

MOTIVOS DA PROCURA POR CONSULTA GINECOLÓGICA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

CONSULTATION IN DEMAND REASONS GYNECOLOGICAL IN BASIC HEALTH UNIT

MARIA DE LOURDES DA SILVA MARQUES FERREIRA¹, FERNANDA DE CÁSSIA ISRAEL², MARCO ANTONIO MAZZETTO³, FERNANDA MOERBECK CARDOSO MAZZETTO⁴, CARLA REGIANI CONDE⁵, MARIA JOSÉ SANCHES MARIN⁶

1. Enfermeira, Professora Assistente Doutora - Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP; 2. Enfermeira, mestre em enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina/UNESP; 3. Médico Ginecologista, Mestre em Obstetrícia pelo Programa de Pós-graduação – Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, Docente da Faculdade de Medicina de Marília/FAMEMA; 4. Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação de Mestrado e Doutorado Acadêmico do Departamento de Enfermagem/UNESP; 5. Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação de Mestrado e Doutorado Acadêmico do Departamento de Enfermagem/UNESP; 6. Enfermeira, Professora Assistente Doutora – Faculdade de Medicina de Marília/ FAMEMA.

* Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp, Distrito de Rubião Jr, s/n, Botucatu, São Paulo, Brasil. CEP: 38116-070. malusa@fmb.unesp.br

Recebido em 22/08/2016. Aceito para publicação em 20/10/2016

RESUMO

O estudo tem como objetivo descrever e analisar os motivos da procura por consulta ginecológica em unidade básica de saúde. Trata-se de um estudo retrospectivo com aplicação de questionário estruturado, amostra intencional de 300 prontuários de mulheres inscritas em Unidade Básica de Saúde do Município de Botucatu, São Paulo, Brasil. A procura pela última consulta na unidade foi por queixas de corrimento com maior frequência, tendo sido diagnóstico candidíase, tricomoníase, vaginose bacteriana e clamídia. A motivação se deu também para prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino e de mama, irregularidade menstrual, sintomas do climatério, e solicitação de anticoncepcional. As adolescentes formaram o grupo menos representativo. O exercício da sexualidade é tema de relevância para ação educativa, pois o corrimento é a principal causa de procura por consulta. Conclui-se ainda que, os serviços de saúde utilizem a busca ativa para consultas periódicas de rotina, pois nesta oportunidade se realiza a consulta de enfermagem, com o exame clínico da mama, solicitação de mamografia, realização dos exames para detecção de vulvovaginites e lesões sugestivas para o câncer de colo do útero, averiguação de anormalidades no exame físico e presença de queixas.

PALAVRAS-CHAVE: Descritores: Saúde da mulher, ginecologia, perfil de saúde.

ABSTRACT

The study aims to describe and analyze the reasons for the demand for gynecological care in basic health unit. This is a retrospective study with a structured questionnaire, intentional sample of 300 women from records entered in the Basic Health Unit of the Municipality of Botucatu, São Paulo, Brazil. The search for the last query in the unit was a discharge of complaints more often, having been diagnosed candidiasis, trichomoniasis, bacterial vaginosis and chlamydia. Motivation is also given to prevention and early detection of cervical and breast cancer, menstrual irregularity, climacteric symptoms, and contraceptive request. The teenagers

formed the least representative group. The exercise of sexuality is relevant topic for educational activities because the discharge is the leading cause of demand for consultation. still conclude that health services use the active search for periodic check-ups because this opportunity is realized nursing consultation, clinical breast examination, mammography request, the examinations for vulvovaginites detection and injuries suggestive for cervical cancer of the uterus, detection of abnormalities on physical examination and the presence of complaints.

KEYWORDS: Women's health, gynecology, health profile.

