



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANÁLISES CLÍNICAS
PROFISSIONALIZANTE

MIHOKO YAMAMOTO TSUTSUMI

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO CÂNCER DE COLO
UTERINO EM MULHERES DO ARQUIPÉLAGO DO MARAJÓ, ESTADO DO
PARÁ, AMAZÔNIA, BRASIL**

BELÉM
2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANÁLISES CLÍNICAS
PROFISSIONALIZANTE

MIHOKO YAMAMOTO TSUTSUMI

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO CÂNCER DE COLO
UTERINO EM MULHERES DO ARQUIPÉLAGO DO MARAJÓ, ESTADO DO
PARÁ, AMAZÔNIA, BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Análises
Clínicas Profissionalizante, do Instituto de
Ciências Biológicas, da Universidade
Federal do Pará.

Orientadora: Profa. Dra. Máisa Silva de
Sousa.

BELÉM
2016

ARTIGO

TÍTULO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES DO ARQUIPÉLAGO DO MARAJÓ, ESTADO DO PARÁ, AMAZÔNIA, BRASIL

RESUMO

JUSTIFICATIVA: O Câncer de Colo de Útero (CCU) se destaca como o mais incidente e com elevada mortalidade em mulheres da região Norte do Brasil, apesar de possuir um grande potencial de prevenção. As dificuldades sócio-geográficas das comunidades do interior da Amazônia podem levar à subnotificação dos indicadores de saúde, necessitando de estudos que estimem a real ocorrência de CCU nessas comunidades. **METODOLOGIA:** Entre março de 2013 e fevereiro de 2015 foram realizados exames de Papanicolaou e a coleta de informações sócio-epidemiológicas de 405 mulheres residentes em quatro municípios do arquipélago do Marajó, estado do Pará, Brasil. **RESULTADOS:** A média de idade das 405 mulheres investigadas foi de 40,5 anos, das quais 77% estavam entre 25 e 64 anos. Foi sugerida a ocorrência de CCU em 1,7% (7/405) das mulheres, as quais tinham entre 31 e 71 anos, com média, 47,5 anos, além de média de 1,7 parceiros sexuais na vida. A razão entre os resultados de HSIL e carcinoma invasor foi de 2,6 casos. A ocorrência de CCU se destacou em mulheres que não faziam uso de anticoncepcional (3,2%; 7/217; $p=0,0165$), naquelas sem o ensino fundamental completo (2,8%; 7/252; $p=0,0481$) e nas que se declararam trabalhadoras do lar (3,3%; 7/215; $p=0,0219$). **CONCLUSÃO:** Observou-se que a ocorrência de CCU em comunidades do interior da Amazônia está sendo subestimada e que as ações do programa de prevenção deste câncer são mais deficientes que as da própria região Norte, a qual possui o quadro mais preocupante do Brasil.

Palavras Chaves: Neoplasias do Colo do Útero, Prevenção Secundária, Medicina Preventiva.

ABSTRACT

BACKGROUND: Cervical cancer stands as the highest incidence and high mortality in women of northern Brazil, despite having great potential for prevention. The socio-geographical difficulties of the Amazon rural communities can lead to underreporting of health indicators, requiring studies to estimate the prevalence of cervical cancer in these

communities. **METHODS:** Between March 2013 and February 2015 were conducted tests Papanicolaou, as well as socio-epidemiological information of 405 women living in four municipalities of the Marajó archipelago, Pará State, Brazil. **RESULTS:** The mean age of the 405 women surveyed was 40.5 years, of which 77% were between 25 and 64 years. Cervical cancer results were suggested in 1.7% (7/405) of the women, who were between 31 and 71 years, mean 47.5 years, and average of 1.7 sexual partners in life. Uterine cancer stood out in women who do not use birth control (3.2%; 7/217; $p = 0.0165$) in those without complete primary education (2.8%; 7/252; $p = 0, 0481$) and in which said domestic workers (3.3%; 7/215; $p = 0.0219$). The ratio of HSIL and invasive carcinoma was 2.6 cases. **CONCLUSION:** It was observed that the incidence of cervical cancer in the Amazon rural communities is being underestimated and that the actions of the prevention program are more deficient than their own northern region, which has the most worrying situation in Brazil.

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms, Secondary Prevention, Preventive Medicine.

INTRODUÇÃO

O aumento da sobrevida da população associado às mudanças do estilo de vida, com a exposição cada vez maior aos fatores ambientais próprios do mundo contemporâneo, apontam para o câncer como um importante problema de saúde pública, devido suas taxas crescentes de morbimortalidade. De acordo com estimativas mundiais, a incidência do câncer continuará aumentando, tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos, caso medidas preventivas não forem amplamente aplicadas (FERLAY *et al.*, 2015).

O câncer de colo de útero (CCU), também conhecido como câncer cervical ou câncer cérvico-uterino, ainda é um dos três mais frequentes em mulheres de países em desenvolvimento, enquanto que, em países desenvolvidos o câncer de cólon e reto ocupa esta posição, juntamente com mama e pulmão. Na estimativa brasileira de câncer para o biênio 2016-2017, o CCU se apresenta como o terceiro mais incidente entre as mulheres (mais de 16.340 novos casos), sem considerar os casos de câncer de pele não melanoma. Neste contexto, este câncer se destaca como o mais incidente em mulheres da região Norte (23,97/100 mil), diferente das outras quatro regiões brasileiras, onde é o segundo mais incidente nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, o terceiro na região Sudeste e o quarto na região Sul (INCA, 2015a).

O Papilomavírus humano (HPV) é o principal agente etiológico do CCU, assim como de outros tipos de câncer. A infecção persistente pelos tipos carcinogênicos do vírus, principalmente os HPV 16 e HPV 18, pode levar ao desenvolvimento de lesões que evoluem para o câncer, caso estas não sejam identificadas precocemente (de MARTEL *et al.*, 2012). Embora seja necessário para o desenvolvimento do CCU, apenas 1% das mulheres com infecção pelo HPV evolui para o câncer, uma vez que a resposta imunológica, influenciada pelas características genéticas da mulher, é capaz de eliminar a maioria das infecções (PARKIN *et al.*, 2006). Além dos fatores imunogenéticos, a progressão do CCU também se mostra associada ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros e às relações sexuais sem uso de preservativo, sendo estes considerados importantes fatores de risco para a infecção viral (CASSIDY e SCHLENK, 2012).

