

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**MONIQUE AMORIM DOMINICES**

**CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES SUBMETIDAS A EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA EM  
PENALVA/MA**

São Luís

2008

**MONIQUE AMORIM DOMINICES**

**CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES SUBMETIDAS A EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA EM  
PENALVA/MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO-Excelência em Pós Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Doutora Mônica Elinor Alves

Gama.

São Luís

2008

**MONIQUE AMORIM DOMINICES**

**CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES SUBMETIDAS A EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA EM  
PENALVA/MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO-Excelência em Pós Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Doutora Mônica Elinor Alves  
Gama.

Aprovada em    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Monica Elinor Alves Gama** (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade São Paulo-USP

---

Árina Santos Ribeiro

Mestre em Saúde e Ambiente

Universidade Federal do Maranhão-UFMA

## RESUMO

O Câncer de colo do útero é a terceira neoplasia maligna de maior estimativa de incidência da população feminina. O exame de colpocitologia oncótica permite a detecção precoce do carcinoma de cérvix uterina, além de detectar alterações inflamatórias, microbiológicas e neoplasias. Este estudo ressalta a importância do exame, objetivando verificar as possíveis relações entre fatores microbiológicos e inflamatórios com casos de neoplasias. Seu objeto de estudo é a avaliação dos resultados da colpocitologia oncótica das mulheres atendidas no Hospital Menino Jesus de Nazaré, em Penalva, Maranhão, no período entre janeiro e junho de 2008. Os dados foram colhidos nos prontuários das mulheres que compareceram a unidade de saúde para realizar o exame de colpocitologia oncótica.

Palavras-Chave: Colpocitologia oncótica. Neoplasia. Microbiologia.

## ABSTRACT

The Cancer of uterine cervix is the third evil neoplasia of larger estimate of incidence of the feminine population. The exam of oncotics colpocitology has as objective to permit the early detection of the carcinoma of uterine cérvix, besides detecting inflammatory, microbiological and neoplasias. This study points out the importance of the exam, aiming at to verify the possible relationships among factors microbiológicos and inflammatory with cases of neoplasias . Your study object is the evaluation of the results of the women's colpocitologia oncótica assisted at Nazaré Penalva's Hospital Menino Jesus, Maranhao, in the period between january and july de 2008. Os dados foram colhidos nos prontuários das mulheres que compareceram a unidade de saúde para realizar o exame de colpocitologia oncótica.

Key- words: oncotics colpocitology. Neoplasia. Microbiology.

*“A descoberta consiste em ver o que todos vêem e pensar no que ninguém pensou.”*

*Albert Von Szent Gvorgvi*

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero ou câncer cervical é uma das neoplasias de maior incidência e mortalidade no sexo feminino em quase todo o mundo. (SALVÁ et al.,1999; BRENNAN et al., 2001; VARGAS et al., 2005). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), com aproximadamente 500 mil casos novos por ano em todo o mundo, o câncer de colo do útero é a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres - superado, apenas, pelo câncer de pele (não melanoma) e pelo câncer de mama – causando a morte de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. O número de casos novos é cerca de duas vezes maior em países em desenvolvimento, como o Brasil. Em países desenvolvidos, a média de sobrevida estimada em cinco anos varia de 59% a 69%. Nos outros países os casos geralmente são encontrados em estágios já avançados, e, conseqüentemente, a sobrevida média é de cerca de 49% (BRASIL, 2007).

No Brasil, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000) é o segundo mais freqüente e no Sudeste (18/100.000), a quarta posição (BRASIL, 2007). Segundo estimativas do INCA, haverá, em 2008, 18.680 casos novos de câncer do colo do útero, com risco estimado de 19 casos para cada 100.000 mulheres. No Nordeste, estima-se 4.720 novos casos, enquanto que no Maranhão e em sua capital, São Luis, espera-se 630 (19,67 casos para 100.000 mulheres) e 190 (37,30 para 100.000) casos novos, respectivamente (BRASIL, 2007).

Todo câncer é formado por células que, ao sofrerem modificações em seu DNA, passam a ter um crescimento e multiplicação desordenados. Por meio de sucessivas divisões, as células, agora denominadas malignas formam um agrupamento de células semelhantes, formando assim um tumor (BRASIL, 2007).

As mutações vão se acumulando no material genético da célula, determinando novas alterações em seu comportamento. Algumas células malignas adquirem a capacidade de se desenvolver em outros órgãos. É o processo chamado metástase, um importante obstáculo ao controle do câncer (BRASIL, 2007).

O útero é um órgão muscular com aproximadamente 7,5 cm de comprimento e 5 cm de largura em sua parte superior. Está situado no abdome inferior, por trás da bexiga e na

frente do reto. Localiza-se posteriormente a bexiga e é fixado por ligamentos. Apresenta duas partes: o colo, que se projeta para dentro da vagina, e uma parte superior maior, o fundo ou corpo do útero. A porção interna estreita-se até um pequeno canal no colo, os óstios externos e internos do aparelho reprodutor feminino. (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestida por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco (epitélio colunar simples). A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas (epitélio escamoso e estratificado). Entre esses dois epitélios encontra-se a junção escamocolunar (JEC), que é uma linha que pode estar tanto na ectocérvice como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher (CARVALHO, 2006).

Na infância e no período pós-menopausa, geralmente, a JEC situa-se dentro do canal cervical. No período da menacme, quando ocorre produção estrogênica, geralmente a JEC situa-se ao nível do orifício externo ou para fora deste (ectopia ou eversão). Vale ressaltar que a ectopia é uma situação fisiológica não devendo ser confundida com lesões do colo do útero. Nesta situação, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil às suas células. Assim, células subcilíndricas (de reserva), através de uma metaplasia, se transformam em células mais adaptadas (escamosas), dando origem a um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. Nesta região, pode ocorrer obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes, dando origem a estruturas císticas sem significado patológico, chamadas de Cistos de Naboth. É nessa zona onde se localizam mais de 90% dos cânceres do colo do útero (BRASIL, 2002).

O câncer cervical é uma neoplasia de evolução lenta, com fases pré-invasivas caracterizadas por lesões conhecidas como neoplasias intra-epiteliais cervicais – NIC- ou lesões intra-epiteliais escamosas – SIL (PINHO; MATTOS, 2002; VARGAS et al., 2002). Essas lesões são curáveis em até 100% dos casos, já que normalmente progride lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil ou até impossível.

Em geral, estima-se que a maioria das lesões de baixo grau regredirá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para um câncer invasor em um período médio de 10 anos. A incidência por câncer do colo do útero



torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta gradualmente, até atingir seu pico, na faixa etária de 45 a 49 anos (INCA, 2007).