1. INTRODUÇÃO

Historicamente a área da saúde da mulher no Brasil, tem sido marcada por diversos planos e programas proposto pelo Ministério da Saúde visando ações integrais, preventivas e de promoção da saúde. O Plano Nacional de Políticas para mulheres (PNPM) de 2013 a 2015 surge como complemento, definindo ações que promovem os direitos das mulheres, buscando a melhoria de suas condições de vida e ampliação do acesso aos meios e serviços para a promoção da saúde integral, reforçando a importância da transversalidade das políticas públicas na promoção de saúde das mulheres¹.

No entanto, ainda observa-se dificuldade de adesão das mulheres a estes programas e a falta de acesso às informações e aos serviços de saúde, quando associada à inexistência de um processo de envolvimento da mulher na discussão e na solução de seus problemas, contribui em muito para a manutenção da situação de risco em que se encontra a população feminina no Brasil².

Na abordagem da assistência à mulher, ainda prevalece a especialidade obstétrica, reduzindo a mulher a sua

capacidade reprodutora. Para garantir a saúde das mulheres, as políticas públicas devem ir além da assistência materno-infantil e, de forma integral, educar e prevenir as situações de risco.

Considerando a heterogeneidade que caracteriza o País, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, compreende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças importantes de uma região para outra. Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade biológica, têm como complicação a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus HIV³.

O conhecimento do perfil da mulher, bem como dos principais motivos que a levam procurar consulta ginecológica, permite identificar as necessidades de atenção à saúde. Assim, aponta-se para as possibilidades de intervenção na realidade, com a finalidade de promover mudanças no modo como são ofertados os serviços de saúde, por meio do Programa de Assistência Integral à saúde da mulher, entendendo a avaliação como um dos componentes de garantia da qualidade dos serviços.

Frente a exposto, o objetivo deste estudo foi descrever e analisar o motivo da consulta ginecológica de mulheres atendidas no Programa de Saúde da Mulher, em Unidade Básica de Saúde, do município de Botucatu, São Paulo – Brasil.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva com abordagem quantitativa, desenvolvida em Unidade Básica de Saúde no município de Botucatu - SP.

Para o cálculo da amostra utilizou-se o nível de 5% de significância, proporção de sucesso igual a 50% e precisão de aproximadamente 5% de um total de 3.000 consultas/ano, e obteve-se um número de 300 prontuários. Todas as mulheres da amostra eram inscritas no Programa de Saúde da Mulher, da referida unidade, e a coleta de dados se deu no período de agosto a dezembro de 2013.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário estruturado contendo variáveis sócio demográficas, história ginecológica e obstétrica, motivo (queixas) da última consulta ginecológica realizada na unidade básica de saúde, antecedentes pessoais e familiares e história pessoal de infecção sexualmente transmissível.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob o ofício 414/2004, em

16/08/2004.

3. RESULTADOS

A maioria das mulheres que procuraram por consulta ginecológica encontra-se em idade reprodutiva, contam com companheiro e auto referem-se de cor branca. Quanto ao grau de instrução predominou o ensino fundamental e médio e todas as mulheres declaram possuir religião. A renda familiar da maioria é de 1 a 2 salários mínimos e mais de um terço delas está inserida no mercado de trabalho, conforme descrito na tabela 1 a seguir.

Tabela 1. Caracterização das mulheres quanto as variáveis: idade, estado civil, grau de instrução e religião.

VARIÁVEL	NÚMERO	PORCENTAGEM
IDADE		
19 - < 45	163	54,3%
45 – 55	75	25,0%
> 55	45	15%
< 19	17	5,7%
RELACIONAMENTO		
ESTÁVEL		
Sim	164	54,6%
Não	136	45,4%
ETNIA/COR		
Branca	286	96,3%
Amarela	10	3,4%
Preta	04	0,3%
GRAU DE INSTRUÇÃO		
Sem instrução	06	2,0%
Ensino fundamental	125	41,7%
Ensino Médio	147	49,0%
Ensino superior	22	7,3%
RELIGIÃO		
Sim	300	100,0%
Não	0	0,0%
RENDA FAMILIAR*		
1-2	200	66,7%
3-4	90	30,0%
5 ou mais	10	3,3%
PROFISSÃO		
Mercado de trabalho	107	35,6%
Do lar	93	31,0%
Estudantes	47	15,6%
Pensionistas e aposentados	10	3,4%