A vacina para o HPV é uma nova e importante ferramenta na prevenção do CCU e a vacinação profilática em massa já se encontra disponível em diversos países, inclusive no Brasil que, desde março de 2014, adotou a vacinação de meninas de 11 a 13 anos pela vacina quadrivalente, voltada para os HPV carcinogênicos mais prevalentes (16 e 18) e para os tipos de baixo risco (6 e 11) mais associados aos casos de verrugas genitais (MUNÕZ *et al.*, 2003). Embora a vacina quadrivalente contribua para a prevenção do CCU, ela não é capaz de eliminar infecções já existentes e não imuniza contra alguns tipos de HPV, também causadores de câncer. Desta forma, o exame do colo do útero continua sendo a principal ferramenta de prevenção para o CCU, pois, permite a identificação de lesões associadas aos tipos de HPV não cobertos pela vacina, além da identificação de diversos outros patógenos do trato genital feminino como o Herpes, *Trichomonas vaginalis* (HOWELL-JONES *et al.*, 2012).

As taxas de mortalidade por CCU no Brasil apresentam tendência decrescente para o país como um todo, com queda ou estabilidade nas capitais e nos municípios do interior, exceto nas regiões Norte e Nordeste, as quais evidenciam tendência crescente para este câncer nos municípios do interior (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2011). A baixa cobertura pelo exame de rastreamento da população feminina sexualmente ativa é a principal responsável pelas altas taxas de prevalência e de mortalidade pelo CCU, sabendo-se que este é passível de prevenção e controle, com a utilização em massa do exame de Papanicolaou em programas bem estruturados (BRITO-SILVA *et al.*, 2014).

Muitos municípios da Amazônia brasileira têm a sede, mas também são formados por pequenas comunidades ribeirinhas, as quais têm acesso restrito aos serviços de saúde, dificultando o conhecimento real da ocorrência de infecções e de doenças que podem ser tratadas precocemente (NAKASHIMA *et al.*, 2012). Este estudo identificou a prevalência e os fatores associados ao CCU em municípios do arquipélago do Marajó, Estado do Pará, Amazônia, Brasil, uma vez que esse conhecimento é importante para o desenvolvimento de ações de melhoria da qualidade de vida de mulheres de muitas comunidades do Estado do Pará, da região Norte do Brasil e da Amazônia brasileira.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido entre março de 2013 e fevereiro de 2015, e teve como população alvo, mulheres residentes em quatro municípios (São Sebastião da Boa Vista, Portel, Anajás e Chaves) do arquipélago de Marajó, Estado do Pará, Amazônia, Brasil. O arquipélago do Marajó está localizado no extremo leste da Amazônia, na foz do rio Amazonas. Este possui uma hidrografia composta por inúmeros rios, igarapés, lagos e furos que o entrecortam em todas as direções, dificultando o acesso terrestre à maioria das comunidades. Considerado um dos principais polos turísticos do estado do Pará, este arquipélago é formado por 16 municípios, os quais estão distribuídos por cerca de 3000 ilhotas e ilhas, onde se destaca a ilha do Marajó, além das ilhas Caviana, Mexiana e Gurupá (Figura 1).

Este estudo fez parte do projeto de pesquisa “MARCADORES EPIDEMIOLÓGICOS EM SAÚDE NO ARQUIPÉLAGO DO MARAJÓ”, aprovado no Edital 023/2009 do Governo do Estado do Pará, por intermédio da Fundação Amazônia Paraense de Amparo à Pesquisa (Fapespa), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação (Secti) e da Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA), em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O protocolo do projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará sob o protocolo nº 30324000-10 de 14 de julho de 2010 (Anexo 1).

Para o cálculo do tamanho amostral mínimo necessário foi considerado o poder do teste 0,90, nível alfa de 0,01, de acordo com o perfil populacional (População

urbana, feminina e número de habitantes por domicílio) existente em cada município do estudo. A seleção dos domicílios foi feita de forma aleatória, nos dois lados da rua, intercalando-se as residências a partir de uma esquina. Após a identificação das residências da comunidade, cada casa sorteada foi visitada por um técnico experiente informando o objetivo da pesquisa e convidando a participar do estudo. Todas as mulheres que já tinham iniciado a vida sexual, que nunca tinham realizado o exame preventivo de Papanicolaou ou que o tinham realizado há mais de um ano, foram orientadas e convidadas a realizá-lo. A coleta foi realizada por profissional de saúde, em colaboração com as secretarias municipais de cada município.

Quando da concordância, foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1), que formalizou a participação de cada mulher no estudo. Para cada mulher incluída no estudo foi preenchida um ficha clínico-epidemiológica (Apêndice 2) e foi realizada a coleta de amostras biológicas de secreção da cérvix uterina, para a realização do exame de Papanicolaou. Cada mulher foi acomodada em cama ginecológica para a colheita da secreção cérvico-vaginal em esfregaço convencional, o qual foi confeccionado com espátula de Ayre e escova endocervical, estendidos em lâminas de vidro e fixados com *spray* fixador (Kolplast, Brasil). As lâminas fixadas foram encaminhadas ao laboratório de Citopatologia do Instituto de Ciências Biológicas (ICB) da Universidade Federal do Pará (UFPA), onde foram coradas pela coloração de Papanicolaou (Doles, Brasil). Após a coloração as lâminas foram secadas em estufa de 100°C durante 10 minutos e montadas com lamínula utilizando Entellan (Merck KGaA, Darmstadt, Alemanha).

Todas as lâminas foram analisadas separadamente por dois especialistas e, os casos discordantes ou aqueles suspeitos de malignidade foram discutidos com um terceiro especialista. As amostras (esfregaços citológicos) foram classificadas de acordo com a adequabilidade em satisfatórias ou insatisfatórias para a avaliação. Os resultados citológicos encontrados foram classificados de acordo com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais (INCA, 2012).

Amostras satisfatórias foram classificadas em três principais esfregaços: 1. Sem alterações celulares no material examinado, considerado resultado Normal; 2. Alterações celulares benignas, reativas ou reparativas, incluindo os esfregaços inflamatórios sem ou com identificação de agente microbiológico, resultado indicando metaplasia escamosa imatura, resultado indicando reparação, resultado indicando atrofia

com inflamação, resultado indicando radiação e, 3. Atipias celulares, as quais incluem as células atípicas de significado indeterminado de origem escamosa (ASC), possivelmente não neoplásica (ASC-US) ou não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H); células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC), Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL), Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL), Carcinoma epidermoide invasor (Ca Epi), Adenocarcinoma “in situ” (AIS) e Adenocarcinoma invasor (Adeno), de origem cervical ou endometrial.

