**Avaliação da prevalência das vulvovaginites e das alterações cérvico-uterinas na cobertura dos exames citológicos**

***Assessment of the prevalence of vulvovaginitis and changes in uterine cervical exams coverage citotológicos***

***Evaluación de laprevalencia de lavulvovaginitis y cambiosen uterinos citotológicoscervicalesexámenes de cobertura***

**RESUMO**

Avaliar a cobertura dos exames citopatológicos do colo do útero, a prevalência das vulvovaginites e das alterações cérvico-uterinas.Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo da série histórica de 2007 a 2011, do município de Jaçanã-RN, com mulheres de 10 a 84 anos, atendidas na Atenção Primária.Foram coletados 3861 resultados de exames pelos livros de registro de exames citopatológicos e a análise dos dados se deu por meio da estatística descritiva.Observou-se que apenas nos anos de 2007 e 2009, esse município teve suas metas superiores a 1/3 das mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos; na microbiologia, os resultados apresentaram 4,45% para *cândida* e de 12,74% para a *gardenerella*. Do vírus HPV foi obtido um percentual de 2,12%, e de alterações cérvico-uterinas: NIC I 2,02% e NIC II e III 0,23%. Contudo, esforços precisam realizados para proporcionar maior efetividade no controle deste câncer.

**DESCRITORES:** Neoplasias do Colo de Útero; Atenção Primária à Saúde; Técnicas de Diagnóstico Obstétrico e Ginecológico, Enfermagem em Saúde Comunitária.

***ABSTRACT***

*Evaluate the coverage of cervical screening cervical, the prevalence of vulvovaginitis and cervical-uterine changes. This is a cross-sectional retrospective study of the historical series from 2007 to 2011, the city of Jacana-RN with women 10-84 years old, attended in Primary Care. 3861 test results were collected by the registry of cytopathology and data analysis was done through descriptive statistics. It was observed that only in the years 2007 and 2009, the municipality had their top goals to one third of women aged 25-64 years; in microbiology, the results showed 4.45% candida and 12.74% for gardenerella. HPV virus was obtained from a percentage of 2.12%, and cervical-uterine changes: CIN I and CIN 2.02% 0.23% II and III. However, efforts must be made ​​to provide greater effectiveness in controlling this cancer.*

***DESCRIPTORS:*** *Uterine Cervical Neoplams; Primary Health Care; Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological, Community Health Nursing.*

**RESUMEN**

*Evaluarla cobertura de tamizaje cervical delcuello uterino, laprevalencia de vulvovaginitis y cambioscervicales uterinas. Se trata de unestudio retrospectivo de corte transversal de la serie histórica 2007-2011, laciudad de Jacana-RN conlasmujeres 10 a 84 años de edad, atendidos enAtención Primaria. 3861 resultados de lapruebafueronrecogidos por el registro de lacitopatología y análisis de datos se realizó a través de la estadística descriptiva. Se observó que sóloenlosaños 2007 y 2009, elmunicipiotenía sus principales objetivos a un tercio de lasmujeres de 25 a 64 años; enmicrobiología, los resultados mostraron 4.45% candida y 12,74% para Gardenerella. Virus HPV se obtuvo a partir de unporcentajedel 2,12%, y loscambioscervicales uterinas: NIC I y NIC 2.02% 0.23% II y III. Sin embargo, se debenhaceresfuerzos para proporcionar una mayoreficaciaenelcontrol de este tipo de cáncer.*

***DESCRIPTORES:*** *Neoplasias del Cuello Uterino; Atención Primaria de Salud; Técnicas de Diagnóstico Obstétrico y Ginecológico, Enfermería em Salud Comunitaria.*

**INTRODUÇÃO**

No Brasil, a neoplasia maligna do colo de útero, apesar de apresentar bom potencial de prevenção, ter evolução lenta, os fatores de risco ser identificáveis e as tecnologias serem reconhecidamente eficazes na detecção precoce da doença e cura quando diagnosticado precocemente, (1) em 2009, esta neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres (5.063 óbitos). É considerada elevada a taxa de incidência estimada e de mortalidade no Brasil, quando comparado com os países europeus, Estado Unidos, Japão e Austrália que possuem programas de detecção precoces bem estruturados. (2)

No mundo, segundo a OMS, 2008, o câncer do colo do útero também ocupa o terceiro lugar no ranking do tipo de câncer mais comum entre as mulheres com aproximadamente 530 mil casos novos por ano, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (2).