* em salários mínimos

Conforme evidencia a tabela 2, a menarca das mulheres do estudo ocorreu com maior frequência entre 10 a 15 anos de idade. A sexarca entre 15 e 17 anos e a maioria referiu ter menstruações regulares. A pílula é método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres, seguido da contracepção cirúrgica, houve destaque para mulheres que apresentaram entre uma e três gestações e a idade da primeira gestação ocorreu predominantemente nos extremos da idade reprodutiva, ou seja, inferiores a 19 e após os 35 anos de idade.

Tabela 2. Caracterização das mulheres quanto aos antecedentes pessoais ginecológicos e obstétricos.

VARIÁVEL	NÚMERO	PORCENTAGEM
MENARCA*		
< 10	03	1,0%
10-15	269	90,0%

>15	28	9,0%
SEXARCA*		
< 14	32	10,0%
15-17	268	88,0%
≥18	08	2,0%
REGULARIDADE MENSTRUAL		
Menstruações regulares	155	51,7%
Menstruações ausentes – menopausa natural e histerectomia	100	33,3%
Irregularidades menstruais	45	15,0%
CONTRACEPTIVOS		
Anticoncepcional oral	80	40,0%
Laqueadura tubária	50	27,0%
Condom masculino	30	15,0%
Sem uso de método contraceptivo	35	17,5%
GESTAÇÕES		
1-3	172	57,3%
> 3	78	26,0%
Nenhuma gestação	50	16,7%
IDADE DA PRIMEIRA GESTAÇÃO*		
<19	58	23,2%
19-35	60	25,0%
>35	58	23,2%

* em anos.

A Tabela 3 comprova uma porcentagem significativa de mulheres que não realizam o exame citopatológico na periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde e aquelas que nunca realizaram, perfazendo um total de 34,0%.

Tabela 3. Caracterização das mulheres quanto a periodicidade da realização do exame citopatológico.

CITOPATOLÓGICO	NÚMERO	PORCENTAGEM
Realiza anualmente	200	66,0%
Não realiza periodicamente	72	24,0%
Nunca realizou	38	10,0%

Quanto aos motivos da última consulta realizada na Unidade Básica de Saúde, houve predomínio de leucorreia (43,4%), sendo diagnosticadas clinicamente durante a consulta as vulvaginítes: candidíase, tricomoníase, vaginose bacteriana e clamídia, e busca pelo exame preventivo de câncer de útero e de mama. Em uma porcentagem menor a procura pelas consultas ocorreu por irregularidades menstruais, sintomas do climatério e uso de anticoncepcional (Tabela 4). Sendo que todas as mulheres que procuraram a unidade para o uso de anticoncepcional foram adolescentes para início da atividade sexual.—

Tabela 4. Motivos da última consulta ginecológica realizada na Unidade Básica de Saúde quando da análise do prontuário.

MOTIVO DA CONSULTA	NUMERO	PORCENTAGEM
Leucorreia	130	43,4
Candidíase	50	16,6%
Tricomoníase	40	13,4%
Vaginose bacteriana	25	8,3%
Clamídia trachomatis	15	5%
Prevenção de câncer de colo uterino/ detecção precoce do câncer de ma-	120	40,0%

ma		
Irregularidade menstrual	30	10,0%
Sintomas do climatério	15	5,0%
Uso de anticoncepcional	05	1,6%

4. DISCUSSÃO

No que se refere à idade das mulheres que participaram do estudo, considerou-se que a adolescência cronologicamente corresponde à idade de 10 a 19 anos de idade. Quanto ao período do climatério, não há muita precisão na idade, em média aos 50 anos, mas baseiam-se na ausência de menstruações por um período de 12 meses após os 45 anos, assim, a menopausa no período de 45-55 anos e pós-menopausa para acima de 55 anos de idade⁴.