Histologicamente existem dois tipos de neoplasia do colo uterino: o epidermóide que surge ao nível da junção escamo-colunar e o adenocarcinoma que surge no epitélio glandular da endocérvix, sendo o primeiro mais freqüente (CARVALHO, 2006).

São considerados fatores de risco de câncer do colo do útero a idade precoce na primeira relação sexual, multiplicidade de parceiros, história de infecções sexualmente transmitidas, a multiparidade, o tabagismo, situações de imunossupressão tais como no tabagismo, corticoterapia, Diabetes, Lupus e AIDS. Isto também ocorre em situações onde há ingestão deficiente de vitamina A e C, beta-caroteno e ácido fólico, comumente associado com baixas condições socioeconômicas. O uso de anticoncepcionais como fator de risco ainda é discutido, pois há a hipótese de que a associação entre o uso de contraceptivos orais e o risco de câncer invasivo do colo do útero se deva ao fato de que as mulheres que fazem uso deles são sexualmente ativas e que, em menor probabilidade, usam métodos de barreira, sendo por isto mais expostas ao risco de contrair HPV (CARVALHO, 2006).

Atualmente, considera-se, que a persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) represente o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer cervical, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Firmou-se assim, cientificamente, pela primeira vez, a indução de um tumor sólido por um vírus (BRASIL, 2008).

A infecção por HPV pode ser subclínica. Nesses casos, não há presença lesões diagnosticáveis a olho nu, e o diagnóstico pode ser sugerido a partir da colpocitologia oncótica. Na forma clínica, há uma lesão visível macroscopicamente, o condiloma acuminado, no entanto, não há quase nenhuma potencialidade de progressão para o câncer (BRASIL, 2008).

São conhecidos, atualmente, mais de 100 tipos diferentes de HPV e cerca de 20 destes possuem tropismo pelo epitélio escamoso do trato genital inferior (colo, vulva, corpo do períneo, região perianal e anal). Desses tipos, são considerados como de baixo risco para o desenvolvimento de câncer os de números 6, 11, 26, 40, 42, 53-55, 57, 59, 66 e 68 (relacionados principalmente a lesões benignas, tais como condiloma, e também à Neoplasia Intra-Epitelial Cervical – NIC I). Os de médio e alto risco são os de números 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 59 (relacionados a lesões de alto grau – NIC II, III e câncer). Os tipos 16 e 18 foram identificados como os principais agentes etiológicos das neoplasias uterinas,

sendo o HPV 16 o responsável pela maior proporção de casos (50%), seguido do HPV 18 (12%), HPV 45 (8%) e o HPV 31(5%). A relação entre HPV e o câncer do colo do útero é cerca de 10 a 20 vezes maior do que o tabagismo e o câncer de pulmão (BRASIL, 2006).

Assim, o conhecimento atual dos fatores de risco, permite avanços significativos no diagnóstico precoce e na profilaxia deste tumor (BRASIL, 2006).

Por ser uma doença de crescimento lento e silencioso, a detecção precoce do câncer do colo do útero ou de lesões precursoras é plenamente justificável, pois a curabilidade pode chegar a 100%, e em grande número de vezes, a resolução ocorrerá ainda em nível ambulatorial (BRASIL, 2006).

Devido à alta prevalência do câncer do colo de útero, o Ministério da Saúde do Brasil, priorizou a sua prevenção através do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero- Viva Mulher que tem por objetivo reduzir o número de óbitos causados por esse tipo de câncer via diagnóstico precoce das lesões precursoras e tratamento adequado delas. Selecionou-se a colpocitologia oncótica, também conhecido como preventivo do câncer de colo do útero (PCCU), como método de triagem, considerando sua simplicidade e segurança, fácil execução, assim como a sua aceitação pela população feminina e pelos profissionais de saúde. Esse exame detecta as lesões precursoras do câncer e também processos inflamatórios, infecções pelo papilomavírus humano (HPV) e as alterações malignas (PIATO, 1997). Tais ações são direcionadas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade.

A periodicidade indicada pelo ministério da saúde é, inicialmente, um exame por ano. No caso de dois exames seguidos sem alterações (com intervalo de um ano entre eles) o exame deverá ser feito a cada três anos. Em caso de exames com resultados alterados a mulher deve seguir as orientações fornecidas pelo profissional de saúde que a acompanha (BRASIL,2007).

O exame de colpocitologia oncótica foi desenvolvido por um pesquisador do câncer do colo do útero, Dr. George Nicholas Papanicolaou, médico grego, nascido em 188. Até o método ser desenvolvido, Dr. Papanicolaou, passou anos em laboratórios examinando secreções do colo do útero de suas pacientes. Observava que o tecido de alguns colos de útero ao ser examinado com lente de aumento apresentou-se com alterações celulares (PINHO; MATTOS, 2002). Após vinte anos, no ano de 1943, seu trabalho foi apresentado num

congresso médico, onde finalmente obteve sucesso, permanecendo até os dias atuais . Esse método foi sendo assimilado em serviços de ginecologia e, atualmente, representa a mais importante forma de rastreamento da neoplasia cervical. Com isso, tem permitido reduzir mortalidade por câncer do colo uterino nos países onde é preconizado (MOTTA, 2001).

O exame consiste na análise das células oriundas da ectocérvice e da endocérvice que são extraídas por raspagem do colo do útero. A coleta de material ectocervical é realizada após a introdução do espéculo vaginal, sem colocação de nenhum lubrificante. Com a espátula de Ayre, é coletado o material ectocervical e com uma escova é realizada a coleta de material da endocervice. O material coletado é espalhado de maneira uniforme sobre uma lâmina de microscopia, previamente identificada, e imediatamente fixado, para evitar a ressecamento e deformação das células. Após a fixação do material, é realizada a coloração citológica pela técnica de Papanicolaou (GOMPEL; KOSS, 1997).

É importante que as mulheres tenham sido orientadas a não terem relações sexuais ou fazerem uso de duchas, medicamentos ou exames intravaginais durante as 48 horas que precedem o exame. Também é importante esclarecer que o exame deve ser realizado fora do período menstrual. No caso de mulheres histerectomizadas que comparecerem para a coleta, deve ser obtido um esfregaço de fundo de saco vaginal. No caso de pacientes grávidas, a coleta endocervical é contra-indicada. Como existe uma eversão fisiológica da junção escamo-colunar do colo do útero durante a gravidez, a realização exclusiva da coleta ectocervical fornece um esfregaço satisfatório para análise laboratorial (GOMPEL; KOSS, 1997).

A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada, pois o material aí coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncótico, a não ser em mulheres submetidas a histerectomia total (BRASIL, 1997).

