

**INSTITUTO LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE PÚBLICA**

**SIMONE MENDES SANTANA  
OTÍLIA PATRÍCIA TORRES DA SILVA  
WATTYNA MARA COELHO LEANDRO BARROS**

**ANÁLISE DOS EXAMES PAPANICOLAU REALIZADOS EM UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE EM SÃO LUÍS/MA**

São Luís  
2011

**SIMONE MENDES SANTANA  
OTÍLIA PATRÍCIA TORRES DA SILVA  
WATTYNA MARA COELHO LEANDRO BARROS**

**ANÁLISE DOS EXAMES PAPANICOLAU REALIZADOS EM UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE EM SÃO LUIS/MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Saúde da Família e Saúde Pública, da Laboro – Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública.

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

**SIMONE MENDES SANTANA  
OTÍLIA PATRÍCIA TORRES DA SILVA  
WATTYNA MARA COELHO LEANDRO**

**ANÁLISE DOS EXAMES PAPANICOLAU REALIZADOS EM UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE EM SÃO LUIS/MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Saúde da Família e Saúde Pública, da Laboro – Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública.

Aprovada em    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Doutora Mônica Elinor Alves Gama** (Orientadora)

---

**Prof<sup>ª</sup>. Rosemary Ribeiro**  
Especialista em Pediatria

Aos nossos familiares, que tanto nos apoiaram  
e nos incentivaram nessa caminhada.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar forças para concluir mais uma etapa em minha vida.

À minha filha Larissa, por em todos os momentos estar ao meu lado.

*Simone Santana*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida, iluminando minha trajetória.

Aos meus pais Angela Maria Torres de Silva e Jaime Leopoldo da Silva, pela educação, sacrifícios, incentivos que me deram para a conclusão desta grande jornada, em especial à minha mãe pelo seu carinho, ajuda e dedicação e por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida.

A minha filha Maria Alice, que tem me proporcionado grandes.

Aos meus irmãos Luis Eduardo e Ítalo Diogo pelo apoio e ajuda na realização deste trabalho.

À minha avó Otilia Ferreira pela preocupação e momentos de orações para que a realização deste trabalho desse certo.

Ao meu esposo Renato pelo incentivo, força e carinho nas horas de angústia e desânimo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus, que na sua riqueza e glória sempre supre as minhas necessidades em Cristo Jesus;

Aos meus pais Azaias Macedo Leandro e Salete Coelho, pela coragem e sabedoria de investir em meus estudos.

Ao meu grande amor e companheiro de todas as horas Jonilson, obrigada pela compreensão e carinho dedicados a mim. Vamos continuar sonhando juntos!

À minha filha Ludmylla Catarina, razão da minha vida. Te amo!

*“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”*

*(Cora Coralina)*



## RESUMO

O Papanicolau é um exame importante na prevenção de doenças inflamatórias do trato genito-urinário, câncer de colo uterino e DST's, realizado como forma de prevenção e diagnóstico, fazendo parte do Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero do Ministério da Saúde. O câncer de colo uterino é uma neoplasia maligna observada tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. O objetivo deste estudo foi identificar as patologias ginecológicas evidenciadas através do exame colpocitopatológico, no Centro de Saúde Turu II da cidade de São Luís/MA, no ano de 2010. Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa, utilizando como instrumento para coleta de dados um roteiro, contendo idade e resultados obtidos no exame preventivo. A população constou de 438 exames realizados pelo Papanicolau, no período já descrito. Os resultados mostraram que a faixa etária predominante de mulheres encontra-se entre os 20 aos 34 anos (48%), porém a pesquisa abrange mulheres de todas as faixas etárias, sendo elas subdivididas de 14 em 14 anos no instrumento de pesquisa da seguinte forma: até 19 anos; 20 a 34 anos; 35 a 49 anos; 50 a 64 anos e 65 anos ou mais. A prevalência de patologias ginecológicas é maior em mulheres que se encontram em na faixa etária reprodutiva e sexualmente ativa. As patologias ginecológicas mais detectadas pelo exame citopatológico foram: Inflamação (93%), Cocos (34%), Gardnerella (26%) e Candidíase (10%). Pode-se concluir que apesar dos programas voltados para a atenção integral à mulher, elas ainda são acometidas por patologias específicas do gênero que poderiam ser prevenidas e/ou tratadas precocemente e que o câncer do colo do útero apesar de ser uma neoplasia comum, apresentou baixa prevalência na Unidade pesquisada.

**Palavras-chaves:** Saúde da mulher; Exame citopatológico; Afecções ginecológicas.

## ABSTRACT

The Papanicolau is an important procedure in the prevention of inflammatory diseases of the genitourinary tract, cervical cancer and STD, carried through as form of prevention and diagnosis, being part of the Program of Prevention of the Cervical Cancer of the Health Department. The uterine cancer is a malignant neoplasia observed in both developed and in undeveloped countries. The objective of this study was to identify the gynecologic pathologies evidenced by means of examination cytopathologic smear, at the health center Turu II in the city of Sao Luis, MA in 2010. This was a retrospective, descriptive study with a quantitative approach, using as an instrument for data collection a roadmap, containing ages and results in preventive examination. The population consisted of 438 tests performed by Papanicolau, in the period already described. The results demonstrated that the predominant age group of women is between 20 to 34 years (48%), but the research covers women in all age ranges, split of 14 to 14 years in instrument for research in the following way: Up to 19 years; 20 to 34 years; 35 to 49 years; 50 to 64 years and 65 or more. The prevalence of pathologies gynecologic and greater in women who are in the age group reproductive and sexually active. The pathologies gynecological more detected by cytopathologic examination were: inflammation (93%), Cocos (34%), Gardnerella (26%) and Candidiasis (10%). We can conclude that in spite of the programs focused on the integral attention to women, they still are affected by specific pathologies of the kind that could be prevented and or treated early, and that the cancer of the uterine cervix in spite of being a common neoplasm, showed low prevalence in univariate researched.

