

P

PANORAMA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NA GESTAÇÃO EM MUNICÍPIO NO NORDESTE BRASILEIRO

OVERVIEW OF THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER DURING PREGNANCY
IN A MUNICIPALITY IN NORTHEAST BRAZIL

Cíntia Gondim Pereira Calou ¹

Glauberto da Silva Quirino ²

RESUMO

O câncer de colo uterino apresenta-se como a segunda neoplasia maligna mais comum entre mulheres no mundo, cujas gestantes apresentam maior chance de diagnósticos de lesões iniciais. Portanto, o período gestacional configura-se como oportunidade para o rastreio desta afecção. Assim, objetivou-se investigar o número de gestantes que realizaram o exame citopatológico durante o pré-natal em Barbalha-CE, Brasil, e correlacionar o número de consultas de pré-natal com o percentual de gestantes que realizaram o exame citopatológico. Este trabalho configura-se com um estudo documental, com abordagem quantitativa, realizado em Barbalha-CE, em janeiro de 2010. Utilizaram-se como dados as informações provenientes de 238 fichas perinatais de gestantes acompanhadas em 11 Equipes da Estratégia Saúde da Família. Os dados foram organizados, conforme a estatística descritiva frequencial. O estudo revelou que 44,5% das gestantes eram casadas, 60,5% tinham entre 20 e 35 anos e 31,1% concluíram o ensino médio. Sobre a realização do exame citopatológico, os dados mostraram que 26% das gestantes foram submetidas ao procedimento, entretanto, 60% realizaram seis ou mais consultas durante o período gestacional. Os resultados identificaram a necessidade de intensificar a cobertura do exame citopatológico e melhorar a qualidade de atenção pré-natal oferecida. A motivação e a capacitação de profissionais de saúde quanto à importância dos procedimentos da rotina do pré-natal pode transformar a realidade e minimizar os riscos para a gestante e seu conceito.

Palavras-chave: Esfregaço Vaginal, Cuidado Pré-Natal, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Cervical cancer is the second most common malignant neoplasm among women worldwide, and pregnant women have a higher chance of diagnosis of initial lesions. Therefore, the gestational period is an opportunity of screening for this disease. Thus, we aimed to investigate the number of women who had Pap smears during their prenatal term in Barbalha-CE, Brazil, and correlate the number of prenatal consultations with the percentage of women who had Pap smears. A documentary study with a quantitative approach was carried out in Barbalha-CE, Brazil in January 2010. We used as data, the information from the prenatal records of 238 pregnant women assisted by 11 Family Health Strategy teams. Data was organized according to descriptive statistics: frequency count. The study revealed that 44.5% of the women were married, 60.5% were aged between 20 and 35 years and 31.1% completed high school. About Pap smear testing, data showed that 26% of pregnant women underwent the procedure; however, 60% had six or more visits during pregnancy. The results identified the need to intensify the coverage of Pap smears and improve the quality of the prenatal care offered. The motivation and training of health professionals on the importance of prenatal care routine procedures can change the reality and minimize the risks to pregnant women and their child.

Key Words: Vaginal Smears, Prenatal Care, Family Health Program.

1. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Professora Auxiliar do Departamento de Enfermagem da URCA. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva CNPQ/URCA (GRUPESC). Crato-CE.

2. Enfermeiro. Doutor em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (USFM). Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva CNPq/URCA (GRUPESC). Crato-CE.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é considerada fenômeno fisiológico que, na maioria das vezes, evolui sem intercorrências. Entretanto, é necessário acompanhamento pré-natal para que sejam implementadas estratégias de cuidados preventivos às gestantes, no sentido de promover saúde e bem-estar do binômio mãe e filho, além de oportunizar tratamento precoce de problemas que possam, eventualmente, surgir no transcorrer da gestação¹.

Embora as evidências demonstrem os benefícios do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, que contribuem para a redução da mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal, a cobertura da consulta pré-natal ainda é deficiente²⁻³.