Durante o momento do exame especular, na coleta do exame citopatológico, pode ser evidenciado no colo do útero alguma lesão que necessite de tratamento, algumas vezes independente do resultado do exame citopatológico. A visualização de um colo com aspecto tumoral é uma indicação de encaminhamento direto à colposcopia, mesmo na vigência de um resultado citopatológico negativo para malignidade (BRASIL, 1997).

Na colpocitologia oncótica são encontradas atipias celulares de significado bem determinado nas lesões intra-epiteliais escamosas, no carcinoma epidermóide invasivo e no adenocarcinoma. Embora a taxa de falsos negativos seja freqüente no exame citopatológico-

variando de 6 a 68%- o exame colpocitológico permite o diagnóstico precoce das lesões cervicais e eficiência no diagnóstico e tratamento adequado às mulheres cujos laudos sejam positivos para lesões (SILVA FILHO ; LONGATO FILHO, 2000)

Mesmo quando realizada a cada três anos, a colpocitologia oncótica diminui o surgimento de lesão intra-epitelial escamosa em até 10 vezes (CARVALHO, 2006).

Os resultados citopatológicos são emitidos em relatórios, segundo uma nomenclatura que permite estabelecer parâmetros de comparabilidade em nível nacional. A classificação que se mantém desde 1993, usada pela Sociedade Brasileira de Citopatologia e o Ministério da Saúde, por intermédio do INCA, preconizam a adoção da classificação do MS/SBC, que corresponde à de Richard, modificada por alguns critérios de Bethesda. Tal nomenclatura leva em conta critérios técnicos de satisfatoriedade, indica neoplasias intra-epiteliais e identifica a microbiologia vaginal (cocos, bacilos, sugestivo de *Chlamydia sp*, *Actinomyces sp*, *Candida sp*, vírus do grupo Herpes, *Trichomonas vaginalis*, *Gardenerella vaginalis*, outros) (BRASIL,1997).

A prevenção primária do câncer do colo do útero pode ser realizada através do estímulo ao uso de preservativos, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco (TOBIAS, J. et al. ,1997 )

Em meio a esse contexto, foi desenvolvido o presente estudo, que busca conhecer as características das mulheres que realizaram o exame de colpocitologia oncótica, considerando seu perfil sócio-demográfico e resultados citopatológicos e microbiológicos dos exames, visando contribuir para a melhoria da assistência oferecida.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Estudar as características das mulheres submetidas a exame de citologia oncológica em Penalva/MA, considerando seu perfil sócio-demográfico e resultados citopatológicos e microbiológicos dos exames.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico das mulheres que realizaram exame preventivo do colo do útero.
- Identificar os resultados citopatológicos e microbiológicos dos exames realizados pelas mulheres estudadas.

### **3 METODOLOGIA**

- Tipo de estudo

O estudo é do tipo descritivo retrospectivo, com abordagem quantitativa, a partir da coleta de dados de mulheres que realizaram exames de citologia oncológica que constam nos prontuários do Hospital Menino Jesus de Nazaré, município de Penalva, Maranhão, entre 01 de janeiro e 30 de junho/2008.

- Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Menino Jesus de Nazaré. O referido Hospital está localizado em Penalva, município do estado do Maranhão fundado em 10 de agosto de 1915, localizado na microregião da Baixada Maranhense, a 225 km da capital do estado, com uma população estimada de 33.473 habitantes, segundo estimativas do IBGE. É uma cidade que tem como atividades principais a agricultura e a pesca.

O município conta com sete Equipes de Saúde da Família e um Hospital Municipal de pequeno porte. No Hospital, há 01 equipe de saúde da família, composta por 01 enfermeira, 01 médico, 12 agentes comunitários de saúde.

Os exames de colpocitologia oncológica são realizados em todas as sete Unidades Básicas de Saúde do município, mas é no Hospital Menino Jesus de Nazaré que há a maior demanda de clientes para realização desse exame.

A realização da colpocitologia oncológica é feita como rotina da Unidade, em horário específico no cronograma semanal da equipe de saúde local. A coleta é feita pela Enfermeira, e em seguida os exames são encaminhados ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-MA) juntamente com a ficha padrão de requisição do exame citopatológico do Ministério da Saúde. Após 30 dias, aproximadamente, os resultados retornam para a Unidade de Saúde.

- População

A população do estudo foi composta por todas as 580 mulheres que compareceram a Unidade de Saúde da Família do Hospital Menino Jesus de Nazaré para realizar o exame de colpocitologia oncótica, no período entre 01 de janeiro a 30 de junho/2008, em Penalva, Maranhão.

- Coleta de dados

A pesquisa foi realizada através da análise dos prontuários de clientes atendidas na Unidade de Saúde da Família do Hospital Menino Jesus de Nazaré submetidas ao exame de colpocitologia oncótica, no município de Penalva, Maranhão, no período entre janeiro e junho de 2008.

Inicialmente, os prontuários foram separados de acordo com o mês da coleta do exame colpocitológico. A coleta de dados foi realizada semanalmente no período de julho a setembro de 2008, mediante autorização expressa do Secretário de Saúde do Município de Penalva-MA.

- Análise de dados

Após a autorização do Secretário de Saúde através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), os prontuários foram separados de acordo com o mês em que as clientes foram submetidas ao exame. Em seguida, os dados foram passados para a ficha de coleta de dados (apêndice B). Os resultados foram analisados, comparados e discutidos. Em seguida, foram armazenados e expostos em tabelas, por meio do programa Microsoft Word 2007.

- Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Será realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a seguir referem-se aos dados contidos nos 580 prontuários das mulheres que realizaram o exame de colpocitologia oncótica de 01 de janeiro a 30 de junho / 2008, no Hospital Menino Jesus de Nazaré, Penalva-MA.

Tabela 1- Distribuição numérica e percentual de 580 mulheres submetidas ao exame de colpocitologia oncótica, segundo faixa etária. Hospital Menino Jesus de Nazaré. Jan a jun/2008.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>Nº DE MULHER</b>	<b>%</b>
DE 15 A 20 ANOS	68	11,72
DE 21 A 25 ANOS	160	27,5
DE 26 A 30 ANOS	145	25
DE 31 A 35 ANOS	78	13,4
DE 36 A 40 ANOS	45	7,75
DE 41 A 45 ANOS	34	5,8
DE 46 A 50 ANOS	32	5,5
DE 51 A 55 ANOS	09	1,5
DE 56 A 60 ANOS	06	1
ACIMA DE 60 ANOS	03	0,51
<b>TOTAL</b>	<b>580</b>	<b>100</b>

Na Tabela 1 observou-se que 27,5% (160) das mulheres estudadas apresentavam idade entre 21 a 25 anos e 25 % (145), tinham idade entre 26 a 30 anos. As mulheres de 31 a 60 anos representaram apenas 35,58% (207).



Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a incidência por câncer do colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta gradualmente, até atingir seu pico, na faixa etária de 45 a 49 anos. As ações do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero- Viva Mulher, do Ministério da Saúde, são direcionadas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade (BRASIL, 2007).

Percebeu-se que o número de mulheres que fizeram o exame preventivo do câncer do colo do útero começa a diminuir na faixa etária a partir de 31 anos. Na faixa etária de maior risco para câncer cervical, de 45 a 50 anos, houve apenas 32 mulheres (5,5%) que se submeteram ao exame. As mulheres acima de 60 anos representam apenas 0,51 % (03) da população estudada fato que, de acordo com SILVA FILHO (2000) pode estar relacionado com o fim do período reprodutivo e conseqüente afastamento das consultas ginecológicas de rotina associadas à maternidade. Anschau (2002) relata ser pouco freqüente o câncer do colo uterino em mulheres com menos de 25 anos, sofrendo um declínio após 60 anos.

Apenas 11,72% (68) das mulheres tinham de 15 a 20 anos. De acordo com Pinho (2006), programas de rastreamento de câncer de colo uterino em mulheres abaixo dos 25 anos não teriam impacto na redução de incidência por câncer, pois nessa faixa etária as lesões dominantes são de baixo grau e mais da metade regredirão em poucos meses.

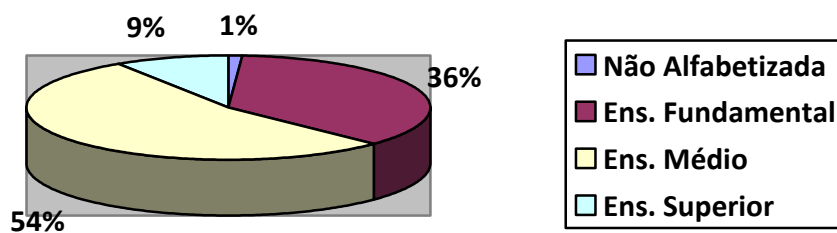


Figura 1. Distribuição numérica e percentual de 580 mulheres submetidas ao exame de colpocitologia oncótica, segundo escolaridade, Hospital Menino Jesus de Nazaré. Jan a jun/2008.

Em relação ao grau de instrução, a Tabela 2 mostra que há uma predominância do ensino médio, correspondendo a 55% (319) das mulheres estudadas. 38% (217) tinha o ensino fundamental, 6% (36) tinha o ensino superior e 1% (08) não era alfabetizada.

A baixa escolaridade significa um possível desconhecimento da mulher em relação aos cuidados com a saúde e um acesso restrito à assistência à saúde, aumentando assim, o perigo de exposição a fatores de risco para o câncer do colo do útero.

De acordo com Ziegler (2002), o baixo grau de escolaridade traz como consequência a baixa conscientização para o exercício da cidadania e o restrito e seletivo acesso. Assim, as mulheres de baixa escolaridade têm maior probabilidade de adoecer.

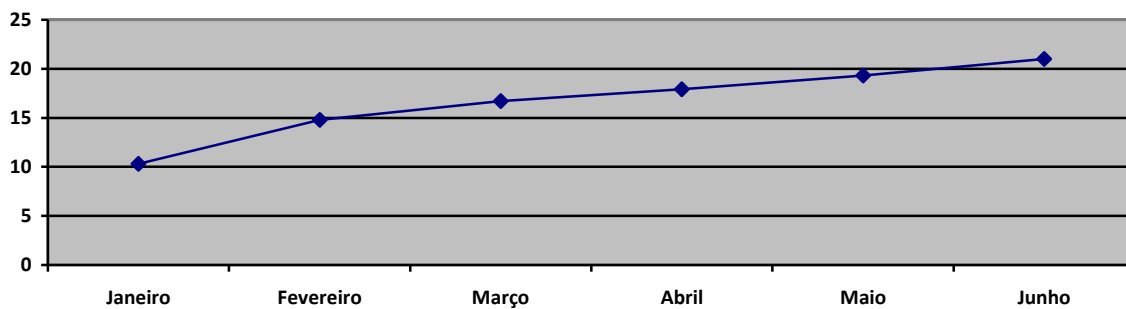


Figura 2 - Distribuição numérica e percentual de 580 mulheres submetidas ao exame de colpocitologia oncótica, segundo o mês da coleta. Hospital Menino Jesus de Nazaré. Jan a jun/2008.

O mês que houve o menor número de exames realizados foi em janeiro com 10,3 % (60) e o mês de junho foi o que houve maior número de exames, com 21% (122). Supõe-se que o fato da ocorrência do maior número de exames ter sido feito no mês de junho é porque esse mês aconteceu a primeira etapa da campanha de vacinação da pólio.

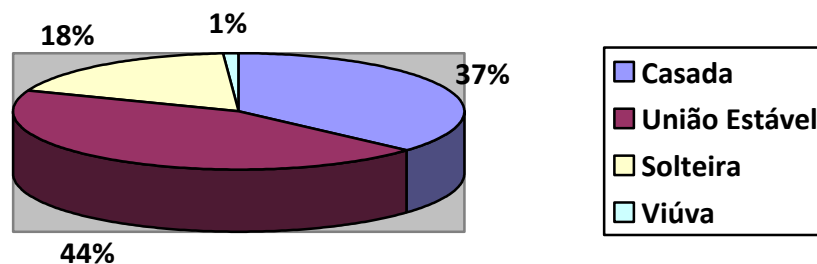


Figura 3. Distribuição numérica e percentual de 580 mulheres submetidas ao exame de colpocitologia oncótica por estado civil. Hospital Menino Jesus de Nazaré. Jan a jun/2008.

Em relação ao estado civil observou-se que a maioria das mulheres estudadas ou mantinha um relacionamento estável (43%) ou era casada (37%). Esse fator, apesar de não se constituir verdade absoluta que mulheres casadas ou em relações estáveis apresentem parceiros fixos, em relação às mulheres que possuem vários parceiros sexuais, diminui o risco de contaminação pelo vírus HPV, agente comprovadamente causador de 99% dos casos de câncer do colo uterino (INCA, 2006). O restante das mulheres estudadas encontra-se na categoria de solteira 18% (108) e viúva 1,2% (07).

O uso de preservativos deve ser recomendado a todas as mulheres sexualmente ativas, independente do seu estado civil.