Nos esfregaços citológicos também foram pesquisadas características sugestivas de vaginose bacteriana, incluindo bacilos supracitoplasmáticos, cocos e outros bacilos, efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes, *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp.* e alterações celulares sugestivas de infecção por *Chlamydia trachomatis*. Todos os resultados dos exames foram encaminhados às secretarias de saúde dos municípios investigados, os quais se comprometeram com o atendimento clínico das mulheres.

Todos os dados coletados foram depositados em planilha Excel, na qual foi confeccionada a tabela. As análises de estatística descritiva, os testes não paramétricos (Exato de Fisher, Teste G, Mann-Whitney) e a confecção do gráfico Box-Plot foram realizados no programa BioEstat 5.4 (AYRES *et al.*, 2007).

RESULTADOS

O resultado de carcinoma invasor foi sugerido em 1,7% (7/405) do total de exames, especificando seis casos (86%) sugestivos de Carcinoma Escamoso e um caso (14%) sugerindo Adenocarcinoma (Tabela 1). Os resultados dentro dos limites de normalidade (normal) foram observados em 41,5% (168/405) do total dos exames; 41% (166/405) corresponderam aos esfregaços inflamatórios; 4,2% (17/405) apresentaram células escamosas e glandulares atípicas (ASC-US, ASC-H e AGC), sem concluir lesão intraepitelial ou câncer e 11,6% (47/405) exibiram lesões intraepiteliais (SIL), mais especificamente, 7,2% (29/405) sugerindo LSIL e 4,4% (18/405) HSIL.

A razão entre os resultados de HSIL e carcinoma invasor foi de 2,6 casos. A frequência de casos de lesão potencialmente maligna (HSIL) e maligna (Ca Epi e Adeno) foi de 5% ($p=0,8193$), 7% ($p=0,9761$), 9,2% ($p=0,1858$) e 3,2% ($p=0,1576$) nos municípios São Sebastião da Boa Vista, Portel, Anajás e Chaves, respectivamente. Um

total de 68 exames (16,8%) se apresentou insatisfatório por artefato de dessecação e/ou escassez de células representativas da zona de transição do colo do útero.

A análise da microbiota da amostra sugeriu a presença de vaginose bacteriana em 46% (186/405) das mulheres e de candidíase em 3,5% (14/405). Alterações sugestivas de infecção por *Chlamydia trachomatis* foram encontradas em 0,2% (1/405) dos esfregaços e infecção por *Trichomonas vaginalis* foi identificada em 0,7% (3/405) dos exames. Não foram encontradas alterações celulares sugestivas do efeito citopático causado por *Herpes sp.*

Todos os 405 exames de PCCU foram realizados em mulheres, residentes em comunidades de quatro municípios do arquipélago do Marajó, cujas idades variaram de 16 a 78 anos, com média das idades de 40,5 anos ($\pm 14,5$), das quais 77% (312/405) se encontravam entre os 25 e 64 anos.

As mulheres que estavam realizando o primeiro exame de PCCU representavam 20% (81/405) do total de mulheres atendidas, dentre as quais a média das idades foi de 38 anos. A frequência de CCU observada nessas mulheres foi de 3,7% (3/81) e foi de 1,2% (4/324) nas mulheres que já tinham realizado o exame anteriormente ($p = 0,1646$).

Dentre as mulheres que responderam sobre a vida sexual, 70,4% (285/405) eram casadas ou mantinham relacionamento estável; 42% (125/298) tiveram um único parceiro sexual, 58% (173/298) tem média de 2,4 parceiros sexuais na vida, 34,3% (129/376) iniciaram a vida sexual com 15 anos ou menos.

Com relação ao uso de métodos contraceptivos, 46,4% (188/405) das mulheres faziam uso de anticoncepcionais orais e, 51,7% (203/393) relataram fazer uso do preservativo masculino durante as relações sexuais. A média de idade das mulheres que relataram fazer uso de anticoncepcionais orais foi de 23 anos e das que não usaram foi de 44 anos ($p < 0,0001$). A média de idade das mulheres que relataram uso de preservativo masculino durante as relações foi de 34 anos e daquelas que não usam foi de 48 anos ($p < 0,0001$).

Quanto ao hábito de fumar, 12,2% (49/402) das mulheres se declararam fumantes. A média de idade das mulheres fumantes foi de 45 anos e das não fumantes foi de 41 anos ($p = 0,0214$).

Na escolaridade, 62,2% (252/405) das mulheres não foram alfabetizadas ou relataram saber apenas ler e escrever; 13,6% (55/405) possuíam o ensino fundamental completo; 16,54% (67/405) concluíram o ensino médio e 7,7% (31/405) relataram ter o ensino superior.

Do total de mulheres que relataram sobre a ocupação, 57,3% (215/375) eram trabalhadoras do lar; 28,5% (107/375) exerciam atividades de comércio, ensino e profissões de nível superior; 9,6% (36/375) trabalhavam na lavoura e na pesca; e 4,5% (17/375) eram estudantes. Sobre a renda familiar, 42,3% (161/381) viviam com menos de um salário mínimo; 56,7% (216/381) recebiam de um a três salários mínimos e, 1,3% (5/381) ganhavam mais de três salários mínimos.

Algum episódio de gravidez foi relatado por 90,1% (365/405) das mulheres, as quais demonstraram médias de 5,4 gestações, 4,7 partos normais e 18,9 anos na primeira gestação. Episódios de aborto foram referidos por 31,9% (129/405) das mulheres, com média de 1,7 abortos.

As médias das idades nas mulheres que apresentaram resultado sugestivo de LSIL, HSIL e câncer invasor foram de 31,6 anos, 42,3 anos e 47,5 anos, com extremos de 17 e 48 anos, 19 e 60 anos e 31 e 71 anos, respectivamente (Figura 1). Os respectivos números médios de parceiros sexuais dessas mulheres foram de 4,8; 2,4; 1,7 ($p>0,05$). As frequências de câncer invasor foram mais expressivas em mulheres que não fazem uso de anticoncepcional [3,2% (7/217)], naquelas sem o ensino fundamental completo [2,8% (7/252)] e nas que se declararam trabalhadoras do lar [3,3% (7/215)] (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Este estudo se caracteriza por ações de busca ativa para a prevenção do CCU, com a realização de exames de Papanicolaou junto a mulheres residentes em quatro municípios do arquipélago do Marajó, extremo oriente da Amazônia brasileira, região Norte do Brasil. Estudos têm demonstrado a importância de intervenções comunitárias, voltadas para a prevenção e detecção precoce do CCU, em regiões do interior da Amazônia (VON ZUBEN *et al.*, 2007, COSTA *et al.*, 2011). Von Zuben *et al.* (2007) evidenciaram uma taxa de detecção de CCU nove vezes superior àquela dos dados oficiais de município acreano, indicando que os índices de saúde parecem estar grosseiramente subestimados.