No Brasil, o pré-natal encontra-se entre as ações programáticas ofertadas por meio dos serviços básicos de saúde, principalmente através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste sentido, em 2000 foi lançado o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, propondo critérios de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem ao programa⁴. Entretanto, após cinco anos de implementação do programa, parcela das gestantes inscritas conseguiram realizar o elenco mínimo de ações preconizadas, entre estas a capacitação precoce das gestantes; realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal; atividades educativas; exames laboratoriais (hemograma completo, tipagem sanguínea e fator Rh, glicemia de jejum, urina tipo 1 e sorologias para sífilis, HIV, hepatite B e toxoplasmose); imunização antitetânica; e prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama¹.

O câncer de colo uterino apresenta-se como a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no mundo, responsável por 471 mil novos casos e 230 mil óbitos de mulheres por ano. A faixa etária para incidência varia de 20 a 29 anos, aumentando o risco e atingindo o pico na faixa etária de 45 a 49 anos⁵.

No Brasil, essa morbidade vem apresentando crescente incidência que se contrapõe à tendência declinante observada em países desenvolvidos⁶. Apontou-se para a ocorrência de 19 mil novos casos dessa neoplasia em ano de 2006, com risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres, estando entre as mais incidentes para o sexo feminino⁵. No Ceará, a estimativa para 2005 foi de 770 casos novos, com taxa bruta de incidência de 18,70 por 100.000, enquanto em Fortaleza foram esperados 260 casos novos e taxa bruta de incidência de 20,64 por 100.000⁷.

A detecção precoce por meio da realização do exame citológico de Papanicolaou tem se figurado como estratégia segura e eficiente para modificar as taxas de incidência e

Nas regiões do mundo, o câncer de colo do útero apresenta característica associada com o baixo nível socioeconômico, em grupos com maior vulnerabilidade social.

mortalidade dessa afecção. Quando o rastreamento é realizado nos padrões de qualidade, o diagnóstico de câncer invasor pode ser realizado em 80% dos casos e, se as lesões iniciais forem tratadas, pode-se reduzir a invasão em 90%. Por isso, a implementação de exames colpocitológicos periódicos deve ser priorizada como política pública⁸⁻⁹.

No Brasil, apesar do conhecimento sobre a prevenção e diagnóstico da doença, o câncer cérvico-uterino continua sendo problema de saúde pública, uma vez que dados mostram que cerca de 50% dos casos da doença são diagnosticados em fases avançadas¹⁰. Para tanto, em 2006, foi lançado, pelo Ministério da Saúde, os Pactos pela Vida, que previam seis áreas prioritárias com potencial de impactar positivamente sobre a situação de saúde da população brasileira, dentre estas, o controle do câncer de colo de útero e de mama, que estabeleceu como meta a cobertura de 80% para exames preventivos¹¹.

Nas regiões do mundo, o câncer de colo do útero apresenta característica associada com o baixo nível socioeconômico, em grupos com maior vulnerabilidade social. Considera-se que nesses grupos estão concentradas as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para a detecção e tratamento precoce da doença e de lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros⁹. A vergonha e o medo se concretizam em obstáculo ao impedir mulheres de realizarem o exame citológico periodicamente. Para que isso seja minimizado, é fundamental que profissionais de saúde sensibilizem pessoas sobre a importância de tal procedimento, desmistificando o exame por meio de oficinas educativas¹².

Essa realidade pode tornar-se ainda mais preocupante, se a detecção precoce do câncer não conseguir atingir às gestantes. As evidências atuais indicam que mulheres grávidas apresentam chances três vezes maiores para o diagnóstico de lesões em estágio inicial, devido aos exames vaginais frequentes, tendo em vista que as lesões iniciais são quase sempre assintomáticas¹³.

Assim, destaca-se que a infecção pelo Vírus do Papiloma

Humano (HPV) é mais frequentemente diagnosticada durante a gravidez, em mulheres jovens, com início da atividade sexual antes dos 18 anos de idade, com múltiplos parceiros sexuais, em fumantes e usuárias de anticoncepcionais hormonais¹⁴. Apesar da frequência da infecção genital do HPV durante a gravidez não ser conhecida, parece ser maior que a população em geral¹⁵. Há relatos que a alta prevalência e incidência ocorrem porque, na gravidez, há diminuição da imunocompetência¹⁶.