**Key-words:** Health of the woman; Cytopathologic examination; Affections gynecological.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição percentual das 388 mulheres de acordo com a faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.....	41
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Lactobacilos sp por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.....	43
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Bacilos por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.....	44
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Cocos por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.....	45
<b>Gráfico 5</b> – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Atrofia com Inflamação de acordo com a faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.....	46
<b>Gráfico 6</b> – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Candidíase por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.....	47
<b>Gráfico 7</b> – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Tricomoniase por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.....	48
<b>Gráfico 8</b> - Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Gardnerella por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.....	49
<b>Gráfico 9</b> – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Inflamação por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.....	51
<b>Gráfico 10</b> - Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de HPV/NIC I por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.....	52

**Gráfico 11** – Distribuição percentual das 388 mulheres comparando as doenças com maior prevalência na Unidade. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.....54

## Lista de Siglas e Abreviaturas

AGUS – Atipias de Significado Indeterminado em Células Glandulares  
ASCUS – Atipias de Significado Indeterminado em Células Escamosas  
CCU – Câncer de Colo Uterino  
DIP – Doença Inflamatória Pélvica  
DIU – Dispositivo Intra Uterino  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HPV – Papiloma Vírus Humano  
HSV – Herpes Simples  
INCA – Instituto Nacional do Câncer  
LVG – Linfgranuloma Venéreo  
NIC I – Neoplasia Intra-Epitelial Cervical – Displasia Leve  
NIC II – Neoplasia Intra-Epitelial Cervical – Displasia Moderada  
NIC III – Neoplasia Intra-Epitelial Cervical – Displasia Intensa  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PNCCCU – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
<b>2.1 Geral</b> .....	18
<b>2.2 Específicos</b> .....	18
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	38
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	41
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	56
<b>7 SUGESTÕES</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	60
<b>APÊNDICES</b> .....	69
<b>ANEXOS</b> .....	70

## Ficha catalográfica

## 1 INTRODUÇÃO

A flora vaginal normal é constituída por uma grande variedade de microorganismos, que se modificam durante o processo fisiológico normal de amadurecimento da mulher. Quando há um desequilíbrio da microbiota vaginal, pode ocorrer o predomínio de determinada flora em detrimento de outra, fazendo com que essas mulheres passem a apresentar um quadro de vaginite infecciosa (OLIVEIRA et al, 2007).

As infecções e inflamações do trato genital feminino não são patologias graves, mas causam transtornos e desconforto a mulher. O fluxo de atendimento na rotina das unidades de saúde pública para as condutas de prevenção e controle de doenças infecciosas, DST's e câncer ginecológico, iniciam com o laudo do exame colpocitológico pelo Papanicolau (VASCONCELOS e MARTINS, 2005).

Nesse sentido, os programas de atenção à saúde da mulher têm sido operacionalizados, inicialmente com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU) e agora através do Viva Mulher, que engloba a atenção à mulher no tocante às mamas e aos órgãos genitais, com a realização do exame clínico das mamas, da orientação para o autoexame das mamas e do Papanicolau (BRASIL, 2000).

Na atualidade, o exame de Papanicolau é estabelecido como teste universal para câncer de colo uterino e das lesões precursoras. Nas unidades de saúde primárias, a coleta 'rotineira é feita de forma desvinculada da ação médica na busca de aumentar o número de usuárias beneficiadas com a consulta e a melhoria da cobertura do exame na população (MACHADO JR. e DALMASO, 2008). É um teste simples, indolor, rápido e de baixo custo, onde cerca de 90% dos casos de câncer do colo de útero mais comum, podem ser prevenidos se alterações celulares precoces forem detectadas e tratadas (BRASIL, 2002a).

Entre os principais motivos para a não realização do exame preventivo está o desconhecimento, que faz com que, em muitas vezes, só haja procura e realização do exame apenas quando há sinais e sintomas (FERREIRA, 2009). A maior parte das mulheres procura atendimento ginecológico, incluindo realização da citologia preventiva, somente nos casos onde existe sintomatologia, fato que comprova e reafirma o desconhecimento das mesmas sobre a importância do exame preventivo em questão (GOMES et al, 2008). Pode ainda está relacionado a aspectos sócio-econômicos e culturais, precário nível de informação sobre a



gravidade da patologia e importância do exame preventivo, bem como a maneira simples de realização do mesmo.

Todas as mulheres devem realizar a prevenção, especialmente a partir dos 18 anos, mesmo que não tenham vida sexual ativa e antes dos 18 anos se já tiver tido relação sexual. A faixa etária para detecção precoce do câncer do colo de 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; seu pico de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade, onde é pouco frequente abaixo dos 30 anos (BRASIL, 2002b).

Vaginoses bacterianas, candidoses e tricomonoses representam cerca de 90% das desordens de origem infecciosa do trato genital feminino (RIBEIRO et al, 2007). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 170 milhões os casos de tricomonose no mundo, anualmente, em pessoas entre 15 e 49 anos, com a maioria (92%) ocorrendo em mulheres. Essa infecção, causada pelo *Trichomonas vaginalis*, é a doença sexualmente transmissível (DST) não viral mais comum no mundo (MACIEL et al., 2004).

Tendo em vista o aumento no número de casos e as diversas complicações associadas às infecções genitais, torna-se necessária a avaliação da importância do exame de Papanicolau no diagnóstico de tais infecções por se tratar de um exame disponibilizado gratuitamente em todos os postos de saúde do território nacional sendo, portanto, de grande abrangência.

Portanto, diante do exposto justifica-se esse estudo tanto pela importância que o exame Papanicolau representa no contexto tanto de saúde da mulher quanto do enfermeiro na prevenção do câncer do colo uterino, pois sua atuação disponibiliza ações a serem desenvolvidas com a finalidade de garantir o acesso a exames preventivos de diagnóstico e tratamento em serviços especializados.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Estudar as principais patologias ginecológicas evidenciadas no exame preventivo de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Luís, no ano de 2010.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar de acordo com a faixa etária, a ocorrência de afecções ginecológicas detectadas no exame Papanicolau.
- Identificar a maior prevalência de doenças ginecológicas, por faixa etária.
- Verificar a prevalência do câncer de colo uterino entre a população de estudo.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Saúde da Mulher**

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2004).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Até o início dos anos 80 a saúde das mulheres não era priorizada pelo sistema público de saúde, porém estava associada à saúde da criança materno-infantil, privilegiando a mulher apenas em seu período gravídico puerperal (BRASIL, 2009a).

A redemocratização do país na década de 80 representou um marco fundamental no que se refere a conquistas legais das mulheres quanto ao direito à saúde reprodutiva. Com a abertura política no início dos anos 80, a sociedade civil começa a se organizar em torno de questões específicas e em vários movimentos sociais como: movimentos pela habitação, saúde e transporte; movimento de mulheres etc. A mobilização da sociedade civil juntamente com a pressão do movimento de mulheres e do movimento feminista culminaram com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher – PAISM (1984) (BRASIL, 2009).

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de

revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e da criação dos filhos (ÁVILA e BANDLER, 1991).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009a).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País (BRASIL, 2009a).

O PAISM, em sua formulação propõe:

Ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional – os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo 27 federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para a concepção e contracepção. Tendo como objetivo final a melhoria da saúde da população feminina (BRASIL, 1984).