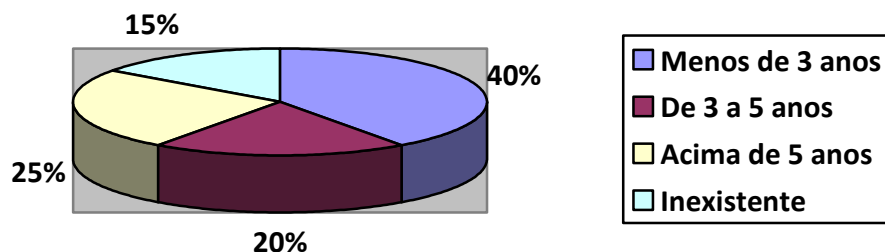


Figura 4. Distribuição numérica e percentual de 580 mulheres submetidas ao exame de colpocitologia oncótica, conforme o tempo de realização da colpocitologia oncótica prévia, Hospital Menino Jesus de Nazaré. Jan a jun/2008.

A Tabela 4 ilustra a periodicidade de realização do exame colpocitológico. De acordo com essa tabela, 20% (116) fizeram o último exame há 3 a 5 anos, 25% (145) mulheres haviam feito a colpocitologia há mais de 5 anos. 40% (232) fizeram no intervalo estabelecido pelo Ministério da Saúde, menos de 3 anos, concordando assim, com o estudo de Nascimento (1996), onde 41% das mulheres realizaram o exame em período igual ou inferior a três anos. O que mostra que algumas mulheres já incorporaram o hábito de fazer o exame com a frequência recomendada. Somente 15% (87) das mulheres nunca haviam realizado o exame.

É responsabilidade do profissional de saúde alertar a comunidade acerca do comportamento relacionado à saúde e auto-cuidado. É necessário que sejam traçadas estratégias pelas equipes de saúde para buscar as mulheres na faixa etária e periodicidade recomendada.

No Brasil, recomenda-se que o exame preventivo do colo do útero deve ser feito anualmente, por dois anos consecutivos, a partir dos 25 anos de idade e, caso esses exames sejam negativos, a cada três anos até os 59 anos de idade. Essas diretrizes baseiam-se em estudos realizados em diferentes países e que mostram que o rastreamento de 100% da população feminina de 35 a 64 anos, anualmente ou com intervalos trienais, apresenta resultados parecidos quanto à redução na incidência do câncer cervical, 93,5% e 91,4%, respectivamente (PINHO; MATTOS, 2002)

Tabela 2- Distribuição numérica e percentual de 580 mulheres submetidas ao exame de colpocitologia oncótica segundo microorganismos encontrados na flora vaginal. Hospital Menino Jesus de Nazaré. Jan a jun/2008.

<b>MICROORGANISMOS</b>	<b>Nº. DE CASOS</b>	<b>%</b>
Cocos	164	28,28
Lactobacillus sp	152	26,21
Cocos + Bacilos	97	16,72
Bacilos	80	13,79
<i>Candida sp.</i>	11	1,9
Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de <i>Gardnerella vaginalis</i> / <i>Mobiluncus sp</i> );	60	10,34
<i>Trichomonas vaginalis</i>	15	2,59
<i>Gardnerella vaginalis</i> + <i>Trichomonas vaginalis</i>	01	0,17
<b>TOTAL</b>	<b>580</b>	<b>100</b>

A vagina é habitada por vários microorganismos de espécies diferentes que vivem em harmonia, comensalmente, mas que podem, em situações especiais, tornarem-se patogênicas (GIRALDO, 2005).

Os principais microorganismos encontrados nas amostras foram Lactobacillus sp., 28,28% (164), bacilos, 26,21% (152), cocos + bacilos, 16,72% (97) e cocos 13,79 % (80), representando juntos 85% do total de microorganismos encontrados. Os Bacilos supracitoplasmáticos (que são sugestivos de infecção por *Gardnerella vaginalis* /*Mobiluncus sp*) foram encontrados em 10,34% (60), a *Candida sp.* em apenas 1,9 % (11)

das mulheres, *Trichomonas vaginalis* em 2,59% (15) e a associação entre *Gardnerella* e *Trichomonas vaginalis* em 0,17% (01) das mulheres.

O *Lactobacillus* sp é a espécie bacteriana mais freqüente no meio vaginal e é ele quem determina o pH ácido (3,8 a 4,5) que inibe o crescimento de outras bactérias, nocivas à mucosa vaginal. Quando há ausência ou baixa concentração de *Lactobacillus* sp no conteúdo vaginal significa um processo patogênico (SILVA FILHO, 2000).

O Papilomavírus humano (HPV) está altamente relacionado com o potencial oncogênico para as neoplasia da cérvix uterina. Aproximadamente todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV. Quando não são tratadas adequadamente ou não tratadas precocemente, predispõem a formação desse tipo de neoplasia (BRASIL, 2008). Porém, o presente estudo não demonstrou nenhum caso desse tipo de infecção.

Verificou-se que as neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC) acometeram 0,51% da população, somando 03 casos. Houve um caso de NIC I na população de faixa etária de 26 a 30 anos, um caso de NIC II na faixa etária de 36 a 40 anos e um caso de NIC III na população com 46 a 50 anos.

Segundo INCA (2007) a maior incidência de neoplasias intra-epiteliais cervicais situa-se entre 40 e 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem ocorreria antes dos 30 anos.

As neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC) são lesões precursoras que poderá ou não evoluir para câncer. A NIC I é uma alteração celular que acomete as camadas basais do epitélio estratificado do colo do útero, o que caracteriza uma displasia leve. Cerca de 80% das mulheres com esse tipo de lesão apresentarão regressão espontânea em menos de um ano. NIC II é o desarranjo celular em até 3/4 da espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, uma displasia moderada. Já a NIC III é o desarranjo em todas as camadas do epitélio (displasia acentuada ou carcinoma *in situ*), sem invasão do tecido conjuntivo subjacente (LEAL,2003).

As neoplasias Intra-epiteliais cervicais são tratáveis e curáveis em até 100% (BRASIL, 1997).

No resultado compatível com NIC I recomenda-se a repetição do exame citopatológico após 6 meses e nos resultados compatíveis com NIC II ou NIC III recomenda-se o encaminhamento imediato para a colposcopia (BRASIL, 2008).

Quadro 1- Relação entre neoplasias intra-epiteliais de diferentes graus de evolução e flora bacteriana encontrada. Hospital Menino Jesus de Nazaré. Jan a jun/2008.

NIC	FLORA BACTERIANA
I	Cocos + Bacilos
II	<i>Trichomonas vaginalis</i>
III	Cocos

A tabela 7 mostra a relação entre as neoplasias intra-epiteliais e a flora vaginal. Apenas uma das três mulheres encontradas com NIC apresentou uma DST concomitante.