Portanto, este estudo objetivou investigar o número de gestantes que realizaram o exame citopatológico durante o pré-natal e correlacionar o número de consultas de pré-natal com o percentual de gestantes que realizaram o exame citopatológico.

2. METODOLOGIA

Estudo de natureza retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizado em Barbalha, Ceará. O município contava, na ocasião da pesquisa, com 21 ESF implantadas e 100% de cobertura populacional estimada¹⁷. A população do estudo foi constituída por gestantes que foram acompanhadas por meio das consultas de pré-natal, com parto em 2009.

A amostra foi constituída de 238 gestantes cadastradas e acompanhadas por 11 equipes de saúde da família, através das fichas perinatais, o que correspondeu à maioria simples do universo, a fim de tornar a amostra representativa. A escolha das equipes para participação do estudo caracterizou-se de forma aleatória. Os dados foram coletados em janeiro de 2010, a partir de revisão sistemática das fichas perinatais de 11 equipes de saúde da família, sendo sete equipes da zona urbana e quatro equipes localizadas na zona rural.

Utilizou-se planilha de aplicativo *Microsoft Office Excel for Windows*, versão 2007, para tabular os dados, que constou das seguintes variáveis: idade, estado civil, grau de instrução, número de gestações, número de consultas de pré-natal e realização do exame de prevenção de câncer de colo uterino (PCCU).

Após a implementação dos procedimentos para a coleta dos dados, estes foram ordenados com intuito de organizá-los, com mapeamento destes por meio da sua compilação, classificados a partir dos questionamentos formulados, embasados nos objetivos propostos e variáveis enumeradas, através de tabelas e gráficos e, por fim, analisados conforme a estatística descritiva pela distribuição das frequências mensuradas de forma nominal¹⁸.

A análise da correlação entre o número de consultas no pré-natal com o número de mulheres que realizaram o exame citopatológico foi realizada por meio do teste correlação de Pearson (r), utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel for Windows* versão 2007. As demais variáveis foram

Sobre o estado civil das gestantes, 44,5% eram casadas e 16% declararam união consensual, o que correspondeu a 60,5% das mulheres. Em 24,8% das fichas perinatais não havia registro acerca do estado civil das mulheres.

analisadas de forma interpretativa subsidiada pela literatura especializada.

A pesquisa obedeceu ao que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre estudos envolvendo seres humanos¹⁹. Para tanto, foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde anuência para início da coleta de dados e assinatura do Termo de Fiel Depositário de material não-biológico, preservando, principalmente, o sigilo das informações contidas nas fichas perinatais.

3. RESULTADOS

A idade materna variou de 12 a 42 anos, com média de 27 anos. Em 27,7% dos casos (66), as grávidas eram adolescentes (menores de 20 anos), sendo que 2,9% (7) possuíam menos de 15 anos. Ademais, a maioria, 60,5% (144) tinha entre 21 e 34 anos, e em 5,9% (14) das fichas avaliadas, não foram encontrados registros relacionados à idade.

Sobre o estado civil das gestantes, 44,5% (106) eram casadas e 16% (38) declararam união consensual, o que correspondeu a 60,5% (144) das mulheres. Em 24,8% (59) das fichas perinatais não havia registro acerca do estado civil das mulheres.

Em relação à escolaridade, 39,1% (93) concluíram o ensino médio; 28,2% (67), o ensino fundamental; 2,5% (6), o nível superior; 0,8% (2) eram analfabetas; e 29,4% (70) não foram encontrados nas fichas anotações referentes ao grau de instrução escolar das gestantes.

O número de gestações variou entre uma e 10 gravidezes. Na Figura 1, pode ser observada a classificação das mulheres, considerando o número de gestações.