Em 1998, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, visando à realização do exame citopatológico em todas as mulheres com vida sexual ativa de tal forma que após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos um novo exame fosse realizado, assim como busca ativa das mulheres alvo, coleta do exame citopatológico do colo uterino e tratamento dos casos positivos de forma equitativa (3).

De acordo com a Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009, o Ministério da saúde estabelece como prioridades no pacto pela vidapara o biênio 2010 – 2011o Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama e como indicadores a razão entre exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual, em determinado local e ano; e o percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais de alto grau do colo do útero(3,4).

A prevenção primária do câncer do colo do útero deve ser feita com a adoção de barreiras para evitar a aquisição do principal agente etiológico, o HPV, com o estímulo ao sexo seguro. A secundária através da detecção precoce do câncer ou de suas lesões precursoras, com o exame citopatológico (Papanicolaou), pois este é um método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo que torna possível a detecção de lesões precursoras e de formas iniciais (5).

O papel da enfermagem no controle desse câncer vai desde o acolhimento desta mulher na Unidade Básica de Saúde, conhecimento da anatomia do útero, da técnica correta da coleta de citologia oncótica, no rastreamento, consulta de enfermagem, tratamento e/ou seguimento de acordo com protocolos do Ministério da Saúde (5).

A escolha do tema desse estudo surgiu da inquietação sobre a cobertura do exame citopatológico, no município de Jaçanã-RN, no qual trabalho, assim como, quais DST’s mais acometiam as mulheres e o percentual destas que realizaram a coleta nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município, com a finalidade de buscar ao final desse trabalho embasamentos e para adoção de estratégias que favoreçam a adesão das mulheres à realização do exame.

Desse modo, o estudo é norteado pela questão: qual a cobertura dos exames citopatológicos realizados, a prevalência das vulvovaginites e das alterações cérvico-uterinas, nas mulheres de 10 a 84 anos, pelos exames de colpocitologia oncótica colhidos nas Unidades de Saúde da Família?

Diante disso, espera-se estimar o impacto das ações apreendidas pela equipe, avaliar se as metas estão sendo atingidas, contribuindo para implantação de estratégias que busquem melhorar a adesão das mulheres ao exame e a sua cobertura, assim como contribuir com conhecimentos teóricos, práticos e científicos entre outros enfermeiros e demais profissionais de saúde, contribuindo com a melhoria da funcionalidade e qualidade do serviço com vistas o controle do câncer do colo do útero.

**MATERIAIS E MÉTODOS**

O suporte teórico desse estudo utilizou o desenho exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, de cunho transversal e retrospectivo da série histórica de 2007 a 2011, realizado no munícipio de Jaçanã, Estado do Rio Grande do Norte. A serie histórica foi escolhida de 2007 a 2011 em virtude de ser o período em que havia arquivo dos livros de registros, com coleta e resultados dos exames citológicos nas três Equipes de Saúde da Família, no período da coleta de dados, de agosto a setembro de 2013. Este estudo se trata de um recorte da pesquisa intitulada *Cobertura de exames citopatológicos: perfil epidemiológico e avaliação do seguimento clínico e terapêutico nas mulheres.*

Para identificação da cobertura do exame por faixa etária foram encontradas algumas dificuldades a respeito da população estimada para o cálculo da cobertura do exame. O cadastro populacional do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) é discordante da população estimada pelo IBGE. Diante disso optou-se pela última, pois é usada comumente nos cálculos de cobertura nas diversas campanhas brasileiras de saúde. Outra dificuldade foi a de se conhecer a frequência e a periodicidade da realização do exame de cada mulher, tendo em vista que o próprio resultado e a idade da mulher podem aumentar ou diminuir os intervalos das coletas.

Segundo o censo de 2010, o município tem como população 7.925 habitantes, distribuídas em uma área de 55km². Dessa população 3303 são mulheres de 10 a 84 anos, cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (6).

O município de Jaçanã possui três Unidades Básicas de Saúde da Família, onde nas UBS-Prefeito José Pereira da Silva e UBS-Severina Medeiros Dantas o atendimento para a realização do exame citológico é de demanda agendada na unidade e na UBS- Pedro Porfírio da Silva o atendimento é marcado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A data do retorno é agendada pelos ACS após a chegada dos resultados do laboratório de citopatologia, localizado no município de Santa Cruz-RN. No serviço em questão apenas enfermeiros realizam a coleta do exame citológico.