O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário flagelado causador da tricomoníase, uma doença do sistema genital da mulher que pode cursar com pouca ou nenhuma manifestação clínica. No homem causa uma uretrite de manifestações em geral discretas (ardor e/ou prurido uretral e secreção esbranquiçada, amarelada ou amarela esverdeada), podendo, eventualmente, ser ausentes em alguns. Na mulher, manifesta-se como um corrimento vaginal amarelo esverdeado ou acinzentado, espumoso e com forte odor característico. Não é incomum também ocorrer irritação na região genital bem como sintomas miccionais que podem simular uma cistite. Sua transmissão é, principalmente, sexual.

A presença de cocos significa desequilíbrio da flora vaginal normal, já que na flora vaginal normal, os microorganismos mais freqüentemente encontrados são os *Lactobacillus* sp , que determina o pH ácido da vagina e que inibe o crescimento de microorganismos patogênicos (SILVA FILHO, 2000).

Estudos mostram que Mulheres com história ou portadoras de DST apresentam risco maior para câncer cérvico-uterino e para outros fatores que aumentam este risco, como a infecção pelo HPV. Estudos de prevalência mostram que as lesões precursoras do câncer cérvico-uterino são cinco vezes mais freqüentes em mulheres portadoras de DST (BRASIL, 2008).



Acredita-se que esses agentes transmissíveis não sejam agentes causais do câncer do colo uterino, mas geralmente estão relacionados com uma atividade sexual desprotegida, um fator de risco para as neoplasias cervicais.

## 5 CONCLUSÃO

Dentre as variáveis estudadas, caracterizando a faixa etária, a escolaridade, estado civil, o número de coleta do exame de colpocitologia oncótica por mês, o tempo de realização da colpocitologia oncótica prévia, os microorganismos encontrados na flora vaginal, as alterações epiteliais de diferentes graus de evolução de acordo com a faixa etária e a relação entre neoplasias intra-epiteliais de diferentes graus de evolução e flora bacteriana das 580 clientes que realizaram o exame de colpocitologia oncótica no Hospital Menino Jesus de Nazaré, no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2008, chegou-se as seguintes conclusões:

- A faixa etária dominante foi de 21 a 30 anos;
- Em relação a escolaridade mostrou-se que há uma predominância do ensino médio;
- A maioria mantinha um relacionamento estável ou era casada;
- O mês que houve o maior número de exames realizados foi o mês de junho;
- 40 % realiza o exame colpocitológico no intervalo preconizado, até 3 anos;
- Flora vaginal alterada, pois foi evidenciado um grande número de microorganismos associados a processos patológicos. Não foi encontrada nenhuma suspeita de infecção por HPV.
- Verificou-se que as neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC) acometeram 0,51% da população, somando 03 casos. Houve um caso de NIC I na população de faixa etária de 26 a 30 anos, um caso de NIC II na faixa etária de 36 a 40 anos e um caso de NIC III na população com 46 a 50 anos.
- Em cada uma das três mulheres encontradas com neoplasia intra-epitelial cervical apresentou uma DST, tricomoníase, concomitante. As outras clientes apresentaram alteração na flora vaginal com predominância de cocos e bacilos.

## REFERÊNCIAS

ANSCHAU, F. **O polimorfismo no códon 72 do gene TP 53 e o risco para câncer do colo uterino associado ao papilomavírus humano**. Porto Alegre, 2002. Dissertação (Mestrado em Genética e Biologia Molecular), Faculdade de Medicina, Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=5ite](http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5ite)> Acesso em: 20 jun. 2008.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). **Falando sobre câncer**. 2 ed., Rio de Janeiro, 1997.

BRENNA, S.M.F.; et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-914, jul./ago, 2001.

BRUNNER, L. S. ; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**, 7. ed. , Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CARVALHO, R. et al. Carcinoma de células escamosas microinvasivo: relato de caso. **Rev. Para. Med. [online]**. set. 2006, vol.20, no.3 , p.65-69. Acesso em 20 Outubro 2008. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-59072006000300013&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000300013&lng=pt&nrm=iso)>.

GIRALDO, Paulo César et al . Influência da frequência de coitos vaginais e da prática de duchas higiênicas sobre o equilíbrio da microbiota vaginal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** , Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, 2005 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032005000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Set 2008.

GOMPEL, C; KOSS, GL. **Citologia ginecológica e suas bases anatomoclínicas**. São Paulo, SP: Manole, 1997.

IBGE. **Contagem da população 2007**. Disponível em:  
[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/popmunic2007/layoutTCU14112007.xls](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/popmunic2007/layoutTCU14112007.xls). Acesso em: 14 nov. 2007.

INCA. **Viva Mulher – Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero**. 2007.  
Disponível em:  
[http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva\\_mulher/documentos/nota\\_tecnica.pdf](http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/nota_tecnica.pdf)  
Acesso em: 21 jun. de 2008.

LAPIN, G.A.; DERCHAIN, S.F.M; TAMBASCIA, J. Comparação entre colpocitologia oncológica de encaminhamento e a da gravidade das lesões cervicais intra-epiteliais. **Rev. Saúde Pública**, 2000.

LEAL, Elaine Azevedo Soares et al . Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco - Acre. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** , Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, 2003 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-2032003000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-2032003000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 Sep 2008. doi: 10.1590/S0100-72032003000200002.

MOTTA, E.V. da et al . Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva. **Rev. Assoc. Med. Bras.** , São Paulo, v. 47, n. 4, 2001 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000400032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400032&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jun. 2008.

NASCIMENTO, C. M. R.; ELUF NETO, J.; REGO, R. A. Cobertura do teste de Papanicolau no município de São Paulo e características das mulheres que realizaram o teste. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.121,p.491-501,1996.

PIATO S. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

PINHO, A.A. ;MATTOS, M.C.F.I. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas. **J. Brás. Patol. Méd. Lab.** jul.2002;

PINHO, A.A.; et al.Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**. v.19, n. 2, p. 5313- 5313, 2006.

SALVÁ, A.R.,et al. Factores de riesgo del cáncer de cérvix em el municipio Cerro. **Ver. Cubana Hig Epidemiol**,1999.

SILVA FILHO, A. de M. ; LONGATO FILHO, A. **Colo uterino & vagina. Processos inflamatórios. Aspectos histológicos, citológicos e colposcópicos**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

TOBIAS, J. et al. **Oncologia ginecológica**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

VARGAS, V.R.A. ; DALLA CORTE, E.A. **Prevalência das lesões intra-epiteliais escamosas em exame citológico numa determinada população de Santo Ângelo, RS**. Porto Alegre 2002. Monografia (Especialização em Análises Clínicas) - Sociedade Brasileira Análises Clínicas, Regional Sul, 2005

ZIEGLER, L.D.N., Prevenção do câncer de colo uterino. Monografia (Especialização em Saúde da Família)-Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, 2002.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

Pesquisadora: Monique Amorim Dominices

**ANÁLISE DOS EXAMES COLPOCITOLÓGICOS DE CLIENTES ATENDIDAS NO  
HOSPITAL MENINO JESUS DE NAZARÉ DE PENALVA/MA**

Prezada Senhora, estou realizando uma pesquisa sobre a **ANÁLISE DOS EXAMES COLPOCITOLÓGICOS DE CLIENTES ATENDIDAS PELO HOSPITAL MENINO JESUS DE NAZARÉ**. Para isso, preciso fazer pesquisas nos prontuários do Hospital municipal de Penalva. Convidamos a sra. a autorizar a pesquisa acima mencionada. Agradeço sua colaboração.