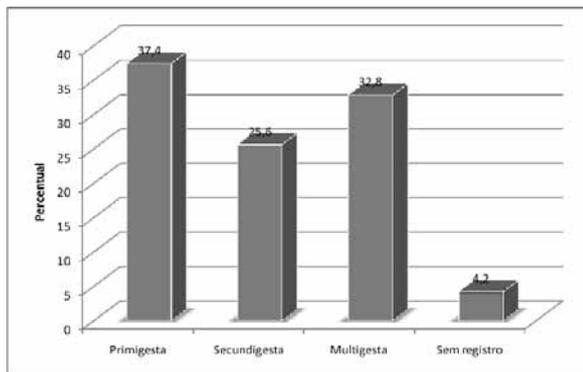


Figura 1. Número de gestações das mulheres atendidas no pré-natal da ESF. Barbalha-CE, 2009.

O número consultas de pré-natal pode ser visualizado na Tabela 1, sendo a média de 6,5 consultas realizadas. Adotou-se como referência o número mínimo de seis consultas.

Tabela 1. Número de consultas de pré-natal das gestantes atendidas na ESF. Barbalha-CE, 2009

Número de Consultas	N	%
< 6	81	34
≥ 6	157	66
Total	238	100

O número de mulheres grávidas que realizaram o exame citopatológico pode ser observado por meio da Figura 2. Se considerada a faixa etária majoritária das grávidas, entre 21 e 34 anos, observa-se que 95,1% (137) destas não realizaram o exame de prevenção do câncer de colo uterino. Entre as mulheres que apresentaram baixa escolaridade (analfabetas e ensino fundamental), 73,9% (51) não foram submetidas ao exame citopatológico.

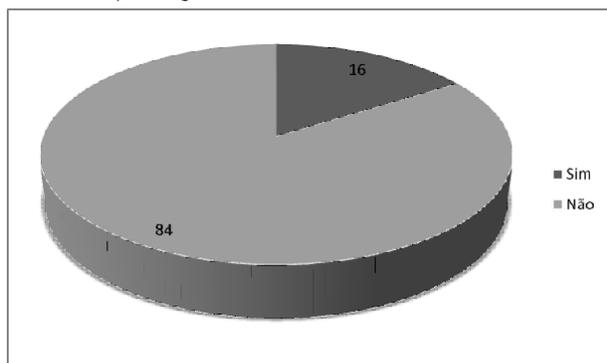


Figura 2. Percentual de gestantes que realizaram exame citopatológico no pré-natal da ESF. Barbalha-CE, 2009.

Ao cruzar os dados: número de consultas no pré-natal com o número de mulheres que realizaram o exame citopatológico; e aplicar o índice de correlação de Pearson (r), constatou-se que o aumento do número de consultas no pré-natal não foi capaz de intensificar o número de exames

de prevenção do câncer ginecológico, com efeito contrário e correlação perfeita positiva, ou seja, à medida que aumenta o número de consultas aumenta o número de mulheres que não realizaram a prevenção ginecológica ($r = 1$).

4. DISCUSSÃO

A idade materna menor que 15 e maior que 35 anos, assim como situação conjugal insegura e baixa escolaridade, traduzida em menos de cinco anos de estudo regular, são variáveis que constituem fatores de risco para a gravidez¹.

A adolescência é fase evolutiva humana, na qual ocorrem o desenvolvimento social, sexual e psicológico, que foram iniciados na puberdade²⁰. A experiência de gravidez na adolescência agrava as condições desfavoráveis de vida, expondo a mulher a um número maior de gravidezes e de abortamentos, ao consumo de cigarro e drogas ilícitas²¹. Entretanto, esse fenômeno tem ganhado visibilidade em um contexto de mudança cultural relacionado às novas expectativas sociais de adolescentes/jovens, uma vez que há retração da fecundidade em grupo de mulheres de idade mais avançada²².

A repetição da gravidez seria influenciada por diversas causas, como menarca e início precoce da vida sexual, dificuldades escolares e subsequente abandono, baixa renda familiar, ausência de ocupação remunerada, parceiro fixo mais velho, baixo uso de códon, história familiar de gravidez na adolescência, ausência do pai, aprovação da família da gestação anterior, aborto anterior, parto anterior bem conceituado pela adolescente e ausência de revisão pós-parto anterior²³. A paridade estaria, portanto, associada ao aumento do risco de morte materna, entretanto, essa variável, isoladamente não seria capaz de explicar esse fenômeno²⁴.