A coleta de dados foi realizada respeitando as etapas: 1) contato com a secretaria de saúde da cidade para informação da realização do estudo; 2) conhecimento da quantidade de mulheres de 10 a 84 anos cadastradas nas Unidades de Saúde da Família para seleção da amostra; 3) coleta de dados pelo livro de registros de exames citopatológicos realizados nas equipes de Atenção Básica.

Em seguida, os 3861 resultados de exames citopatológicos registrados foram tabulados no excel e analisados por meio de estatísticas descritivas e apresentados em forma de tabelas que mostram a frequência dos dados, cruzamentode variáveis como o ano da realização dos exames; número de mulheres, por faixas etárias existentes no município; número de exames realizados, e os principais resultados encontrados sobre as vulvovaginites e as alterações cérvico-uterinas.

Antes de iniciar a coleta de dados o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para fins de apreciação e aprovação, em consonância com os aspectos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, com parecer favorável do comitê de ética: nº 313.430.(7)

**RESULTADOS**

**TABELA 1 - Número de Exames Citopatológicos do Colo do Útero realizados por Equipe de Saúde da Família, no período de 2007-2011, em Jaçanã, Rio Grande do Norte, 2012.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ANO/EQUIPE | UBS-PPS | UBS-SMD | UBS-PJPS | TOTAL ANUAL |
| 2007 | 258 | 370 | 323 | 951 |
| 2008 | 237 | 291 | 216 | 744 |
| 2009 | 319 | 236 | 210 | 765 |
| 2010 | 267 | 233 | 221 | 721 |
| 2011 | 268 | 192 | 220 | 680 |
| TOTAL EQUIPE | 1349 | 1322 | 1190 | 3861 |

**Fonte: Livro de Registro de exames citopatológicos – Jaçanã/RN. Legenda: UBS-PPS: Unidade Básica de Saúde da Família Pedro Porfírio da Silva, UBS-SMD: Unidade Básica de Saúde da Família Severina Medeiros Dantas, UBS-PJPS Unidade Básica de Saúde da Família Prefeito José Pereira da Silva.**

A UBS-PPS na série histórica em estudo apresentou à média de 269 coletas e resultados de exames, com aumento de 237 em 2008 para 319 em 2009 e deste redução de 319 para 268 em 2011, a UBS-SMD teve média de 264 coletas e resultados de exames e redução de 370 em 2007 para 192 em 2011e a UBS-PJPS obteve a média de 238 com redução de 323 para 220.

**TABELA 2 – Distribuição dos exames citopatológicos por faixa etária feminina segundo o número de exames realizados, a população geral feminina e a cobertura do exame 2007-2011. Jaçanã, Rio Grande do Norte, 2012.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FAIXA ETÁRIA | | 10 a 24 anos | 25 a 64 anos | 65 anos e mais |
|  | | | | |
| 2007 | Exames realizados | 199 | 723 | 29 |
| População | 759 | 1755 | 471 |
| Cobertura | 26,20% | 41,19% | 6,10% |
|  | | | | |
| 2008 | Exames realizados | 166 | 543 | 34 |
| População | 759 | 1755 | 471 |
| Cobertura | 21,87% | 30,90% | 7,20% |
|  | | | | |
| 2009 | Exames realizados | 145 | 601 | 18 |
| População | 759 | 1755 | 471 |
| Cobertura | 19,10% | 34,20% | 3,80% |
|  | | | | |
| 2010 | Exames realizados | 151 | 551 | 19 |
| População | 759 | 1755 | 471 |
| Cobertura | 19,80% | 31,30% | 4% |
|  | | | | |
| 2011 | Exames realizados | 133 | 523 | 24 |
| População | 759 | 1755 | 471 |
| Cobertura | 17,50% | 29,80% | 5% |

**Fonte: Livro de Registro de exames citopatológicos – Jaçanã/RN.**

Na tabela 2, observa-se que nosanos de 2007 e 2009, esse município teve suas metas superiores a 1/3 das mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos e com cobertura de 2007 a 2011 de aproximadamente 20% das mulheres na faixa de 10 a 24 anos.