Quanto ao estado civil a maioria das mulheres deste estudo tinham companheiros (54,6%) e dentre estas, 28,0% estavam com as medidas preventivas atrasadas ou nunca tinham realizado. Neste sentido, uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul do Brasil, mostra que são as mulheres sem companheiro fixo que menos aderem à realização do exame preventivo do câncer do colo do útero⁵. Em nosso estudo todos declararam ter uma religião. Há de se destacar, que entre os fatores pelos quais a religião pode influenciar em práticas de saúde estão, o incentivo aos hábitos de vida saudáveis. Além disso, algumas religiões oferecem atividades ou informações relacionadas à saúde que podem alertar a população, a procurar os serviços de saúde com maior frequência⁶.

Referente à etnia/cor da pele, a grande maioria auto referiu a cor branca, perfazendo quase 100%, porém a renda familiar da maioria é de um a dois salários mínimos, determinando condição sócio econômica baixa. No entanto, esse dado corresponde às condições socioeconômicas da maioria dos brasileiros.

O grau de instrução das mulheres também está relacionado com as questões raciais e culturais e atividades profissionais menos qualificadas. Como demonstrado em nossos resultados, a idade de ocorrência da menarca foi maior no intervalo entre 10 a 15 anos, perfazendo um percentual de 89,7%, correspondendo a 269 mulheres. Este resultado pode ser considerado um expressivo indicador de crescimento e maturação feminina humana, em virtude do seu conteúdo biológico, social e psíquico. Historicamente, a idade média da menarca vem diminuindo aproximadamente em quatro meses a cada década. Atualmente, encontra-se na faixa de 12,5 a 13 anos, em segmentos populacionais economicamente desenvolvidos⁷.

A iniciação da atividade sexual antes dos 18 anos é considerada precoce, tendo-se em vista que a cérvix ainda não está completamente formada e que os níveis hormonais não se estabilizaram. Isso pode levar a complicações, especialmente quando as adolescentes são expostas a agentes biológicos que causam doenças⁸. Na

Venezuela estudo encontrou que a idade do primeiro contato sexual foi entre 14 e 15 anos⁹.

No Peru estudo registra antes dos 15 (8.1%); antes dos 18 (40,6%) e antes dos 20 anos (63%) tiveram sua primeira experiência sexual¹⁰.

Neste estudo, no Brasil a sexarca foi entre 15 e 17 anos o que difere destes países principalmente a idade mínima de início da atividade sexual.

Em nossos achados o grupo de mulheres menos representativo que procuraram por consulta foram as adolescentes e duas delas tiveram como motivo o desejo de tomar pílula anticoncepcional. Em estudo realizado no Brasil, estado do Paraná, encontrou deficiência no conhecimento da sexualidade, apesar do tema sexo ser muito enfatizado na sociedade perpetuam-se conceitos deturpados e errôneos que dificultam a vida social e sexual dos jovens¹¹. Em estudo realizado com 359 adolescentes da zona norte do país, constatou que os conhecimentos em relação as Infecções Sexualmente transmissíveis (IST) variam de acordo com o gênero, moradia, grau de instrução e área vocacional frequentada e ainda que, é importante implementar a educação sexual precocemente nas escolas, pois quanto maior a escolaridade está associada a níveis de conhecimento mais elavados e que as adolescentes ainda tem conhecimento pobre e regular sobre¹². No Peru, a informação oferecida aos adolescentes em relação à sexualidade e, especialmente, as IST ainda são incipientes, apesar dos esforços do pessoal de saúde e professores, porque ele ainda é um tabu, apesar de viver em um diálogo com a sociedade aberta¹³.

Um estudo realizado na Venezuela, estado de Carabobo também observou que o conhecimento sobre sexualidade é péssimo e deficiente em 51,7% dos adolescentes¹⁴.