Os resultados deste demonstram um quadro preocupante em comunidades do interior da Amazônia, quando estas apresentam uma detecção de CCU 17 vezes superior à identificada em demanda proveniente dos serviços de atenção primária à saúde do Estado do Pará (SOUSA *et al.*, 2011). Além disso, quando se estima a frequência de CCU por 100 mil mulheres destas comunidades (1.700/100 mil), esta se apresenta 71

vezes superior à descrita para a região Norte (23,9/100 mil), a qual é a mais alta dentre todas as regiões do Brasil (INCA 2015a).

A situação do programa de prevenção do CCU na região Norte do Brasil é desafiadora, pois, a incidência e a mortalidade por essa neoplasia são aproximadamente duas vezes superiores às identificadas na Região Sudeste do país (INCA, 2011a; INCA 2015a), demonstrando a disparidade na ocorrência desta doença entre duas regiões com características bem diferentes e indicando a importância regional desta patologia.

Ainda com relação aos indicadores da doença, observa-se que razão HSIL/CCU deste estudo (2,6) se apresenta aproximadamente sete vezes menor que as estimadas para o Brasil e para a região Norte (INCA, 2015b), o que demonstra a aparente limitação do programa de controle de CCU em comunidades específicas da Amazônia brasileira. Quanto menor o resultado desta razão mais bem-sucedido é o programa de prevenção do CCU, uma vez que se espera, cada vez mais, um número muito maior de casos de HSIL frente aos de câncer invasor (INCA, 2015b).

A ausência de significância estatística entre as representativas frequências de resultados de lesão potencialmente maligna (HSIL) e maligna (Ca Epi e Adeno) dos quatro municípios investigados provavelmente demonstra que a carência do programa de prevenção do CCU, não necessariamente se encontra presente só nesses municípios investigados, mas também em outros municípios da Amazônia que apresentem características sócio-geográficas semelhantes.

Dentre os resultados encontrados na análise da flora microbiana, chama atenção a elevada presença de casos de vaginose bacteriana, a qual é a causa mais frequente de corrimento genital, responsável por até 50% destes. Este desequilíbrio na flora vaginal pode comprometer a qualidade de vida de metade das mulheres que o apresentam, principalmente devido à queixa de corrimento genital com odor fétido de peixe, mas também, pode ser assintomático para a outra metade (LEITE *et al.*, 2010).

No outro extremo, os resultados também demonstram que a frequência (40%) de resultados dos exames dentro dos limites da normalidade, nas mulheres dessas comunidades, se mostra bem superior às encontradas (2,53% - 22,12%) em comunidades ribeirinhas do Estado do Pará (DUARTE *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2011). Neste sentido, vale ressaltar a utilização de “fitoterapia popular” por comunidades tradicionais da Amazônia (PINTO *et al.*, 2014), os quais também podem ser usados para tratamento de vulvovaginites.

A elevada frequência de amostras insatisfatórias para o exame preventivo deste estudo está acima das observadas na região Norte (~10%) e no Brasil (~6%), além de ser mais de três vezes superior ao limite máximo desejado (5%), indicando a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde responsáveis pelas coletas dos materiais para o exame de Papanicolaou deste estudo. A má qualidade da coleta também pode se refletir no aumento de casos indeterminados (ASC/AGC) e de possíveis falsos negativos (INCA 2015b), fato que pode se caracterizar como uma limitação do estudo.

Realizando a grande maioria dos exames preventivos em mulheres entre 25 e 64 anos, este estudo seguiu as recomendações do Ministério da Saúde (INCA, 2011b), alcançando as mulheres que apresentam mais chances de desenvolver o CCU. Por se tratar de um estudo precedido por uma ação de prevenção primária, a média de idade das mulheres deste estudo (40,5 anos) se aproximou à encontrada (41,4 anos) em estudo com metodologia semelhante, também realizado junto a mulheres de comunidades ribeirinhas da Amazônia (COSTA *et al.*, 2011).

No presente estudo, apenas 20% das mulheres investigadas estavam realizando o exame pela primeira vez, frequência menor que em outras comunidades ribeirinhas (53%), nas quais se identificou um aumento da adesão ao exame de Papanicolaou após as ações de prevenção primária (COSTA *et al.*, 2011). Estudo realizado com mulheres de unidades básicas de saúde do estado do Pará demonstrou que esta característica esteve relacionada à maior frequência de casos de CCU (SOUSA *et al.*, 2011).

Algumas peculiaridades relacionadas às mulheres de comunidades isoladas da Amazônia podem se caracterizar como fatores de proteção contra a ocorrência do CCU (COSTA *et al.*, 2011). Neste estudo se destaca a elevada frequência de relacionamentos estáveis, com mais de 40% das mulheres relatando um único parceiro sexual em toda a sua vida, além da baixa quantidade média de parceiros sexuais durante a vida. Também foram características dessas comunidades o uso de métodos contraceptivos serem relatados principalmente por mulheres jovens e o tabagismo ser baixo e relatado por mulheres mais maduras.

Por outro lado, outras características dessa população se apresentam como fatores de risco tanto para o CCU como para outras doenças, destacando-se a média de idade elevada, a coitarca precoce; a baixa escolaridade e renda familiar; a elevada paridade associada à precocidade desta e à predominância de partos naturais (SANTOS *et al.*, 2010; BARASUOL & SCHMIDT, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2014; SPECK *et al.*, 2015). Além disso, a elevada frequência de abortos relatados pelas mulheres destas

comunidades se mostrou duas vezes superior às descritas por estudos baseados em coleta de dados nacionais (CECATTI *et al.*, 2010; CAMARGO *et al.*, 2011).