**Tabela 3 -Distribuição anual dos resultados de exame citopatológicos segundo a microbiologia causadora de inflamação/infecção, 2007-2011, em Jaçanã, Rio Grande do Norte, 2012.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Resultado Microbiológico /ano | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | TOTAL |
| Frequência-porcentagem | f-% | f-% | f-% | f-% | f-% | f-% |
| Candidasp | 24-2,5% | 24-3,2% | 47-6,1% | 41-5,6% | 36-5,3% | 172-4,45% |
| Gardnerellavaginallis | 104-11% | 70-9,4% | 107-14% | 113-15,6% | 98-14,4% | 492-12,7% |
| Trichomonasvaginalis | 31-3,2% | 19-2,5% | 18-2,3% | 20-2,7% | 8-1,1% | 96-2,48% |
| Chlamídia | 2-0,2% | 1-0,1% | 3-0,3% | 4-0,5% | 3-0,4~~%~~ | 13-0,33% |

**Fonte: Livro de Registro de exames citopatológicos – Jaçanã/RN.**

Na tabela 3, a série histórica de 2007 a 2011, apresentou o prevalência de 4,45% para cândida sp, 12,7% gardnerellavaginallis, 2,48% trichomasvaginalis e 0,33% chlamídia.

**Tabela 4 – Distribuição anual dos exames citopatológicoscom citopatologiaalterada, no período de 2007- 2011, em Jaçanã, Rio Grande do Norte, 2012.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Resultado Citopatológico | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Total |
| HPV | 10-1,05% | 19-2,55% | 35-4,57% | 8-1,10% | 10-1,47% | 82-2,12% |
| NIC I | 10-1,05% | 19-2,55% | 35-4,57% | 4 | 10-1,47% | 78-2,02% |
| NIC II e III | 5-052% | 2-0,26% | 2-0,26% | 0-0% | 0-0% | 9-0,23% |

**Fonte: Livro de Registro de exames citopatológicos – Jaçanã/RN.**

Na tabela 4, observa-se que a série histórica de 2007 a 2011, apresentou 82 resultados com HPV, com prevalência de 2,12%, destes 78 associados aos NIC I, com prevalência de de 2,02%. E para NIC II e III prevalência de 0,23%.

**DISCUSSÃO**

Na UBS-PPS observa-se uma média anual de 269 exames coletados e com resultados, com um aumento de 82 exames de 2008 para 2009. Já na UBS-PJPS observa-se uma diminuição de 107 examesde 2007 para 2008 permanecendo nos anos seguintes com o número de coletas com discretas oscilações numéricas e média de 238 nos cinco anos em estudo, podendo esse fato estarrelacionado à rotatividade de enfermeiros nessa referida unidade e conseqüentemente carência de vínculo das mulheres com o profissional de saúde, mostrando que apesar do programa de prevenção de câncer de colo do útero estar estruturado quanto ao fluxo de atendimento, ainda representa grandes desafios no sentido de proporcionar maior efetividade (8).

Já UBS-SMD apresentou declínio de coleta e resultados de exames ao decorrer de todo o período estudado, podendo estar relacionado à menor aceitabilidade, do enfermeiro, por parte das mulheres por ser um profissional do sexo masculino, devido aos sentimentos de vergonha, timidez econstrangimento das pacientes pela exposição da intimidade e preconceito por parte dos parceiros, dentre outros fatores(9-10).

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico, este deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. O programa prioriza essa faixa etária como a população-alvo por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer, pois antes dos 25 anos prevalecem às infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. E após os 65 anos se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução (4).

O Brasil foi um dos países precursores na utilização da citologia oncótica, porém sua cobertura ainda é inferior à necessária para causar impacto nos indicadores de morbidade e mortalidade por câncer cérvicouterino (11). Avaliando a tabela 2, pode-se observar que em 2008, 2010 e 2011 a cobertura na faixa etária de risco se aproximou de 1/3 da população feminina do município, estimada pelo IBGE, e apenas em 2007 e 2009 a cobertura foi maior que 1/3 da população de acordo com o teto anual de realização do exame, preconizado pelo ministério da saúde.

Além das mulheres da faixa etária preconizada pelo ministério da saúde, mulheres de outras idades que não estão na faixa de risco realizaram o exame, dando uma cobertura de aproximadamente 20% de 2007 a 2011 na faixa de 10 a 24 anos e de 5% na faixa de 65 anos e mais, pois na prática assistencial, a anamnese bem realizada e a escuta atenta para reconhecimento dos fatores de risco envolvidos e do histórico assistencial da mulher são fundamentais para a indicação do exame citológico, tendo em vista que a atividade sexual está sendo iniciada mais precocemente (4).