No México, o problema com a falta de informação sobre sexualidade está gerando um problema adicional, que é o crescente número de gravidez entre as adolescentes. Segundo a Secretaria da Saúde Distrito Federal, a vida sexual ativa de meninas está se iniciando cada vez mais precoce entre 9 a 10 anos de idade, sendo que em gerações anteriores era ao redor de 14 a 15 anos¹⁵.

Resultados discrepantes eles apresentaram em um estudo de Cuba onde 66,6% dos participantes tinham um bom conhecimento sobre o assunto, em adição ao 64,9% sabia como evitá-los¹⁶.

Os nossos achados revelaram que a principal queixa que levam as mulheres a procurarem por consulta ginecológica é o corrimento vaginal. A candidíase é uma causa comum de morbidade significativa em mulheres em todos os estratos da sociedade que afeta milhões de mulheres no mundo. Anteriormente, a recorrência da vulvovaginite por cândida era limitado pelo início da menopausa, mas o uso generalizado de terapia de reposição hormonal alargou o período de risco¹⁷.

No que se refere a procura para prevenção do câncer de colo uterino, o Ministério da Saúde do Brasil adotou a norma da Organização Mundial de Saúde, a qual propõe o controle do câncer do colo uterino das mulheres entre 25 a 60 anos, a cada três anos, após dois controles negativos com intervalo anual¹⁸.

A adesão nos programas de prevenção do câncer de colo de útero pode ser melhorada quando as mulheres se consideram em risco para o câncer cervical e quando entendem o curso da infecção pelo HPV e o processo de prevenção do câncer cervical¹⁹. Há que se considerar ainda, no contexto da prevenção, a incidência da neoplasia intraepitelial anal que aumenta em determinados grupos com condutas de risco e sua etiopatogenia está associada a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). Em 50% da população estudada tinha infecção por HPV. Encontrou-se uma alta frequência de displasia anal e presença de HPV na citologia (82,1%) e genotipado (79%). Neste estudo realizado na Espanha, seguindo o protocolo da Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia, comprovou-se eficácia da citologia cervical associada ao teste de captura híbrida para HPV²⁰.

O Brasil precisa começar a investir no teste de captura híbrida para todas as mulheres que comparecem as unidades para realização do exame citopatológico, pois a relação do câncer de colo uterino com o HPV está comprovada cientificamente.

5. CONCLUSÃO

Os achados apresentados e discutidos poderão subsidiar reflexões sobre atividade assistencial que garanta o direito da mulher à qualidade dos serviços de saúde na atenção básica.

O fato de as mulheres procurarem os serviços de saúde somente quando têm sintomas é uma característica socioeconômica da população de países em desenvolvimento, como os da América Latina, por exemplo, conforme estudos citados, devido ao entendimento de que não é necessário ir ao médico de rotina.

A atenção básica é uma proposta à crise do modelo médico-clínico, para que se possam contemplar os princípios do SUS, buscando uma assistência baseada na prevenção. Entretanto, ainda são muitos os desafios para a desconstrução de práticas de saúde influenciadas pelo modelo flexneriano, com cuidado centrado na cura. É preciso reverter esse quadro, com a transformação de um modelo sanitário direcionado para procedimentos em saúde coletiva centrada na produção de cuidados.

No que se refere ao exame citopatológico é preciso considerar que o câncer de colo uterino está estritamente relacionado com a doença do HPV e passar a adotar no país o teste da captura híbrida em conjunto com o preventivo, considerando essa evolução em relação à etiopatogenia dessa doença.

O exercício da sexualidade é tema de relevância para

ação educativa, pois o corrimento é a principal causa de procura por consulta ginecológica.