Quanto ao número de consultas durante o pré-natal, evidenciam-se discrepâncias, de um lado gestantes que realizaram apenas uma consulta, durante o período gestacional, sendo evidenciada nessa situação a demora do início do pré-natal, e por outro lado, gestantes que realizaram entre 10 e 12 consultas. Porém, nesta a maioria das gestantes cumpriu o elenco mínimo de seis consultas preconizadas no pré-natal, o que pode facilitar a qualidade na assistência prestada pelos serviços e pelos profissionais de saúde, o que é essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal¹.

Os dados revelam a baixa cobertura do exame citopatológico, contrariando a meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de, no mínimo, 80% de cobertura²⁵. Pela baixa cobertura evidenciada na pesquisa, pôde-se inferir que essas gestantes encontravam-se vulneráveis a fatores de risco importantes, podendo

comprometer o percurso da gestação.

Corroborando esta pesquisa, estudo realizado com 80 gestantes em Fortaleza-CE demonstrou que 28% das mulheres realizou o exame preventivo uma vez ao ano, sendo que 24% nunca tinham realizado, contudo 16% realizaram durante a gestação²⁶.

Nas primeiras consultas do pré-natal, o exame citológico deve ser realizado, pois a infecção por HPV é mais frequentemente diagnosticada durante a gestação²⁷. Apesar de fatores reduzirem a qualidade da amostra coletada durante a gravidez, a citologia cervical está validada e mostra-se eficaz e segura durante esse período, além de evitar problema da oportunidade perdida²⁸.

Mulheres grávidas também podem realizar o exame. Neste caso, são coletadas amostras do fundo de saco vaginal posterior e da ectocérvice, mas não da endocérvice, para não estimular contrações uterinas²⁹.

Levantam-se como hipóteses promotoras desses índices a não abordagem de profissionais e deficientes capacitações destes, recusa da gestante por desconhecer a importância da realização do exame nessa fase da vida da mulher e ausência de registro do procedimento nas fichas perinatais.

A recusa das gestantes em submeter-se ao exame pode advir de obstáculos que a mulher considera frente ao procedimento, dentre estes o conhecimento insuficiente, o acesso ao serviço de saúde e os sentimentos, como vergonha e medo. Nesse contexto, surge o espaço para as dúvidas, retardando a tomada de decisão e viabilizando situação de risco para a mãe e o seu filho¹². Logo, profissionais devem contribuir para mudança atitudinal por meio de assistência integral e humanizada, buscando pelo empoderamento das gestantes para ampliação do conhecimento e da autonomia, a fim de sensibilizá-la sobre a modificação de atitudes no que concerne aos cuidados à saúde.

Obstáculos foram encontrados durante a coleta de dados, merecendo destaque a insuficiência de informações nas fichas perinatais, evidenciando descaso com a assistência no pré-natal e colocando a gestante em situação de risco ao considerar que essas informações são necessárias para

proporcionar atenção de qualidade.

O adequado registro dos profissionais na ficha perinatal fornece à equipe de saúde dados sobre a evolução da gestação, facilita a comunicação, documenta as ações realizadas, testemunha as ações em processos legais e fornece subsídios para a conduta diagnóstica e terapêutica, contribuindo também para a avaliação dos cuidados prestados¹.

5. CONCLUSÕES

Revelou-se perfil sociodemográfico, cuja maioria das gestantes estava em idade considerada ideal para a gravidez, mantinham relação conjugal estável e tinham escolaridade média. Quanto ao perfil obstétrico, a maioria era primigesta.

O número de consultas preconizadas foi cumprido pela maioria das gestantes. Entretanto, não realizavam o exame citopatológico. Nesse aspecto, o aumento no número de consultas de pré-natal não foi capaz de intensificar o número de exames preventivos.

Os profissionais de saúde engajados na Estratégia Saúde da Família devem estimular, oferecer e orientar gestantes a realizarem o exame Papanicolaou, nas primeiras consultas, considerando que nesse período é possível detectar o HPV, precursor do câncer de colo uterino.