### **3.2 Anatomia do Aparelho Genital Feminino**

O sistema genital feminino inclui órgãos internos e externos à cavidade pélvica. Os órgãos internos são representados por ovários, tubas uterinas, útero e vagina; e os órgãos externos por: monte do púbis, lábios maiores e menores o pudendo, clitóris, bulbo do vestíbulo e glândulas vestibulares maiores e menores (MIRANDA NETO, 2007).

As estruturas do sistema genital feminino são responsáveis pela produção de gametas femininos (óvulos) e hormônios sexuais femininos (progesterona e estrógeno). Representam também o local da fecundação, implantação e desenvolvimento do zigoto, bem como o canal de parto (MIRANDA NETO, 2007).

#### **3.2.1. Vulva**

A vulva é a parte externa do sistema genital feminino representada por uma abertura fusiforme, constituída pelos órgãos genitais externos: monte do púbis, lábios maiores ou menores do pudendo, clitóris, bulbo do vestíbulo e glândulas vestibulares maiores e menores (MIRANDA NETO, 2007).

Os lábios maiores do pudendo são pregas cutâneas ricas em gordura, recobertas por pele e que delimitam a fenda pudenda. Possui poucos pêlos, e na superfície interna apresentam folículos sebáceos. Os lábios menores do pudendo são pregas formadas por pele de aspecto liso. Não possuem pêlos e são constituídos por pele com grande quantidade de glândulas sebáceas. Dispõem-se entre os lábios maiores e delimitam o vestíbulo da vagina (MIRANDA NETO, 2007).

#### **3.2.2. Vagina**

A vagina é um tubo músculo-membranoso de sete a oito centímetros de comprimento, que se estende do colo do útero até o óstio vaginal, o qual se abre no vestíbulo da vagina, região localizada entre os lábios menores do pudendo. A vagina representa o órgão copulador feminino. Serve como via para eliminação do sangue menstrual e secreções uterinas, além de ser passagem do conceito por ocasião do parto. Esta situada da cavidade pélvica, inferiormente ao útero, posteriormente a uretra, anteriormente ao reto e ao canal anal, e parte na espessura das estruturas do períneo (MIRANDA NETO, 2007).

### 3.2.3. Ovários

Os ovários são gônadas femininas, com formato oval. Situam-se na cavidade peritoneal pélvica, posteriormente ao ligamento largo do útero, em depressões denominadas fossas ováricas. Prendem-se a porção súpero-lateral do útero pelo ligamento útero-ovárico (MIRANDA NETO, 2007).

Produzem os gametas femininos ou óvulos ao final da puberdade. Além dessa função gametogênica, produzem também hormônios, os quais controlam o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e atuam sobre o útero nos mecanismos de implantação do óvulo fecundado e início do desenvolvimento do embrião (DANGÊLO e FATTINI, 2004).

### 3.2.4. Tubas Uterinas

As tubas uterinas são órgãos tubulares, com cerca de 10 cm de comprimento, que tem por função captar o ovócito na cavidade peritoneal e conduzi-lo até o útero, sendo também sede de fecundação e da segmentação. Em sua extremidade encontra-se uma abertura denominada óstio abdominal da tuba uterina, o qual é rodeado por estruturas em forma de franja, denominadas de fímbrias. Quando ocorre a ovulação as tubas uterinas executam movimentos como se varressem a cavidade peritoneal em busca do ovócito, capturando-o através das fímbrias e conduzindo-o para seu interior através do óstio abdominal da tuba uterina (MIRANDA NETO, 2007).

Transportam os óvulos que rompem a superfície do ovário para a cavidade do útero. Por elas passam, em direção oposta, os espermatozóides e a fecundação ocorre habitualmente dentro da tuba. A tuba uterina incluída na borda superior do ligamento largo do útero é um tubo de luz estreita cuja extremidade medial (óstio uterino da tuba) se comunica com a cavidade uterina e cuja extremidade lateral (óstio abdominal da tuba) se comunica com a cavidade peritoneal (DANGÊLO e FATTINI, 2004).

### 3.2.5. Útero

O útero é um órgão muscular em forma de pêra, com cerca de 7,5 cm de comprimento por 5 cm de largura e uma espessura em torno de 1,25 cm. Seu tamanho pode variar dependendo do número de gestações e das anormalidades uterinas. Situa-se posteriormente à bexiga e é mantido nessa posição por diversos ligamentos. Apresenta duas partes: o colo, que

se projeta para dentro da vagina, e uma parte superior maior, o fundo ou corpo (SMELTZER e BARE, 2002).

Este órgão que aloja o novo ser vivo divide-se em quatro partes: fundo, corpo, istmo e cérvix. A porção que fica acima se denomina fundo, ela é ligada ao corpo, a principal porção do útero. O corpo comunica-se com as tubas uterinas e estende-se até uma região estreitada inferior chamada istmo. O istmo mede cerca de 1 cm apenas e a ele segue o cérvix (ou colo do útero) que faz projeção na vagina e se comunica com ela pelo óstio do útero. O cérvix tem sua extremidade voltada para trás e para baixo. A forma, tamanho, posição e estrutura do útero podem variar de pessoa para pessoa (DANGÊLO e FATTINI, 2004).

O útero apresenta três camadas. O endométrio é a camada interna que sofre modificações de acordo com a fase do ciclo menstrual e da gravidez. O miométrio ou parte média constitui a maior parte da parede uterina e é formado por fibras musculares lisas. Outra camada externa ou perimétrio, representada pelo peritônio (DANGÊLO e FATTINI, 2004).

O colo do útero ou cérvix uterina compreende metade ou 1/3 distal do útero. Apresenta uma forma cilíndrica e é oco no centro, o que constitui o canal cervical. Este canal comunica a cavidade endometrial com a vagina. Pode ser dividido em duas porções: o segmento supavaginal (porção superior do colo) e segmento vaginal (faz protusão à vagina). O orifício cervical externo possui morfologia distinta segundo a paridade da mulher. Nas nuligestas, o formato é puntiforme, já nas múltiparas, pode apresentar forma circular, ovalada, ou em fenda transversa (SMELTZER e BARE, 2002).

O colo é palpado e avaliado quanto a sua consistência, mobilidade, tamanho e posição. O colo normal é uniformemente firme, porém não é indurado. O amolecimento do colo é um achado de início de gravidez. A induração e a imobilidade do colo podem refletir a invasão por uma neoplasia. A dor ao movimento suave do colo é chamada de sinal de candelabro positivo ou sensibilidade de movimento cervical positivo e, em geral indica uma infecção pélvica (SMELTZER e BARE, 2005).