Oliveira *et al.*, (2014), observaram que as mulheres com quadro de LSIL tinham entre 15 e 68 anos, com idade média de 31,6 anos, idêntica a deste estudo. O aumento da idade tem relação diretamente proporcional com o risco de desenvolver lesões mais graves no colo do útero (BRASIL, 2012). Este fato pode ser evidenciado no presente estudo, quando demonstra que a média das idades das mulheres com lesão de baixo potencial de malignidade (LSIL) apresenta diferença de dez anos (32 – 42 anos) da média de idade dos casos potencialmente malignos (HSIL) e de 16 anos (32 – 48 anos) para os casos malignos (Câncer invasor). Por outro lado, não se observa diferença significativa entre os pouco mais de cinco anos (42 – 48 anos) das médias de idade dos casos potencialmente malignos (HSIL) e malignos (Câncer invasor), revelando a importância e urgência na identificação e tratamento precoce dos casos potencialmente malignos.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstra que a ocorrência de CCU em municípios do interior da Amazônia está sendo subestimada e que as ações do programa de prevenção do CCU nas comunidades do Arquipélago do Marajó são mais deficientes que as da própria região Norte, a qual possui o quadro mais preocupante do Brasil.

Não só a boa cobertura da população pelos exames preventivos, mas também a qualidade e a periodicidade destes, além do seguimento adequado das mulheres com lesão, devem ser prioridade para a redução das taxas de morbimortalidade do CCU no interior do Estado do Pará.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. G.; MANRIQUE, E. J. C.; GUIMARÃES, J. V.; DE SOUSA, P. J.; MIGNOU, J. R. Q.; XAVIER, A. F.; OLIVEIRA, A. Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical. **Rev Bras Ginecol Obstetr.** 30(11):556-60. 2008.

AYRES, M.; AYRES JÚNIOR, M.; AYRES, D.L.; SANTOS, A.S.; AYRES, L.L. **BioEstat 5.0:** aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas. 5ª Edição. Belém: MCT; IDSM; CNPq, 2007. 364p.

AZEVEDO E SILVA, G.; GAMARRA, C. J.; GIRIANELLI, V. R.; VALENTE, J. G. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Saúde Pública.** 45(6):1009-18. 2011.

BARASUOL, M. E. C.; SCHMIDT, D. B. Neoplasia do colo do útero e seus fatores de risco: revisão integrativa. **Rev Saúde e Desenvol.** 6(3):138-53. 2014.

BRITO, N. M. B.; SANTOS, M. S.; MELO, M. O. Perfil epidemiológico e achados colpocitológicos em pacientes atendidas no ambulatório de tocoginecologia da Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Rev Par Med.** 19(2):47-57. 2005.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev Saúde Pública.** 48(2):240-248. 2014.

CAMARGO, R. S.; SANTANA, D. S.; CECATTI, J. G.; PACAGNELLA, R. C.; TEDESCO, R. P.; MELO JR, E. F.; SOUSA, M. H. Severe maternal morbidity and factors associated with the occurrence of abortion in Brazil. **Int J Gynecol Obstet.** 112(2):88-92. 2011.

CASSIDY, B.; SCHLENK, E. A. Uptake of the Human Papillomavirus Vaccine: A Review of the Literature and Report of a Quality Assurance Project. **Journal of Pediatric Health Care.** 26(2):92-101. 2012

CECATTI, J. G.; GUERRA, G. V. Q. L.; SOUSA, M. L.; MENEZES, G. M. S. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 32(3):105-11.2010.

COSTA, J. H. G.; SOUZA, I. R. A.; SANTOS, E. J. A.; PRAZERES, B. A. P. P.; ANDRADE, M. L.; MELO, M. F. C.; TSUTSUMI, M. Y.; SOUSA, M. S. Prevenção do câncer de colo do útero em comunidades ribeirinhas atendidas pelo Programa Luz na Amazônia, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude.** 2(4):17-22. 2011.

DUARTE, D. V.; BRITO, E. B.; CANTO, A. S. S.; ISHIKAWA, E. A. Y.; PINHEIRO, J. G.; COSTA, J. H. G.; SOUSA, M. S. Frequência e genotipagem do Papilomavírus humano em mulheres de comunidades ribeirinhas do Município de Abaetetuba, Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude.** 1(3):75-82. 2010.

FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; DIKSHIT, R.; ESER, S.; MATHERS, C.; REBELO, M.; PARKIN, D. M.; FORMAN, D.; BRAY, F. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int J Cancer.** 136: E359-86. 2015.

HOWELL-JONES, R.; SILVA, N.; AKPAN, M.; OAKESHOTT, P.; CARDER, C.; COUPLAND, L.; SILLIS, M.; MALLINSON, H.; ELLIS, V.; FRODSHAN, D.; ROBINSON, T. I.; GILL, O. N.; BEDDOWS, S.; SOLDAN, K. Prevalence of human papillomavirus (HPV) infections in sexually active adolescents and young women in England, prior to widespread HPV immunization. **Vaccine.** 30: 3867-75. 2012

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. MINISTÉRIO DA SAUDE. **Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama.** Boletim ano n. 3

julho/setembro. 2011a. Disponível em:
<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/4a_prova.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro. 104p. 2011b. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Rio de Janeiro. 3ª Edição. 2012. 23 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/nomenclatura_laudo_cervical.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2016:** Incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro. 2015a. 122 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama.** Boletim ano 6 n. 1 janeiro/abril. 2015b. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/deteccao_precoce_12015.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2016.

LEITE, S. R. R. F.; AMORIM, M. M. M.; CALÁBRIA, W. B.; LEITE, T. N. F.; OLIVEIRA, V. S.; JÚNIOR, J. A. A. F.; XIMENES, R. A. L. Perfil clínico e microbiológico de mulheres com vaginose bacteriana. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 32(2):82-7. 2010.

MARTEL C, FERLAY J, FRANCESCHI S, VIGNAT J, BRAY F, FORMAN D, PLUMMER M. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. **The Lancet Oncology.** 13: 607-615. 2012.

MUÑOZ, N.; BOSCH, F. X.; SANJOSÉ, S.; HERRERO, R.; CASTELLSAGUÉ, X.; SHAH, K. V.; SNIJDERS, P. J. F.; MEIJER, C. J. L. M. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. **N Eng J Med.** 348(06): 518-27. 2003.

NAKASHIMA, J. P.; KOIFMAN, R. J.; KOIFMAN, S. Cancer incidence in the Western Amazon: population-based estimates in Rio Branco, Acre State, Brazil, 2007-2009. **Cad Saúde Pública.** 28(11):2125-32. 2012.

OLIVEIRA, A. C.; PESSOA, R. S.; CARVALHO, A. M. C.; MAGALHÃES, R. L. B. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. **Rev Rene.** 15(2):240-8. 2014.

OLIVEIRA, R. G.; MAGALHÃES, S. R.; LIMA, K. P.; FROTA, N. M. Aspectos sociodemográficos e ginecológicos de mulheres com neoplasia intraepitelial cervical de baixo grau. **Rev enferm UFPE**. 8(4):1002-10. 2014.