Considera-se ainda que, os serviços de saúde devem realizar busca ativa das mulheres que não comparecem ao Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino (PCCU) na sua área de abrangência. Pois, nesta oportunidade se realiza a consulta de enfermagem, que inclui o exame físico, a identificação de queixas, solicitação de mamografia, realização dos exames para detecção de vulvovaginites e averiguação de outras anormalidades.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasília. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília 2013. [citado em 14 set 2016]. Disponível em: <http://spm.gov.br/pnpm/publicacoes/plano-nacional-de-politicas-para-as-mulheres-2013>.
- [2] Nascimento RG, Araújo A. Falta de periodicidade na realização do exame citopatológico do colo uterino: motivações das mulheres. *Rev Min Enferm.* 2014; 18(3): 557-64.
- [3] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
- [4] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- [5] Lucena LT, Zân DG, Crispim TPB, Ferrari JO. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde.* 2011; 2(2): 45-50.
- [6] Cabistany LD, Rombaldi AJ. Associação entre prática religiosa e estilo de vida saudável em escolares de Pelotas, RS. *ABCS Health Sci.* 2014; 39(2): 64-70. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v39i2.624>> [acesso em 08 set. 2016].
- [7] Santos Junior, JD. Fatores etiológicos relacionados a gravidez na adolescência; vulnerabilidade e maternidade. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília, DF: 1999; v. 1, p.223-29.
- [8] Bezerra SJS, Gonçalves PC, Franco ES, Pinheiro AKB. Perfil de Mulheres Portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. *J Bras Doenças Sex Transm: DST.* 2005; 17(2): 143-48.
- [9] Corona-Lisboa J, Ortega-Alcalá J. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. *MEDISAN.* 2013; 17(13): 78-85.
- [10] Naranjo RA, Amat OR, Rodriguez GNG, Jorge LM, León MLN. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales: Algunos factores desencadenantes. *Gaceta Médica Espirituana.* 2008; 10(2): 14-22.
- [11] Cueto S, Saldarriaga V, Muñoz IG. Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. In: Salud, interculturalidad y comportamiento de riesgo. Lima: GRADE; 2011. p. 119-58.
- [12] Torres DFC. Conhecimentos de Infecções Sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos numa amostra de 359 adolescentes do 8º ao 12º ano de escolaridade. 2011. [dissertação]. Porto (Portugal). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. 2011.
- [13] Silva-Fhon J, Andrade-Iraolab K, E. Palacios-Vallejosb, Rojas-Huaytac V, Mendonça-Júnior J. Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres Enfermería Universitaria. 2014; 11(4): 139-44.
- [14] Libreros L, Fuentes L, Pérez A. Conocimientos, actitudes y practicas sobre su sexualidad de los adolescentes en una Unidad educativa. *Revista de Salud Publica y Nutrición.* 2008; 9(4): 26-32.
- [15] Periódico Reforma, (2013) “Inician vida sexual a los 9 años de edad” en Reforma Ciudad.17 de octubre, pp. 4. Disponible en: <<http://www.astrex-mx.com/nCliente.php?swTipo=&swMode=fecha&swUser=&swFecha=2013-10-17&s=0>> [acesso em 14 set 2016].
- [16] Castro-Abreu I. Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Rev haban cienc méd.* 2010; 9 (supl.5):705-16.
- [17] Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *American Journal of Obstetrics and Gynecolog.* 2016; 214(1): 15-21.
- [18] World Health Organization. Cytological screening in the control of cervical cancer: technical guidelines. Geneva: 1988.
- [19] Massad LS, Evans CT, Wilson TE, Goderre JL, Hessol NA, Henry D, et al. Knowledge of cervical cancer prevention and human papillomavirus among women with HIV. *Gynecol Oncol.* 2010; 117(1): 70-6.
- [20] Padilla-España L, Repiso-Jiménez B, Fernandez-Sánchez F, Frieyro-EliceGUI M, Fernández-Morano T, Pereda T et al. Utilidad de la detección del virus papiloma humano em el cribado de neoplasia intraepitelial anal em pacientes com conductas de riesgo. 2014; 9(32): 560-4.