### **3.3 Exame Citopatológico**

O exame de Papanicolau, também chamado de exame preventivo ou colpocitologia oncótica, tem papel de extrema importância para mudar os números de incidência e mortalidade dessa patologia. Esse exame, descoberto na década de 1930, pelo Dr George Papanicolau, é de grande aceitabilidade tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde. Tal exame é realizado em nível ambulatorial e não provoca dor (FURNISS, 2000). No

entanto, pela própria natureza do exame, que envolve a exposição de órgãos relacionados à sexualidade, é motivo de desconforto emocional para muitas mulheres (RODRIGUES et al, 2001).

Constitui o melhor recurso propedêutico no diagnóstico do câncer de colo uterino nas etapas iniciais (HALBE, 1994). No Brasil, o exame Papanicolau começou a ser introduzido em meados da década de 40, porém sua utilização, durante muitos anos ocorreu fora do contexto de um programa organizado (BRASIL, 2002a; LAGO, 2004).

Em 1998 o Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão do ministério da saúde responsável por elaborar políticas e planos de ação que cubram programas de prevenção primária, secundária e terciária, instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero (PNCCCU), considerando uma estratégia mais adequada para mudar o cenário deste câncer no país (BRASIL, 2001).

Consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, tendo seu valor tanto para prevenção secundária quanto para o diagnóstico, pois possibilita a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais (FERNANDES e NARCHI, 2002).

O exame Papanicolau consiste na coleta de células endocervicais e da éctocerve para análise laboratorial. Ele pode ser efetuado pela técnica convencional, que emprega a espátula de Ayre e a escova endocervical. A combinação da escova e da espátula é o método mais eficiente para diminuir a porcentagem de falso-negativos. As secreções devem ser removidas delicadamente a partir do óstio cervical, transferidas para uma lâmina de vidro e fixadas imediatamente, imergindo a lâmina ou borrifando-a em um fixador (SMELTZER e BARE, 2002).

Ainda segundo Smeltzer e Bare (2002), na solicitação de exame deve constar a idade da paciente, dados clínicos e epidemiológicos de importância, data da última menstruação, número de gestações, uso de DIU (dispositivo intra uterino), sangramento na pós menopausa e cirurgias ginecológicas anteriores. Alguns cuidados devem ser tomados para efetuar uma coleta adequada e confiável, como não utilizar: duchas vaginais cerca de 48 horas antes do exame, cremes vaginais nos sete dias precedentes ao exame, nenhuma espécie de lubrificante no espelho e ainda abstinência sexual nas 48 a 72 horas que antecedem a coleta. A época mais propícia é o período periovulatório. Não é recomendável a coleta no período menstrual. Pois o sangue dificulta a leitura da lâmina. Entretanto isso não quer dizer que diante de um sangramento anormal, a coleta não possa ser realizada em algumas situações particulares.



No caso de mulheres submetidas à histerectomia total vale ressaltar que deve ser colhido o material contido no fundo do saco uterino, mesmo possuindo baixa qualidade para o diagnóstico oncótico. Nas mulheres grávidas, a coleta endocervical não é contra-indicada. Entretanto, deve ser realizada de maneira cuidadosa, com uma correta explicação do procedimento e sua importância. A paciente deve ser informada de que pode ocorrer um pequeno sangramento após a coleta. No pós-parto, é recomendável aguardar seis a oito meses para que o colo uterino readquira suas condições normais (SMELTZER e BARE, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), com base em estudos epidemiológicos, demonstrou que mulheres com resultados normais ou apenas alterações benignas no exame colpocitopatológico, em dois exames consecutivos (anuais), podem repeti-los em intervalos de três anos, porém se os procedimentos de coleta não forem condizentes com as normas preconizadas, o risco de exposição à doença não será minimizado. Os índices de resultados falso-negativos são alarmantes, levando ao retardo do tratamento e piora do prognóstico em grande número de mulheres (INCA, 2006).

### **3.4 Alterações Microbiológicas do Exame Papanicolau**

A vagina é um setor habitualmente úmido devido à contínua secreção da região vulvar, da descamação celular, do mucocervical, bem como de outros líquidos de origem tubária e endometrial. Este fluxo vaginal é normalmente dinâmico e influenciado por vários fatores. Em condições normais à variação individual na quantidade e qualidade do conteúdo vaginal, diante das oscilações constantes de elementos bacterianos celulares e químicos, convencionou-se chamar de flora vaginal (BARROS, 2002).

O equilíbrio do ecossistema vaginal é mantido por complexas interações entre a flora vaginal dita normal, os produtos do metabolismo microbiano, o estado hormonal e a resposta imune do hospedeiro. A vagina é habitada por numerosas bactérias de espécies diferentes que vivem em harmonia e que por isso são consideradas comensais, mas que podem, em situações especiais, tornarem-se patogênicas (GIRALDO et al., 2005).

As afecções ginecológicas encontradas geralmente são denominadas de vulvovaginites e se constituem em uma das formas de morbidade que acometem as mulheres, com o aparecimento de leucorréia, caracterizada por corrimento de aspecto leitoso, seroso ou purulento, de acordo com a etiologia, apresentando também como outras sintomatologias o prurido, o ardor e o aumento da sensibilidade vulvar, tendo geralmente como microorganismos causadores das afecções, as bactérias, os protozoários e os fungos,

destacando-se entre eles a *Gardnerella vaginalis*, a *Tricomonas vaginalis* e a *Cândida albicans* (CORREIA et al, 1999).

A vagina é protegida contra infecção por seu pH normamente baixo (3,5 a 4,5), que é mantido pelas ações dos bacilos de Dörderlein (parte da flora vaginal normal) e pelo hormônio estrogênio. O risco de infecção sobe se a resistência da mulher estiver diminuída pelo estresse ou doença, se o pH estiver alterado ou se o número de organismos invasores aumentar (CORREIA et al,1999).

O epitélio da vagina é altamente responsivo ao estrogênio, que induz a formação de glicogênio. A subsequente degradação de glicogênio em ácido láctico produz um pH vaginal baixo. (O valor do pH vaginal normal é de cerca de 4). Quando o estrogênio diminui, durante a lactação e a menopausa, o glicogênio também diminui. Em adolescentes ou mulheres jovens que tomam contraceptivos orais, a flora vaginal normal e a formação de glicogênio estão reduzidas. Quando as pacientes são tratadas com antibióticos, o problema pode associar-se a estas medicações, destruindo ainda mais a flora vaginal normal necessária para manter o pH mais baixo que inibe o crescimento da maioria dos organismos. Com a reduzida formação de glicogênio, podem ocorrer infecções que necessitam de um diagnóstico cuidadoso para o tratamento apropriado (MIRANDA NETO, 2007).