PARKIN, D. M. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. **Int J Cancer**. 118(15): 3030-44. 2006.

PINTO, L. N. ; FLOR, A ; W. L. R. BARBOSA. Fitoterapia popular na Amazônia Paraense: uma abordagem no município de Igarapé-Miri, Estado do Pará, nos anos 2000 e 2008. **Rev Cienc Farm Básica e Apl**. 35:305-311, 2014.

SANTANA, D. S. N. Morbidade materna grave por aborto no Brasil. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Estadual de Campinas - Campinas. 90p. 2011.

SANTOS, M. S.; MACÊDO, A. P. N.; LEITE, M. A. G. Percepção de Usuárias de uma Unidade de Saúde da Família Acerca da Prevenção do Câncer do Colo do Útero. **Rev. APS**. 13(3):310-19. 2010.

SOUSA, M. S.; CANTO, A. S. S.; TSUTSUMI, M. Y.; MACIEL, M. C.; ZEFERINO, L. C. Perfil dos exames citológicos do colo do útero realizados no Laboratório Central do Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**. 2(2):27-32. 2011.

SPECK, N. M. G.; PINHEIRO, J. S.; PEREIRA, E. R.; RODRIGUES, D.; FOCCHI, G. R. A.; RIBALTA, J. C. L. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque indígena do Xingú: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. **Einstein**. 13(1):52-7. 2015.

VON ZUBEN, M. V.; DERCHAIN, S. F.; SARIAN, L. O.; WESTIN, M. C.; THULER, L. C. S.; ZEFERINO, L. C. The impact of a community intervention to improve cervical cancer screening uptake in the Amazon region of Brazil. **Sao Paulo Med J**. 125(1):42-5. 2007.

FIGURA

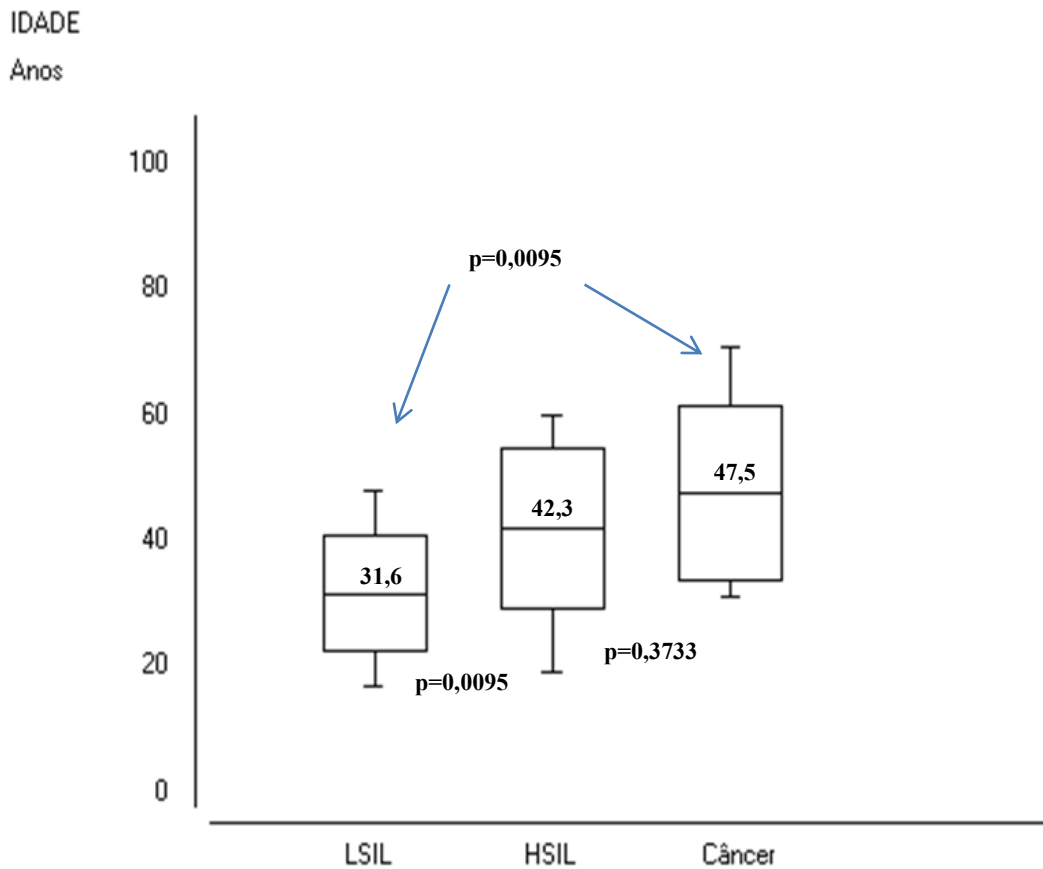


Figura 1: Box Plot da amplitude, média, e desvio padrão das idades das mulheres com lesões no colo do útero (LSIL, HSIL e Câncer Invasor), residentes em municípios do arquipélago de Marajó, Estado do Pará, Amazônia, Brasil, entre março de 2013 e fevereiro de 2015.

TABELAS

Tabela 1: Classificação dos resultados dos exames de PCCU, de acordo com o município investigado no arquipélago de Marajó, Estado do Pará, Amazônia, Brasil, entre março de 2013 e fevereiro de 2015.

Município	Normal		Inflamatório		ASC-US		ASC-H		AGC		LSIL		HSIL		Ca Epid		Adeno		Total n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
São																			
Sebastião da Boa Vista	39	35,1	50	45,0	3	2,7	2	1,8	9	8,1	9	8,1	3	2,7	2	1,8	1	0,9	111
Portel	29	40,3	29	40,3	2	2,8	0	0	6	8,3	6	8,3	2	2,8	3	4,2	0	0	72
Anajás	41	41,8	31	31,6	2	2,0	0	0	12	12,2	12	12,2	9	9,2	1	1,0	0	0	98
Chaves	59	47,6	56	45,2	2	1,6	0	0	2	1,6	2	1,6	4	3,2	0	0	0	0	124
Total	168	41,5	166	41,0	9	2,2	2	0,5	29	7,2	29	7,2	18	4,4	6	1,5	1	0,2	405

Tabela 2: Características sócio-epidemiológicas e comportamentais associadas ao Câncer Invasor, nas mulheres residentes em municípios do arquipélago de Marajó, Estado do Pará, Amazônia, Brasil, entre março de 2013 e fevereiro de 2015.