Entre as limitações, destacam-se a natureza retrospectiva da pesquisa, os subregistros que dificultaram análise que se aproximasse da realidade e a amostra que não foi considerada em 100% da população. Diante do exposto, percebe-se a necessidade de ampliar e otimizar orientações peculiares ao pré-natal, priorizando a prática de educação em saúde nas consultas individuais, bem como nos grupos de gestantes, viabilizando sistematização da assistência, a fim de garantir qualidade a saúde da gestante, assim como registrar adequadamente os dados e achados em fichas de acompanhamento pré-natal.

Urge aprimorar a atenção pré-natal, pelas evidências identificadas ao longo da pesquisa, contudo para que isso se concretize, ações e atitudes conjuntas de profissionais, gestantes e gestores necessitam ser repensadas, a fim de gerar bases para a assistência mais humanizada e de melhor qualidade.

6. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Costa MC, Guilhem D, Telles MIM. Atendimentos a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública 2005; 39(5): 768-74.

Os profissionais de saúde engajados na Estratégia Saúde da Família devem estimular, oferecer e orientar gestantes a realizarem o exame Papanicolaou.

3. Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Branco VC, Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidade do município do Rio de Janeiro (1999-2000). *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Supl 1): 101-11.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Coordenação de Programas de Controle ao Câncer. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
6. Júnior JBR, Nogueira RP. As condições de saúde no Brasil. In: Fiekelman J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
7. Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo de câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(3): 733-42.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Neoplasia Intra-epitelial cervical – NIC: condutas do INCA/MS. *Rev Bras Cancerol* 2000; 46(4): 355-7.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(1): 13-5.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Matias ACB, Quirino GS. Exame de prevenção do câncer cérvico-uterino na percepção das usuárias. *RECONF* 2009; 7(22): 242-50.
13. Gonçalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Lima LCV, Garlet G, et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(3): 290-5.
14. Murta EFC, Lombardi W, Borges LS, Souza MAH, Adad SJ. Frequência da infecção pelo papilomavírus humano em mulheres com ectopia cervical. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1999; 21(8): 447-9.
15. Pereyra EAG, Parellada CI. Entendendo melhor a infecção pelo Papilomavírus Humano. São Paulo: Artmed; 2003.
16. Queiroz AMA, Cano MAT, Zaia JE. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas – MG. *Rev Bras Anál Clín* 2007; 39(2): 151-7.
17. Sistema de Informação da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. [Internet]. 2012 [acesso em 3 ago 2012]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php.
18. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
20. Vasconcelos FOP, Ferreira DL. Gravidez na adolescência: causas e consequências decorrentes das gestantes da unidade de saúde da família do bairro Santa Casa em Sobral-CE. *Sanare* 2002; 3(2): 149-53.
21. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1): 153-61.
22. Carrara S, Heilborn ML, Araújo L, Rohden F, Barreto A, Pereira AE. Gênero e diversidade na escola: formação de professores/as em gênero, sexualidade, orientação sexual e relação étnico-raciais. Volume II. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM; 2009.
23. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendida num ambulatório de pré-natal. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004; 12(5): 745-50.
24. Soares VMN, Schor N, Tavares CM. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2008; 18(3): 254-63.
25. Silva DW, Andrade SM, Soares DA, Turini B, Schneck CA, Lopes MLS. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstetr* 2006; 28(1): 24-31.
26. Vidal ECF, Pinheiro AKB, Aquino RC, Nobre RNS, Bezerra SJS. Prática do Exame preventivo do câncer cérvico uterino por gestantes. In: Anais do VI Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e II Congresso Brasileiro de AIDS; 2006; Santos (SP), Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Editores científicos; 2006. p. 133.
27. Yassoyama MCBM, Salomão MLM, Vicentini ME. Características das mulheres que realizam exame preventivo do colo do útero durante a gestação: bases para estratégias do Programa de Saúde da Família (PSF). *Arq Ciênc Saúde*. 2005; 12(4): 172-6.
28. Amorim MMR, Melo ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstetr* 2009; 31(7): 367-74.
29. Ministério da Saúde (Brasil). Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.