À medida que o epitélio amadurece durante os anos reprodutivos, outros fatores potenciais podem iniciar infecções, tais como o intercurso sexual com um parceiro infectado, higiene precária e uso de roupas que retêm o calor, apertadas e não-absorventes (CORREIA et al, 1999).

Em mulheres saudáveis, a flora vaginal é composta predominantemente por lactobacilos. Durante o período reprodutivo, há grande aporte de glicogênio nas células epiteliais da vagina, estimuladas pela presença de estrógenos. Este glicogênio é metabolizado pelos lactobacilos para formação de ácido láctico, o qual inibe o crescimento de outras espécies bacterianas, principalmente patogênicas e constitui o principal mecanismo de defesa local (BROLAZO et al., 2009).

#### **3.4.1. Lactobacilos, Cocos e Bacilos**

Os Lactobacilos, Cocos e Outros Bacilos são achados microbiológicos normais porque fazem parte da flora vaginal da mulher e não caracterizam infecções que necessitam de tratamento (BRASIL, 2006).

O *Lactobacillus* sp é a espécie bacteriana predominante no meio vaginal, determinando pH ácido (3,8 a 4,5) que inibe o crescimento de várias outras bactérias que potencialmente são nocivas à mucosa vaginal. A flora vaginal em que há predomínio de lactobacilos encontra-se freqüentemente associada a quantidades apropriadas destes marcadores. Por outro lado, o conteúdo vaginal em que existe ausência ou baixa concentração de *Lactobacillus* sp associa-se significativamente a processos patogênicos como a doença inflamatória pélvica (GIRALDO et al., 2005).

Esta atividade antagonista dos lactobacilos vaginais é um fator importante na proteção contra várias infecções e inflamações do trato genital feminino, principalmente as vulvovaginites, que acometem, mais comumente, as mulheres em idade reprodutiva. Estas afecções genitais causam, na maioria das mulheres, corrimento vaginal com mau cheiro, além de conseqüências mais sérias, como parto prematuro e aumento do risco de contrair e transmitir o vírus da imunodeficiência humana (HIV). É caracterizada pela substituição da flora vaginal normal, na qual predominam os lactobacilos por uma proliferação acentuada de *Gardnerella* sp e outros microorganismos anaeróbios associados (BROLAZO et al., 2009).

Os cocos são bactérias com células de formato esférico que, quando agrupadas aos pares, recebem o nome de diplococos. Quando o agrupamento constitui uma cadeia de cocos, estes são denominados estreptococos; cocos em grupos irregulares, lembrando cachos de uva, recebem a designação de estafilococos. Esse microorganismo é caracterizado por ser um germe piogênico, aeróbico e anaeróbico, de fácil transmissibilidade (SANTANA et al., 2006).

Os bacilos são microorganismos que normalmente estão presentes na flora vaginal, devido o tecido epitelial vaginal ser rico em glicogênio e a população bacteriana ser composta predominantemente de lactobacilos, os quais são identificados por bacilos. Estes utilizam o glicogênio ou os produtos de sua hidrólise e produzem ácido lático, o pH do conteúdo vaginal, tende então, a diminuir com valores em torno de 4,5, tornando a vagina inóspita para algumas espécies bacterianas (SANTANA et al., 2006).

### **3.4.2. Infecções Clamídias**

A *Chlamydia* também é uma DST conhecida pelo nome de Linfogranuloma Venéreo (LVG) muito comum e apresenta sintomas parecidos com os da gonorréia, como, por exemplo, corrimento parecido com clara de ovo, tem um período de incubação de 7 a 30 dias. As mulheres contaminadas pela *Chlamydia trachomatis* podem não apresentar nenhum sintoma da doença, mas a infecção pode atingir o útero e as trompas, provocando uma grave

infecção. Nesses casos, pode haver complicações como dor durante as relações sexuais (dispareunia), gravidez nas trompas (fora do útero), parto prematuro e até esterilidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1999).

A *Chlamydia trachomatis* pode acometer vários órgãos e tecidos, como, aparelho geniturinário, faringite, conjuntiva, etc. possui uma prevalência em climas quentes e secos e em mulheres com noções precárias de higiene (FOCCACIA, 2005).

### **3.4.3. Candidíase**

É uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, que cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento; 80 a 90% dos casos são devidos à *Candida albicans*, e 10 a 20% a outras espécies chamadas não-*albicans* (*C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1999).

Na relação sexual já não é considerada a principal forma de transmissão, visto que esses organismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas. Os sintomas mais comuns são: prurido vulvovaginal, ardor ou dor à micção, corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (leite coalhado), hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva, dispareunia, vagina e colo recobertos por placas brancas ou brancas acinzentadas, aderidas à mucosa (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

A meta do tratamento é eliminar os sintomas. As medicações possíveis incluem os agentes antifúngicos. Estes agentes são inseridos na vagina com um aplicador, na hora de dormir, e podem ser aplicados à área vulvar para minimizar o prurido. O tratamento continua durante o ciclo menstrual, se necessário. As medicações são prescritas em um curso de três doses ou tratamento por sete noites (SMELTZER e BARE, 2005).

### **3.4.4. Tricomoníase**

É uma infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório a cérvix uterina, a vagina e a uretra. Sua principal forma de transmissão é a sexual. O risco de transmissão por ato é de 60 a 80% (BRASIL, 2006, p. 45).

Acomete homens e mulheres, sendo mais freqüente no sexo feminino e esta relacionada com a falta de higiene corporal. No homem, a sintomatologia é mais discreta e por vezes despercebida. O homem pode ser um portador assintomático, que abriga o

microorganismo em seu trato urogenital e transmite a infecção para sua parceira. (SMELTZER e BARE, 2002).

O *Trichomonas vaginalis* ocasiona colpíte aguda (afecções mais comuns da vagina) com fluxo vaginal abundante, espumoso, verde-amarelado e muito fétido. A vagina apresenta-se hiperemiada e edemaciada, evidenciando, na maioria dos casos, inúmeras pápulas avermelhadas e arredondadas. Disúrias (dificuldade para urinar) e polaciúrias (aumento da frequência do número de micção) são sintomas urinários muito frequentes (BARROS, 2002). Pode permanecer assintomática no homem e, na mulher, principalmente após a menopausa. Na mulher, pode acometer a vulva, a vagina e a cérvice uterina, causando cervicovaginite. (BRASIL, 2006, p. 45).

As intervenções de enfermagem devem incluir esclarecimento sobre o tratamento medicamentoso, geralmente à base de metronidazol, que a mulher e o seu parceiro devem realizar, sobre higiene genital, a evitar o contato sexual até completar o tratamento, a evitar a ingestão de bebidas alcoólicas durante o uso de metronidazol e sobre a importância do tratamento do parceiro (BARROS, 2002).