VARIÁVEL	TOTAL n (%)	Câncer Invasor n (%)	P-valor
IDADE (ANOS)			0,7087*
≤ 40	217 (53,6)	3 (1,4)	
> 40	188 (46,4)	4 (2,1)	
PRIMEIRO PCCU			0,3297*
SIM	81 (20)	3 (3,7)	
NÃO	324 (80)	4 (1,2)	
UNIÃO ESTÁVEL			0,1098*
SIM	285 (70,4)	7 (2,4)	
NÃO	120 (29,6)	0	
Nº PARCEIROS			0,1609*
≤ 2	281 (79,2)	4 (1,4)	
> 2	74 (20,8)	3 (4,1)	
COITARCA (<16 ANOS)			0,1008*
SIM	129 (34,3)	0	
NÃO	247 (65,7)	7 (2,8)	
ANTICONCEPCIONAL			0,0165*
SIM	188 (46,4)	0	
NÃO	217 (53,6)	7 (3,2)	
PRESERVATIVO			0,7161*
SIM	203 (51,7)	3 (1,5)	
NÃO	190 (48,3)	4 (2,1)	
FUMANTE			0,6589**
SIM	49 (12,2)	0	
NÃO	353 (87,8)	7 (13,2)	
ESCOLARIDADE			0,0481
< ENSINO FUNDAMENTAL	252 (62,2)	7 (2,89)	
≥ ENSINO FUNDAMENTAL	153 (37,8)	0	
TRABALHADORA DO LAR			0,0219
SIM	215 (57,3)	7 (3,3)	
NÃO	160 (42,7)	0	
GRAVIDEZ			0,7981**
SIM	365 (90,1)	7 (1,9)	
NÃO	40 (9,9)	0	
ABORTOS			0,4387*
SIM	129 (31,9)	1 (0,8)	
NÃO	276 (68,1)	6 (2,2)	


*Teste Exato de Fisher, **Teste G

APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

- **TCLE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
- Estou sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre "Marcadores epidemiológicos em saúde no Arquipélago do Marajó", que está sendo desenvolvida pela Universidade Federal do Pará, pelo Instituto Evandro Chagas e HEMOPA.
- Para que eu decida em participar ou não da pesquisa me foram prestadas as seguintes informações:
- O pesquisador responsável é o Prof. Dr. Ricardo Ishak, Biomédico, Professor Titular da Universidade Federal do Pará.
- O objetivo da pesquisa é o de aumentar o conhecimento vigente acerca das condições de saúde nos municípios de Chaves, Anajás, São Sebastião da Boa Vista e Portel, referentes a saúde da criança, doenças transmissíveis, alimentação e nutrição, saúde reprodutiva, práticas tradicionais de costumes terapêuticos, a influência do meio ambiente na saúde, doenças crônicas (câncer cervical e outras neoplasias e medidas de atenção à saúde.
- Durante a pesquisa o paciente deverá responder a um questionário, fornecerá uma amostra de sangue para exames diversos de laboratório e de uma amostra de fezes.
- Essa pesquisa não oferece riscos; as práticas são de uso rotineiro e apenas uma pequena quantidade de sangue (10ml) será coletada para a detecção de anticorpos, marcadores genéticos e exames bioquímicos de rotina.
- Na colheita de material biológico serão utilizados materiais esterilizados descartáveis, como agulhas, seringas, que não oferecem risco para o sujeito da pesquisa.
- Ninguém é obrigado a participar da pesquisa, assim como poderá deixar a pesquisa no momento que quiser, pois não haverá prejuízo pessoal por esta causa.
- Não haverá nenhum tipo de despesas para participação da pesquisa, assim como não haverá nenhuma forma de pagamento para participação.
- O grande benefício desta pesquisa para todos os que participam, ou não, é propiciar a apresentação de resultados que poderão ser utilizados para a melhoria das condições de vida humana, nos municípios alvo e expandidos para a larga extensão territorial do Marajó.
- A participação na pesquisa é sigilosa, isto significa que, somente os pesquisadores ficarão sabendo de sua participação. Os dados utilizados na pesquisa terão uso exclusivo neste trabalho, sem a identificação individual do participante.
-
- _____
Assinatura do Pesquisador Responsável
- **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
-
- Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido(a) acerca do conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de material para exame.
-
- Belém, ____ / ____ / ____ _____
Assinatura do participante
-
- Prontuário: _____ Protocolo: _____
-
- **Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Biológicas, Laboratório de Virologia,**
- Fone: (91) 3201-7587 e-mail: rishak@ufpa.br

Apêndice 2: Ficha clínico-epidemiológica

 <p style="font-size: 8px;"> INSTITUTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS EM SAÚDE FAPESPA - CNPq - PPSUS UFPA - HEMOPA - IEC - IFPA </p>	<input type="checkbox"/> QUEST <input type="checkbox"/> LAB <input type="checkbox"/> NUT <input type="checkbox"/> PCCU <input type="checkbox"/> FEZES	<input type="checkbox"/> JEJUM <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> IMPRESSO	Observações _____ _____	Protocolo _____																
	Município de coleta: _____			Data da coleta de dados <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																
QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO																				
Nome do Paciente: _____ NOME DA MÃE: _____																				
Dados epidemiológicos: Sexo: <input type="checkbox"/> M Masculino <input type="checkbox"/> F Feminino Data de nascimento: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Idade: <input style="width: 20px;" type="text"/> anos <input style="width: 20px;" type="text"/> meses (se criança) Estado Civil: <input type="checkbox"/> CAS Casado(a) <input type="checkbox"/> SOL Solteiro(a) <input type="checkbox"/> SEP Separado(a) <input type="checkbox"/> VIU Viúvo(a) Ocupação: _____ Endereço: _____ Município de residência anterior: <i>se reside há menos de 05 anos no endereço atual</i> _____ Naturalidade: _____																				
Escolaridade: <input type="checkbox"/> NA Não alfabetizado <input type="checkbox"/> A Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1INC 1º grau incompleto (ensino fundamental) <input type="checkbox"/> 1COM 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2INC 2º grau incompleto (ensino médio) <input type="checkbox"/> 2COM 2º grau completo <input type="checkbox"/> 3INC 3º grau incompleto (superior) <input type="checkbox"/> 3COM 3º grau completo																				
Renda familiar (salários mínimos): <input type="checkbox"/> MENOS1 < 1 <input type="checkbox"/> 1A3 1-3 <input type="checkbox"/> 4A6 4-6 <input type="checkbox"/> 7A10 7-10 <input type="checkbox"/> MAIS10 > 10 <input type="checkbox"/> NS Não sabe																				
Possui carteira de imunização: <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não <input type="checkbox"/> POL Polio <input type="checkbox"/> CAX Caxumba <input type="checkbox"/> RUB Rubéola <input type="checkbox"/> VHA VHA <input type="checkbox"/> ME Meningocócica <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ROT Rotavírus <input type="checkbox"/> SAR Sarampo <input type="checkbox"/> FA Febra Amarela <input type="checkbox"/> VHB VHB <input type="checkbox"/> PNE Pneumocócica <input type="checkbox"/> DPT																				
Usa ou já fez uso de planta medicinal (remédio caseiro)? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não		Fez uso de medicamento nas últimas 72h? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">NOME DA PLANTA</th> <th style="width: 30%;">Pra quê?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td></tr> </tbody> </table>		NOME DA PLANTA	Pra quê?	1.		2.		3.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Qual?</th> <th style="width: 30%;">Recebeu: S/N?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td></tr> </tbody> </table>			Qual?	Recebeu: S/N?	1.		2.		3.	
NOME DA PLANTA	Pra quê?																			
1.																				
2.																				
3.																				
Qual?	Recebeu: S/N?																			
1.																				
2.																				
3.																				
Citou mais de 3 plantas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Citou mais de 3 medicamentos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																		
TABAGISMO - Já fumou cigarros na vida? <input type="checkbox"/> N Não (se NÃO, ir para a próxima página) <input type="checkbox"/> S Sim. Com que idade iniciou: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> NL Não lembra Fuma cigarros atualmente? <input type="checkbox"/> S Sim <input type="checkbox"/> N Não Com que idade parou: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> NL Não Lembra Em média, quantos cigarros você fuma/fumava por dia/semana? <input style="width: 20px;" type="text"/> por dia OU <input style="width: 20px;" type="text"/> por semana OU <input type="checkbox"/> NL Não lembra																				

QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

Protocolo

ETILISMO - Já consumiu bebidas alcoólicas na vida?

N Não (se **NÃO**, ir para a próxima pergunta)
 S Sim. Com que idade iniciou: ou **NL** Não lembra

Consome bebida alcoólica atualmente?

N Com que idade parou:
 ou **NL** Não lembra

 S Sim**Com que frequência você usa/usava bebida alcoólica?**

TD Todo dia
 5A6S 5 a 6 dias na semana
 3A4S 3 a 4 dias na semana
 1A2S 1 a 2 dias na semana
 3A4M 3 a 4 dias no mês
 1A2M 1 a 2 dias no mês
 MEIOSIM Menos de uma vez no mês
 NL Não lembro

Uso de drogas ilícitas alguma vez: **SNC** Sim, mas não quer comentar **S** Sim Quais?

ou

 N Não **NC** Não quer comentar sobre o assuntoSe **SIM**, há quanto tempo faz uso de drogas: Parou? **N** NãoOU **S** Sim**Tempo de abstinência:
(Ano do último uso)**

Atenção: assinalar

A = anos OU

M = meses

Atualmente, tem vida sexualmente ativa: **S** Sim **N** Não Se **NÃO**, quanto tempo desde a última relação sexual (ou contato genital):

Início da vida sexual:

10A15 10-15 anos **16A20** 16-20 anos **21A25** 21-25 anos **MAIS25** >25 anos

Opção sexual: **HOMO** Homossexual **BI** Bissexual **HETERO** Heterossexual

Atualmente tem parceiro fixo?

 S Sim **N** NãoFrequência de relações: **S** por semana OU **M** por mês OU **A** por anoNúmero de parceiros sexuais: no último ano **N OVOS** no último ano em **TODA VIDA**

Mantém (ou já manteve) relações sexuais com trabalhador(a) comercial do sexo?

 S Sim **N** Não **NS** Não sabeUsa preservativo? **S** Sempre **N** Nunca **AV** às vezesVocê sabe o que significa DST? **S** Sim **N** Não (se **NÃO**, explicar o que é)Já teve DST?: **N** Não **S** SimFrequência: **1** 1 vez **1A5** 1 a 5 vezes **MAIS5** >5 vezes

Quais? Lembra?

 NL Não lembraJá realizou exame de endoscopia digestiva: **S** Sim **N** NãoDiagnóstico positivo para *H. pylori*: **S** Sim **N** NãoPossui diagnóstico positivo para câncer? **S** Sim **N** NãoQual? Alguém da família tem (teve) câncer? **S** Sim **N** NãoQual parente? Sabe o tipo?

Preventivo do Câncer do Colo Uterino (PCCU)

Protocolo

HISTÓRIA ANTICONCEPCIONAL

Já utilizou anticoncepcionais orais (pílula) ou injetável alguma vez na vida?

Não

(se NÃO, ir para a próxima pergunta)

Sim Com que idade iniciou?

Não lembra

Ainda utiliza anticoncepcionais atualmente?

Não. Com que idade parou?

Não lembra

Sim Que tipo? Oral

Injetável

Já utilizou preservativos (camisinha) masculino ou feminino alguma vez na vida?

Não

Sim Qual a frequência de uso?

TODAS Em todas as relações sexuais

AV Às vezes

Reprodução

Número de G:

P:

A:

Idade da 1ª gestação: anos

História ginecológica

Nº de exames de PCCU (preventivos) realizados na vida?

Data da última menstruação:

PR1 Este é o primeiro

2A3 2 a 3 vezes

4A5 4 a 5 vezes

6A10 6 a 10 vezes

MAIS10 Mais de 10 vezes

Já sofreu/sofre abuso sexual? Sim Não NC Não quer comentar

Com que idade?

Ainda sofre abuso? Sim Não NC Não quer comentar

Já sofreu/sofre violência doméstica? Sim Não NC Não quer comentar

Com que idade?

Ainda sofre violência? Sim Não NC Não quer comentar

Laudo PCCU

Observação

ANEXO

Anexo 1: Parecer do CEP



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



COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA

Parecer Consubstanciado

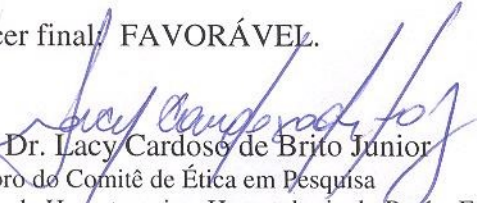
Belém, 14 de julho de 2010.

Parecer nº 0003.0.324.000-10

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

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

Parecer final/ FAVORÁVEL.


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