncer do colo do útero se fortaleceu com a criação do Programa de assistência integral a saúde da Mulher (PAISM/1986); o Programa de oncologia (PRO-ONCO/1987); a criação do sistema único de saúde (SUS/1988); a regulamentação da lei orgânica da saúde/1990; a implantação da estratégia saúde da Família (ESF/1994); o Programa Viva Mulher/1997 e o Programa nacional de combate ao câncer do colo do útero/1998. Essas políticas instituíram a prevenção do câncer do colo do útero por meio do exame citopatológico; ampliaram a oferta dos exames em todos os estados do país; reorientaram o sistema de saúde para a atenção Básica; fortaleceram a prevenção como uma das ações básicas na assistência à saúde da mulher; contribuíram para a criação de protocolos de padronização da coleta de material cervical, seguimento e condutas frente a cada tipo de alteração cervical, incluindo a cirurgia de alta frequência (CAF) para tratamento das lesões pré-invasoras. A priorização do controle desse câncer na agenda da saúde foi reafirmada na Política nacional de atenção oncológica, em 2005, bem como se constitui como uma das prioridades do Pacto pela Vida, desde 2006<sup>1</sup>. No entanto, apesar da incorporação de estratégias políticas para o controle da doença, os atuais desafios ainda são garantir a qualidade das ações de rastreamento e de seguimento para reduzir a mortalidade

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.502.349

com ações programadas de prevenção inerentes às equipes de saúde da família, com população e periodicidade definidas<sup>1,11,12</sup>. Na literatura brasileira e no Maranhão, são escassos os dados sobre a saúde das comunidades quilombolas, principalmente a prevalência das anormalidades citológicas e do câncer do colo do útero. Sobressalta-se, assim, a importância de se estabelecer pesquisas envolvendo esse grupo social, uma vez que se observa uma disparidade na atenção à saúde desta população quando comparada à população de modo geral. Estudos<sup>9,13,14</sup> com percentuais elevados de mulheres com câncer do colo do útero mostram que elas nunca tinham ouvido falar do exame colpocitológico, não sabiam que era para detectar câncer e tinham feito o último há mais de três anos ou nunca o haviam feito; que a procura pelo serviço, tanto de mulheres com NIC como daquelas com câncer invasivo, foi determinada pela presença de sintomas.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Detectar as características sócio/demográficas da população quilombola em estudo. - Identificar a frequência de alterações cervicais e de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) de mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde (UBS) nos Quilombos do Maranhão.

Objetivo Secundário:

Avaliar os fatores de risco associados às infecções por DSTs e anormalidades citológicas em mulheres quilombolas.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos e o desconforto serão os mínimos, permitindo a utilização de aparelhos ginecológicos "speculos" esterilizados, descartáveis e adequados. E será tomada as seguintes precauções "Na colocação do "espécuro", você poderá sentir um desconforto leve, como se fosse uma ligeira pressão dentro da vagina, mas o aparelho não irá lhe machucar. O material será coletado no seu colo do útero, raspando-se com uma espátula de Ayres e escova para coleta do canal endocervical a ser colocado em lamina, seguido de coloração para exame de Papanicolaou".

Benefícios:

Nós poderemos oferecer a você mais informações sobre o câncer do colo do útero e tirar quaisquer dúvidas, a fim de orientar no tratamento precoce. Se depois de consentir em sua participação, e a Sr<sup>a</sup> desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados,

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040

UF: MA Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO UFMA



Continuação do Parecer: 1.502.349

independente do motivo e sem prejuízo a sua pessoa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresentação todos os itens necessário para o seu bom desenvolvimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatórias foram apresentados estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Recomendações:**

Não existem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pelo pesquisador e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_580026.pdf	26/01/2016 00:01:19		Aceito
Outros	Resposta_ao_Parecer.pdf	17/12/2015 11:18:16	JOSÉ EDUARDO BATISTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Delhado_Brochura_Investigador.pdf	17/12/2015 10:39:11	JOSÉ EDUARDO BATISTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/12/2015 10:36:24	JOSÉ EDUARDO BATISTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Delhado_Brochura_Investigador.docx	17/12/2015 10:24:58	JOSÉ EDUARDO BATISTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto.pdf	17/09/2015 11:15:55	JOSÉ EDUARDO BATISTA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética

CEP: 65.080-040

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO UFMA



Continuação do Parecer: 1.502.349

SAO LUIS, 12 de Abril de 2016

---

**Assinado por:**  
**FRANCISCO NAVARRO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética      **CEP:** 65.080-040

**UF:** MA      **Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)3272-8708

**Fax:** (98)3272-8708

**E-mail:** cepufma@ufma.br