### **3.4.5. Gardnerella**

A *Gardnerella vaginalis*/*Mobiluncus* é uma bactéria que faz parte da flora vaginal normal de 40 a 50% das mulheres sexualmente ativas. Quando, por um desequilíbrio dessa flora, ocorre um predomínio dessa bactéria temos um quadro que se convencionou chamar de vaginose bacteriana. Porém usa-se esse termo para diferenciá-lo da vaginite, na qual ocorre uma verdadeira infecção dos tecidos vaginais. Período de Incubação é de 2 a 21. Na vaginose, por outro lado, as lesões dos tecidos não existem ou são muito discretas, caracterizando-se apenas pelo rompimento do equilíbrio microbiano vaginal normal (VIANA; MARTINS; GEBER, 2001).

Segundo os autores citados a *Gardnerella* pode não apresentar manifestações clínicas. Quando ocorrem, estas manifestações caracterizam-se por um corrimento amarelado ou acinzentado, com bolhas esparsas em sua superfície e com um odor ativo desagradável. Após uma relação sexual, com a presença do esperma (de pH básico) no ambiente vaginal, costuma ocorrer à liberação de odor semelhante ao de peixe podre.

Citando Smeltzer e Bare, (2006), o não tratamento pode acarretar em infertilidade, salpingite, endometriose, doença inflamatória pélvica (DIP), ruptura prematura de membranas, aborto. Durante a gestação pode ser causa de prematuridade ou RN de baixo

peso. Geralmente primária na mulher. Sexual no homem. Pode ocorrer também transmissão pelo contato genital entre parceiras sexuais femininas. A prevenção é feita através do uso de preservativos, evitar duchas vaginais, exceto sob recomendação médica. Limitar número de parceiros sexuais.

Quando a infecção ocorre, a maioria dos médicos trata o parceiro sexual da mulher. A vaginose bacteriana em geral não causa problemas graves, mas tem sido associada ao parto prematuro, à endometrite e a infecção recorrente do trato urinário (MARTINEZ et al, 2004)

#### **3.4.6. Herpes**

É uma doença que aparece e desaparece sozinha, de tempos em tempos, dependendo de certos fatores como estresse, cansaço, esforço exagerado, febre, exposição ao sol, traumatismo e menstruação. Nas mulheres, o herpes pode também se localizar nas partes internas do corpo. Uma vez infectada pelo vírus do Herpes simples (HSV), tipos 1 e 2, a pessoa permanecerá com o vírus em seu organismo para sempre (SMELTZER; BARE, 2006).

Possui um período de incubação de 1 a 3 semanas, a manifestação ocorre através de pequenas bolhas localizadas principalmente na parte externa da vagina e na ponta do pênis. Essas bolhas podem arder e causam coceira intensa. Ao se coçar, a pessoa pode romper a bolha, causando uma ferida (VIANA; MARTINS, 2001).

O herpes genital é transmitido por meio de relação sexual (oral, anal ou vaginal) desprotegida (sem uso da camisinha). Essa doença é bastante contagiosa e a transmissão ocorre quando as pequenas bolhas, que se formam durante a manifestação dos sintomas, se rompem, ocasionando uma ferida e eliminando o líquido do seu interior. Esse líquido, ao entrar em contato com mucosas da boca ou da região ano-genital do parceiro, pode transmitir o vírus. Raramente a contaminação se dá através de objetos contaminados (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

As feridas desaparecem por si mesmas. Após algum tempo, porém, o herpes pode reaparecer no mesmo local, com os mesmos sintomas. Enquanto persistirem as bolhas e feridas, a pessoa infectada estará transmitindo a doença. Na presença dessas lesões, a pessoa deve abster-se de relações sexuais, até que o médico as autorize. Uso de preservativo em todas as relações sexuais, vaginais, orais e anais (SMELTZER; BARE, 2006).

### 3.4.7. Papiloma Vírus Humano (HPV)

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é uma doença sexualmente transmissível, tendo relação com o desenvolvimento de neoplasia intrapitelial cervical (NIC) e do câncer invasor do colo uterino. Essa DST é caracterizada pela formação de verrugas no períneo, conhecidas popularmente como crista de galo ou jacaré, que podem se espalhar ou atingir os órgãos, como colo do útero e ânus. A transmissão do vírus se dá, sobretudo na relação sexual. É importante salientar que no homem o HPV ou condiloma acuminado é apenas uma lesão esteticamente feia, mas na mulher é precursora do câncer de colo de útero, doença grave. Portanto, tratar o homem é prevenir uma complicação séria para a mulher (BRASIL, 2000).

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 – 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) (BRINTON, 1992).

Não existe forma de prevenção 100% segura, já que o HPV pode ser transmitido até mesmo por meio de uma toalha ou outro objeto. Calcula-se que o uso da camisinha consiga barrar entre 70% e 80% das transmissões, e sua efetividade não é maior porque o vírus pode estar alojado em outro local, não necessariamente no pênis, mas também na pele da região pubiana, períneo e ânus. A novidade é a chegada, da primeira vacina capaz de prevenir a infecção pelos dois tipos mais comuns de HPV, o 6 e o 11, responsáveis por 90% das verrugas, e também dos dois tipos mais perigosos, o 16 e o 18, responsáveis por 70% dos casos de câncer de colo do útero. Ainda em discussão os valores para dose (3 doses), para o mercado privado brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Na maioria das vezes os homens não manifestam a doença. Ainda assim, são transmissores do vírus. Quanto às mulheres, é importante que elas façam o exame de prevenção do câncer do colo, conhecido como "papanicolau" ou preventivo, regularmente (SMELTZER; BARE, 2006).

### 3.4.8. Câncer de colo de útero

O câncer de colo de útero, ainda hoje, representa um importante problema da saúde pública em países em desenvolvimento, chegando a ser em algumas regiões o tipo de câncer mais comum na população feminina (SILVA et al., 2006).

O câncer de colo de útero é uma neoplasia maligna, localizada no epitélio da cérvice uterina, oriunda de alterações celulares que vão evoluindo de forma imperceptível, terminando no carcinoma cervical invasor. Isso pode ocorrer em um período que varia de 10 a 20 anos. A história natural do câncer do colo do útero (CCU) tem mostrado trata-se de uma neoplasia de evolução lenta que progride através de estágio cito e histologicamente reconhecíveis, até o carcinoma invasivo (HOLOWATY, et al, 1999).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006), no Brasil, estima-se que o câncer de colo de útero seja a terceira neoplasia maligna mais comum e a quarta causa de morte por câncer dentre a população feminina. A ocorrência desse tipo de neoplasia e o número de óbitos apresentam-se com diferenças regionais no país e o primeiro lugar e frequência se dá nas regiões norte e nordeste.