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo que a pesquisa seja feita no Hospital Menino Jesus de Nazaré. Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Não serão divulgados os dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Penalva, / /

---

Pesquisador responsável

---

Sujeito da Pesquisa

APÊNDICE B-Instrumento de coleta de dados

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANO \_\_\_\_\_

Nº DO EXAME	IDADE	MÊS	RESULTADO
1			
...			

ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	ÚLTIMA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA



ANEXO



## Imprimir ate a pag acima

Na maioria dos casos, a evolução do câncer do colo do útero é lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis.(BRASIL, 2002), por isso a grande chance de cura quando as displasias são detectadas a tempo>curáveia emn %

O colo do útero é revestido, de forma ordenada, por diversas camadas epiteliais pavimentosas que, ao sofrerem transformações intra-epiteliais progressivas, podem evoluir para uma lesão cancerosa invasiva, num período que varia de 10 a 20 anos (BRASIL, 2002).

CÉSAR, J. et al. Fatores associados à não realização de exames citopatológicos de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.5, 2003.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>> . Acesso em 19 de fevereiro de 2008.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F., Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n.5, p. 1061-1069, 2007.

OLIVEIRA, M.M; SILVA, A.A.; BRITO, L; COIMBRA, L. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luis, Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.9, n.3, p. 325-334, 2006.

Como mostrou PINHO (2002) a World Health Organization (WHO) propõe, para países com recursos financeiros limitados, que o rastreamento de lesões cervicais seja feito pelo menos uma vez na vida em todas as mulheres com idade próxima aos 40 anos. Quando se dispõe de mais recursos, propõe-se rastrear lesões cervicais a cada cinco a 10 anos em mulheres entre 35 e 55 anos de idade. Aos países onde não há limitação de recursos, como no Brasil, a WHO diz que a prevenção ideal do câncer de colo do útero deve ser feita anualmente, por dois anos consecutivos, a partir dos 25 anos de idade e, caso esses exames sejam negativos, a cada três anos até os 60 anos de idade. Essas diretrizes baseiam-se em estudos realizados em diferentes países e que mostraram que o rastreamento de 100% da população feminina de 35 a 64 anos, anualmente ou com intervalos trienais, apresenta resultados parecidos quanto à redução na incidência do câncer cervical, 93,5% e 91,4%, respectivamente.

O exame de papanicolau é utilizado na detecção precoce do Ca necr cervical . A lenta evolução deste cancer possibilita o seu diagnóstico na fase intra uterina , período não invasivo, em assintomáticas e com elevado potencial de cura. Alem de verificar alterações intraepiteliais..

O câncer de colo de útero, quando detectado precocemente tem ampla possibilidade de cura. A estratégia utilizada nas últimas décadas, em diversos países, para a detecção precoce deste câncer e suas lesões precursoras é a realização do exame citológico de Papanicolau. Este exame consiste em uma tecnologia simples, eficaz e de baixo custo para o sistema de saúde, podendo ser realizado por um profissional de saúde treinado adequadamente, sem a necessidade de uma infra-estrutura sofisticada (Oliveira et al, 2006). Ele possibilita um rastreamento de até 80% dos casos de câncer de colo uterino e se as lesões iniciais forem tratadas de forma adequada, a redução da taxa de câncer cervical pode chegar a 90% (Tavares & Prado, 2006).

Há tendências em se propor ampliação na faixa populacional que deve ser submetida regularmente ao exame de rastreamento, mesmo em idade superior a 65 anos. Recomendados anualmente quando fatores de risco para câncer de colo uterino estiverem presentes ou se o resultado da colpocitologia oncótica prévia mostrar-se alterado, ou seja, lesões de alto e baixo grau (ALDRIGH & ALECRIN, 2002).

Motta (2001), em seu estudo desenvolvido no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no ano de 2001, observou que % das mulheres atendidas nunca haviam feito a colpocitologia oncótica.

A realização de pelo menos um exame é importante, apresentando redução de risco de câncer cervical em mulheres que fizeram seu último exame há dez anos em comparação com aquelas que nunca fizeram.

*O pH da vagina normal oscila entre 4,5 e 5,0, e é mantido pela produção de ácido láctico pelos lactobacilos, a partir de glicogênio das células de descamação da mucosa vaginal. Logo após o nascimento, a vagina é colonizada por lactobacilos, que, através da digestão do glicogênio das células de revestimento da mucosa vaginal, mantém o pH ácido. Tal situação persiste por poucas semanas. Quando os estrógenos oriundos da placenta têm queda abrupta de suas taxas no sangue da neonata, a mucosa vaginal tende a atrofiar-se, tornando desprezível o acúmulo do glicogênio celular. Em consequência da redução da transformação do glicogênio ácido láctico, o pH vaginal torna-se neutro. Em decorrência desse fato, a flora vaginal torna-se mista, composta de cocos e bacilos, destacando-se principalmente os estafilococos, peptoestreptococcus sp, estreptococos, difteróides e Escherichia coli. (...) Na puberdade, com o início da função ovariana, aumenta os níveis sanguíneos de estrógenos, ocorre a recolonização dos lactobacilos, reinicia-se a utilização de glicogênio como fonte de ácido láctico e o pH*

*volta a ser ácido. Este estado de acidez vaginal, em condições biológicas, permanecem durante todo o menacme. Após a menopausa, por diminuição de produção de estrogênio, o número de lactobacilos de novo diminui e reaparece a flora mista. Macéa (2001)*

Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos. A detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas (rastreamento), por meio do exame citopatológico (Papanicolaou), permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas. A faixa etária prioritária para a detecção precoce do câncer do colo do útero é dos 35 aos 49 anos de idade, período que corresponde ao pico de incidência das lesões precursoras e antecede o pico de mortalidade pelo câncer.(BRASIL,2002)

A classificação que se mantém até hoje para os diagnósticos histológicos é o sistema Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) subdividida em três graus, segundo a espessura proporcional do epitélio cervical com alterações citológicas: NIC I é um crescimento anormal restrito ao terço inferior do epitélio (displasia leve), NIC II é uma lesão envolvendo entre 1/3 a 2/3 do epitélio a partir da base (displasia moderada) e NIC III é uma lesão envolvendo mais de 2/3 do epitélio (displasia acentuada e carcinoma in situ) (DE LUCA, 1991).