Em relação aos resultados microbiológicos dos exames citológico realizados no período em estudo foram encontrados os seguintes achados na tabela 3.   
 A *cândida sp* é um fungo que habita a flora vaginal normal da mulher que quando ultrapassa a quantidade de outros micoorganismos, tais como, lactobacilos sp, cocos em situações de risco como condições associadas com alto nível de estrogênio, como contraceptivos orais e gravidez, diabetes *mellitus*, terapia com corticosteróides ou antibióticos de amplo espectro e infecção pelo HIV, passa a ser uma infecção, chamada candidíase, podendo ser transmitida sexualmente, porém não é sua principal via de transmissão(11).

Os sinais e sintomas mais comuns da candidíase são prurido vulvar, presença de corrimento branco grumoso, hiperemia e edema vulvar (10). Mais de 50% das mulheres são acometidas pela candidíase vulvovaginal pelo menos uma vez na vida (12).E nesse estudo a cândida sp apresentou um percentual de 4,45% do totaldos resultados (3861) dos exames realizados em Jaçanã-RN, no período de 2007 a 2011.

Os resultados sugerem que o exame citológico, embora não seja o seu principal objetivo, tem boa sensibilidade para o diagnóstico de *gardnerella vaginalis* isoladamente ou associada com o *mobiluncus*, apresentando nesse estudo um percentual de 12,74%,do total dos resultados (3861) dos exames realizados(13).

O protozoário, *Trichomonasvaginalis* é o agente etiológico da DST não viral mais comum no mundo. Segundo a OMS, as taxas de prevalência da tricomoníase entre mulheres de países em desenvolvimento chegam a 15% ou mais.(14) Nos últimos cinco anos em Jaçanã-RN apresentaram 2,48% dos resultados de citológicos, corroborado pelo estudo do biênio 2004-2005 no Sergipe, em que apresentou prevalência de 3,47.(15)

Na DST causada pela *Chlamídia*, uma bactéria gran negativa, a infecção em geral se manifesta de forma assintomática, apresentando raramente leucorréia, comum em outras infecções sexualmente transmissíveis. No entanto, nesse estudo foi encontrado um percentual de 0,33% dentre todos os resultados de 2007 a 2011 realizados pelo SUS em Jaçanã-RN. Como consequências dessa infecção silenciosa, pode-se citar a DIP (Doença Inflamatória Pélvica), a gestação ectópica e a endometrite pós-parto, representando-se como uma causa importante de morbidade perinatal, que pode ser fácil e adequadamente tratada por meio de antibióticos durante a gravidez (16).

Estudos mostram que a infecção pelo *Papilomavírus humano* (HPV) é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino, sendo os tipos 16 e 18 os mais encontrados nos casos de câncer cervical (17-18).

A infecção pelo HPV é comum, porém muitas infecções são transitórias e se resolvem espontaneamente. Ou seja, quando a infecção é causada pelos tipos 6, 11, 42, 43 e 44 do vírus HPV,estão associados às infecções benignas do trato genital como o condiloma acuminado, com o aparecimento de verrugas na vulva, no colo uterino, na vagina, no pênis, no escroto, na uretra e no ânus, ou associa-se também as Lesões intra-epiteliais – LIE - de baixo grau (NIC I)(5,18). Portanto, através das tabelas 4, percebe-se que dos 82 casos de HPV diagnosticados pela citologia oncótica, realizadas de 2007 a 2011, 78 apresentaram NIC I associado ao HPV, ou seja, dos 3861 resultados de citologia oncótica analisados obteveprevalência de 2,12% foi do vírus HPV e 2,02% foi de NIC I. No estudo de Ayere; Silva, 2010, a prevalência geral de infecção do colo do útero pelo HPV, através de técnicas moleculares e captura híbrida variou entre 13,7% e 54,3%, e para as mulheres com citologia normal, variou entre 10,4% e 24,5% (19).

Alguns fatores determinam a persistência da infecção pelo HPV, e sua progressão para neoplasias intraepiteliais de alto grau (NIC II e III),tais como os tipos virais 16 e 18; os co-fatores, como a infecção genital pela *Chlamídia*; o estado imunológico e o tabagismo.Desta forma, das citologias oncóticas realizadas de 2007 a 2011 se observou a ocorrência de 9 casos de NIC II e III, onde essas mulheres são consideradas prioridades como população-alvo do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero do ministério da saúde por ser passível de tratamento, impedindo a progressão para o câncer(4,5, 18).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com os objetivos desse estudo verificou-se que de 2007 a 2011 apenas nos anos de 2007 e 2009 o município de Jaçanã-RN teve suas metas superiores a 1/3 das mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos, mostrando que apesar da existência do programa de prevenção do câncer de colo do útero, ainda representa grandes desafios no sentido de proporcionar maior efetividade no controle deste câncer.