As neoplasias constituem-se na segunda principal causa de morte entre as mulheres brasileiras, ficando atrás apenas, das doenças do aparelho circulatório. Sendo que, as neoplasias de câncer de mama e a de colo uterino são as mais incidentes em todas as regiões brasileiras, excetuam-se os tumores de pele não melanona (INCA, 2006).

A neoplasia de colo uterino atinge, principalmente, a faixa etária de 35 a 55 anos, podendo, todavia, ocorrer em mulheres ainda na fase da adolescência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Vários são os fatores de risco para o câncer de colo de útero e os principais estão associados às baixas condições socioeconômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo e à infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) (CAMARGOS e CARNEIRO, 2008).

O câncer de colo uterino é uma doença silenciosa e de crescimento lento. Existe uma fase pré-clínica, sem sintomas, mas com transformações intraepiteliais progressivas importantes. Progredindo por anos, atinge o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, se não impossível. Nessa fase, os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor. No cenário da prevenção primária, a principal ação que pode ser feita com relação ao câncer do colo uterino já instalado é a detecção precoce, pois efetivado o tratamento em seus estágios iniciais, têm uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. Quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%) e é



realizado dentro dos padrões de qualidade, a redução dessa taxa de incidência pode ser ainda maior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

### **3.5 Nomenclaturas associadas às alterações em células epiteliais**

Segundo o Ministério da Saúde e o INCA (1996), as principais nomenclaturas associadas às alterações em células epiteliais associadas a processos pré-neoplásicos ou malignos:

#### **a) Atipias de Significado Indeterminado em células escamosas (ASCUS) e/ou glandular (AGUS)**

Estes termos foram introduzidos na nomenclatura citopatológica nacional em 1993 e correspondem às atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS) e em células glandulares (AGUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Sob esses diagnósticos estão incluídos os casos com ausência de alterações celulares que possam ser classificadas como Neoplasia Intraepitelial Cervical, porém com alterações citopatológicas que merecem uma melhor investigação e acompanhamento. Recomenda-se a repetição do exame citopatológico após 6 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

#### **b) Efeito citopático compatível com o HPV**

O exame citopatológico não diagnostica a infecção pelo HPV e nem o seu tipo, mas existem alterações celulares que sugerem a presença deste vírus, tais como células paraceratóticas, escamas anucleadas, coilocitose, cariorrexis ou núcleos hipertróficos com cromatina grosseira. Neste caso, recomenda-se a repetição do exame citopatológico após 6 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

#### **c) Neoplasia Intra-Epitelial Cervical I - NIC I (displasia leve)**

É a alteração celular que acomete as camadas mais basais do epitélio estratificado do colo do útero (displasia leve). Cerca de 80% das mulheres com esse tipo de lesão apresentarão regressão espontânea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As alterações de diferenciação celular se limitam ao terço do epitélio de revestimento da cérvix sendo praticamente unânime a presença do efeito citopático compatível com o

Vírus do Papiloma Humano (HPV). Este tipo de lesão, junto com as sugestivas de HPV, são classificadas como de baixo grau (Bethesda, 1988) e reflete o conhecimento atual sobre o comportamento biológico dessas lesões. Recomenda-se a repetição do exame citopatológico após 6 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

**d) Neoplasia Intra-Epitelial Cervical II - NIC II (displasia moderada) e neoplasia Intra-Epitelial Cervical III - NIC III (displasia intensa ou carcinoma in situ)**

O NIC II é a existência de desarranjo celular em até três quartos da espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais (displasia moderada). Já o NIC III, é a observação do desarranjo em todas as camadas do epitélio (displasia acentuada e carcinoma in situ), sem invasão do tecido conjuntivo subjacente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As lesões precursoras de alto grau (NIC II e III) são encontradas com maior frequência na faixa etária de 35 a 49 anos, especialmente entre as mulheres que nunca realizaram o exame citopatológico. Atualmente essas lesões estão colocadas no mesmo patamar biológico e são chamadas lesões de alto grau. Nesse caso, recomenda-se o encaminhamento imediato para a colposcopia, para confirmação histopatológica de que não há invasão do tecido conjuntivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

**e) Carcinoma Escamoso Invasivo**

Ocorre quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio. O exame histopatológico irá determinar o grau da invasão, o que é necessário para o correto tratamento. Recomenda-se que as mulheres com este diagnóstico sejam encaminhadas imediatamente para a colposcopia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

**f) Adenocarcinoma in situ ou Invasivo**

São alterações celulares semelhantes também às descritas anteriormente, mas detectadas nas células glandulares do colo do útero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

### 3.6 O Papel do Enfermeiro como Educador em Saúde

A atividade educativa do enfermeiro com o cliente/paciente é considerada antiga e teve origem na Enfermagem Moderna, com Florence Nightingale, no século XIX (BARTLETT, 1985).

Com as transformações sócio-culturais ocorridas nas últimas décadas, a atividade educativa do enfermeiro tem sido destacada como fundamental para a promoção e manutenção da saúde. Na situação de doença, ela é estratégica para a obtenção da participação do cliente/paciente no tratamento e reabilitação (ZAGO, 1994).

Todo enfermeiro tem que ser, por inerência de suas funções, um educador para a saúde. Lima (1996) resgata a historicidade do papel do enfermeiro como educador em saúde. Os agentes de enfermagem enquanto agentes do processo de trabalho em saúde têm desempenhado um papel importante na questão da educação e saúde. O surgimento da enfermagem moderna no Brasil, e do profissional enfermeiro está diretamente vinculado ao trabalho da enfermagem numa dimensão educativa, já que as enfermeiras foram formadas na finalidade de suprir a falta de um profissional envolvido com as atividades educativas sanitárias, iniciadas por médicos sanitaristas na década de 1920.

A utilização da educação como uma forma de cuidar na enfermagem transcende os preceitos básicos do cuidado, pois por meio do educar o enfermeiro potencializa a capacidade de cuidar, e a utilização desta os capacita a intervir de forma construtiva nas relações desenvolvidas entre os sujeitos, onde um aprende com o outro (FERRAZ et al, 2005).

Silva e Bordin (1996) afirmam que as atividades de educação em saúde servem como um mecanismo de interação entre o saber popular e o saber científico proporcionando assim uma socialização do saber científico e reconhecimento social do saber popular. A médio e longo prazo o indivíduo pode exercer maior prevenção e controle de doenças que possam vir a instalar-se e que a coletividade possa ser um agente organizado de intervenção sobre determinantes imediatos ou estruturais do processo saúde-doença.