## **12 perguntas sobre HPV**

02/08/2008

As novas e eficazes formas de prevenir e combater o problema

### 1. O que é HPV?

É um vírus que tem o nome de papilomavírus humano. HPV é a sigla em inglês para Human Papillomavirus. É uma família muito grande composta por diversos tipos virais, mais de 140, que são classificados por números. Atinge a superfície do corpo, a pele e as mucosas, causando várias alterações. Alguns não provocam maiores problemas do que verrugas na pele. Outros vírus, cerca de 40 tipos diferentes, têm foco maior nas áreas genitais e estão relacionados a verrugas e ao câncer, em especial o de colo do útero.

### 2. Quais são seus sintomas?

"É assintomático. Às vezes, aparecem algumas irritações na vagina ou no pênis, mas o paciente só vai saber mesmo que está com HPV no momento em que fizer algum exame. Por isso é tão importante ir ao ginecologista com regularidade e fazer o papanicolaou", diz Ricardo Ferreira da Cunha, médico sanitário responsável pelo serviço de vacinação do Delboni Auriemo. Se a mulher fica muito tempo sem fazer o exame, corre o risco de ter o vírus que transforma a célula normal da mucosa, seja da vagina ou do colo do útero, em células cancerosas. O resultado é o aparecimento de uma lesão que poderia ter sido curada em estágios iniciais.

### 3. Como o HPV é adquirido?

Quase sempre pela relação sexual, mas não exclusivamente. As verrugas na pele, em qualquer parte do corpo, por exemplo, também podem transmitir o vírus se sofrerem algum traumatismo ou se a outra pessoa tiver um pequeno ferimento na pele. Assim, até a manipulação de objetos contaminados sem proteção pode causar a infecção.

#### 4. O que é possível fazer para prevenir?

A prevenção se faz com a orientação, com educação, já que o uso de preservativo não protege 100% das vezes, até porque não cobre toda a área genital masculina. Outra forma de evitar problemas sérios é a visita regular ao ginecologista, para diagnosticar qualquer alteração. "É importante ressaltar que existe HPV sem câncer, mas não existe câncer de colo do útero sem HPV. O vírus também tem associação com o câncer de laringe e do reto, adquirido em relações sexuais. Pelo menos 30% do câncer de laringe e garganta e 70% do câncer do reto são causados pelo HPV", diz Ricardo Ferreira da Cunha.

#### 5. Já existe uma vacina anti-HPV?

Existem duas vacinas contra o HPV, sendo que uma delas previne contra quatro tipos virais: 16 e 18, que são relacionados ao câncer genital, e 6 e 11, que são ligados às verrugas genitais e doenças benignas. Essa vacina já foi aprovada pelo FDA (Food and Drug Administration) e pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e tem sido usada em vários países, inclusive no Brasil, onde é chamada de Quadrivalente. A outra vacina, a Bivalente, é contra os tipos 16 e 18 e deve estar à disposição no mercado em breve. As duas são produzidas por laboratórios diferentes e demonstraram alta eficácia de proteção contra a infecção nos estudos realizados. A Quadrivalente é indicada para mulheres de 9 a 26 anos, mas já existem estudos para mulheres de outras idades e também para homens. A Bivalente deve vir para uma faixa etária expandida, talvez seja liberada para mulheres até 46 anos.

#### 6. Quais os exames que detectam o vírus?

Existe uma gama de exames de biologia molecular bastante específicos, em que é possível saber a seqüência de DNA do vírus e, com isso, descobrir o tipo. Alguns evidenciam o problema por blocos de alto risco (vírus que causam câncer) ou de baixo risco (associados a verrugas benignas). Outros métodos que podem detectar a infecção são o exame clínico, que verifica a presença das verrugas genitais, o papanicolaou, a colposcopia e a biópsia. Os três últimos fazem diagnóstico de infecção por HPV de forma indireta, pois não vêem o vírus, mas, sim, o efeito da infecção nos tecidos.

#### 7. Qual é a principal forma de tratamento?

"São vários os métodos de tratamento, que destroem o tecido doente, como cauterização química ou elétrica. Em geral, os médicos não esperam para ver o que acontece e tratam a infecção, quando ainda não há lesão, com produtos químicos na vagina ou no colo do útero, para fazer uma descamação da mucosa e eliminar as células atingidas", diz Sérgio Mancini Nicolau, ginecologista e professor da Unifesp.

#### 8. Há casos de HPV em que é necessário fazer algum tipo de cirurgia?

Quando a doença já é um pouco mais complicada, com alteração do tecido ou mesmo nos casos de câncer genital, o procedimento geralmente é cirúrgico. Às vezes, quando o câncer não é ainda invasivo, cirurgias menores, com pequenas retiradas do tecido afetado, conseguem solucionar o problema. Mas, se o câncer já estiver num estágio mais avançado, as cirurgias são mais radicais e até necessitam de um tratamento de radioterapia e quimioterapia.

#### 9. Quais são os riscos do HPV para a saúde e bem-estar da mulher?

Fundamentalmente é o câncer, se a mulher não procurar assistência adequada e não fizer os tratamentos recomendados. Na maioria das vezes, a infecção por HPV não causa qualquer problema específico. Muitas mulheres (ou homens) nem sabem que têm o vírus no organismo.

#### 10. Em homens, o HPV se manifesta de maneira diferente? Como?

A maioria dos homens só vai descobrir a presença do HPV por meio de uma verruga na área genital. E muitos que já contraíram uma variante do vírus que não causa a verruga simplesmente não vão perceber nada. Só ficam sabendo quando, em determinada ocasião, fazem exames. Às vezes, aparece uma irritação, uma coceira, e a região fica avermelhada. O HPV também é responsável pelo câncer do pênis, mas com muito menor frequência do que ocorre em relação ao colo do útero.

#### 11. Quais os riscos do vírus HPV durante o período da gravidez?

Se a mãe tem HPV na vagina, o maior risco é a contaminação da criança quando ela passa pelo canal do parto. Isso não é muito comum de acontecer, mas alguns especialistas recomendam evitar o parto normal

#### 12. Quando há uma baixa imunológica, o problema pode voltar?

A infecção pode curar espontaneamente. Nesse intervalo de tempo, pode haver recorrências até que o organismo se imunize contra aquele determinado tipo viral. Em geral, quando a infecção é curada, não ocorre o seu retorno. Porém, se o vírus permanece no corpo bloqueado pelo sistema de defesa, é possível que a infecção retorne. Isso, é claro, se houver uma queda imunológica. Mas podem também aparecer novas infecções por outros tipos virais.