Portanto, se faz necessário o empenho da gestão, profissionais de saúde e da população em geral para que as mulheres das faixas etárias de risco, estabelecidas pelo ministério, adiram ao exame preventivo. Através de busca ativa pela equipe de saúde da família; como também atividades educativas quanto à importância do exame citológico; desmistificação dos medos e mitos.

Na microbiologia pode-se perceber em relação aos microorganismos que habitam a flora vaginal, a *cândida sp* e a *gardenerellavaginallis/mobilluncus,* queembora não seja o principal objetivo do citológicoteve boa sensibilidade para esses diagnósticos,com um percentual de 4,45% e 12,74% respectivamente, confirmando muitas vezes a sintomatologia clínica da mulher.

Nas Infecções Sexualmente Transmissíveis tais como tricomoníase, clamídia e o vírus HPV foram obtidos de 2007 a 2011 os seguintes percentuais, respectivamente: 2,48%; 0,33%; 2,12%. O que se faz necessárias atividades de educação em saúde com relação ao sexo seguro, ao uso do preservativo e os riscos de se ter múltiplos parceiros para minimizar cada vez mais esses percentuais.

Com relação as Neoplasias de intra-epiteliais de baixo grau (I) e as de alto grau (II e II) foi obtido, dos 3861 resultados de citologia oncótica analisados, a prevalência de 2,02% e 0,23% respectivamente, sendo essas mulheres consideradas a população-alvo no controle do câncer do colo do úteropor ser passível de tratamento, impedindo a progressão para o câncer invasivo.

**REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: 2013.

2. World Health Organization(WHO). Internationalagency for researchoncancer. Globocan 2008. Lyon: WHO, 2008.

3. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: 2011.

4. Ministério da Saúde (BR). Portaria G.M. nº 2.669, de 3 de novembro de 2009 que estabelece asprioridades do Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida, para o biênio 2010 – 2011. Brasília: 2009.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: 2013.

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticav(IBGE). Estimativas populacionais para os municípios brasileiros. Brasília: 2010.

7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 23 de dezembro de 2013. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): 2013.

8.ALBUQUERQUE ZBP. Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2011; 13(2):239-49.

9. FERREIRA MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres.Revista de EnfermagemEscola Anna Nery.2009; 13(2):378-384.

10. Silva SR, Silveira CF, Gregório CCM. Motivos alegados para a não realização do exame de papanicolauou, segundo mulheres em tratamento quimioterápico contra o câncer do colo uterino. REME rev. min. Enferm. 2012 out/dez; 16(4):579-587.

11.CostaMC, Bornhausen-Demarch E, Azulay DR, Périssé ARS, Dias MFRG, Nery JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades.AnBrasDermatol. 2010;85(6):767-785.

12. Thuler LCS. Mortalidade por Câncer do colo do útero no Brasil. Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia. 2008, 30(5):216-218.

13. Oliveira AB,França CAS, Santos TB, Garcia MAF, Tsutsumi MY,Brito LCJ. Prevalência de gardnerella e mobiluncus em exames de colpocitologia em Tome-Açu, Pará. Revista Paraense de Medicina. 2007; 21(4):47-51.

14. Schmid G. Trichomoniasistreatment in women: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library.Geneva: World Health Organization:2014.

15. Almeida MS, Argôlo DS, Júnio JSA, Pinheiro MS, Brito AMG. Tricomoníase: prevalência no gênero feminino em Sergipe no biênio 2004-2005.Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(1):1417-1421.

16. CARVALHO NS, PEGORARO MG, TAKIMURA M. Prevalência da Infecção por *Chlamydiatrachomatis*em Parturientes Jovens Atendidas em uma Maternidade Pública.DST j. bras. Doenças sex. transm; 2010; 22(3):141-144.

17.Saslow D,Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. American Society for Clinical Pathology. 2012; 137(4):516-542.

18. Cruz FJ,Melo VH. Fatores associados à persistência da infecção pelo HPV na cérvice uterina. FEMINA. 2010, 38(8):423-427.

19. Ayres ARG, Silva GA. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. Rev Saúde Pública 2010;44(5):963-74