O processo de educação em saúde pressupõe que o profissional de saúde utilize seu conhecimento de forma que possa ser mais bem compreendido pelo indivíduo e pela coletividade respeitando a realidade na qual se inserem. Sendo assim essa mútua apropriação de conhecimentos é que possibilita uma intervenção consciente e eficaz na realidade (SILVA e BORDIN, 1996).

As ações de prevenção e controle de doenças se caracterizam por uma série de atividades cujos objetivos principais são a compreensão da origem e desenvolvimento dos

agravos à saúde e o autocuidado. Tais atividades buscam divulgar o conhecimento para a comunidade contribuindo para uma ação direta do indivíduo sobre as situações de doença presentes ou futuras (SILVA e BORDIN, 1996).

O enfermeiro é um pilar neste processo educativo por propiciar informações e capacitar a comunidade para que apresente comportamentos mais saudáveis. Através da educação em saúde as pacientes aumentam a auto-estima e assumem maior responsabilidade com sua saúde. Quando as mulheres recebem adequadas informações se tornam mais conscientes e buscam realizar ações de prevenção e consequentemente diagnóstico precoce dos problemas de saúde incluindo a prevenção do câncer de colo de útero (POTTER e PERRY, 2004).

### **3.6 Atribuições do enfermeiro no contexto de saúde da mulher**

Dentre as atribuições do enfermeiro na Atenção Básica, direcionada a saúde da mulher, são a consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas, observadas as disposições legais da profissão – e realizar atividades de educação em saúde junto aos demais profissionais da equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O enfermeiro ao atuar nas ações de controle do CCU necessita realizar a consulta de enfermagem ginecológica, momento em que identifica aspectos da história de vida e saúde da cliente, faz orientações quanto à prevenção do câncer e das doenças sexualmente transmissíveis (DST), pode realizar visita domiciliária de acompanhamento aos casos de mulheres que tiveram que se submeter a conização, retirada de nódulo de mama e outras atividades, como forma de envolvimento da família nos cuidados de saúde da cliente, bem como, resgatar o equilíbrio da dinâmica familiar e acompanhar a evolução do tratamento no domicílio (DIÓGENES et al, 2001).

A comunicação, a perspicácia e a disponibilidade de tempo são de fundamental importância, durante a consulta de enfermagem ginecológica, com o intuito de propiciar uma maior empatia e confiança entre profissional e cliente, além de minimizar a ansiedade, a timidez e a vergonha, contribuindo para a abordagem que proponham a prevenção do câncer ginecológico (DIÓGENES et al, 2001).

A consulta de enfermagem inicia-se com a entrevista, seguida do exame físico geral, problemática do câncer de colo do útero e das DST, bem como sobre a importância de registro

adequado da consulta para que possa ser prestada uma assistência adequada à mulher. O compromisso em realizar um registro completo deve ser de todos os profissionais que utilizam o prontuário, bem como do acadêmico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), a mulher com sintomas vulvovaginais deve ser examinada, logo que possível, depois do início dos sintomas. Ela é instruída a não tomar uma ducha porque, ao fazer isso, remove a secreção vaginal necessária para fazer o diagnóstico. A área é observada para eritema, edema, escoriação e secreção e efeito característico. A paciente é solicitada a descrever qualquer secreção e outros sintomas, como o odor, prurido ou queimação. Com frequência, ocorre disúria em consequência da irritação local do meato urinário. Uma infecção do trato urinário pode precisar ser excluída ao se obter uma amostra de urina para cultura e antibiograma.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa, que visou avaliar os resultados dos exames em usuárias de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) do Município de São Luís. Os dados foram coletados no livro de registro de resultados de exames de citologia cervical da unidade de saúde.

### **4.2 Local da pesquisa e sua caracterização**

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Turu II, situado à Avenida 7 s/n, Turu, no município de São Luís-MA, no período de setembro à outubro de 2011.

Realiza serviços à comunidade nos 5 eixos da atenção básica: saúde da mulher, saúde da criança, controle e tratamento de hipertensão e diabetes, hanseníase e tuberculose. Possui estrutura física para atendimento com 3 consultórios médicos, 3 consultórios de enfermagem, 1 sala para curativos, 1 sala de imunização e 1 farmácia básica, 1 sala de estudo, 1 sala de reunião e 1 sala da vigilância epidemiológica. Para realizar todos esses atendimentos a Unidade conta com três equipes de Saúde da Família, cada uma é formada por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Abrange as seguintes áreas cadastradas na ESF: Divinéia, Sol e Mar, Brisa do Mar e Vila Luizão. Embora possua ainda as seguintes áreas de influência (demanda espontânea): Habitacional Turu (I, II e III), Planalto Turu, Chácara Brasil, Bom Jardim, Santa Rosa, El Dolrado, Turu, Olho D'Água, Parque Araçagy, Araçagy e Alonso Costa. Atualmente possui 20.126 famílias cadastradas na ESF, chegando a um número de 21.963 famílias, levando em consideração a demanda espontânea.

### **4.3 População de estudo**

A população foi composta por todas as mulheres que fizeram o exame Papanicolau na Unidade de Saúde da Família, no ano de 2010, cujas fichas de exames citológicos encontrava-se com resultados descritivos. O total de exames preventivos realizados pela técnica de Papanicolau no ano de 2010 foi de 438; destes, 43 preventivos foram considerados insatisfatórios para a análise, 7 foram considerados amostras rejeitadas e 388 foram analisados. Os

critérios de exclusão foram: os preventivos considerados insatisfatórios para a análise ou não vieram seus resultados

#### **4.4 Instrumento de pesquisa e coleta de dados**

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um roteiro, elaborado baseado na ficha de requisição de exame citopatológico – colo do útero.

Os dados referentes às variáveis estudadas foram coletados no livro de laudos de exames citopatológicos pertencentes ao Centro de Saúde Turu II. Nele consta o nome, idade, telefone, profissional que realizou a coleta, data da coleta e do recebimento do laudo do exame citopatológico, bem como o resultado do mesmo.

Os diagnósticos citopatológicos foram dados segundo o Sistema de Bethesda de 1988 e a Nomenclatura Brasileiras de Laudos Citopatológicos Cervicais de 2006, cuja classificação da microbiota vaginal incluem os microorganismos do Grupo I: lactobacilos, cocos, bacilos, *Candida* sp e *Gardnerella vaginalis* (GIII). Estes dois últimos em situação de proliferação em níveis acima do fisiológico são considerados patogênicos. Os Grupos II e IV incluem as DST: *Trichomonas vaginalis* e HPV. Os elementos dos Grupos V e VI representam as alterações citopatológicas: atipias e neoplasias intra-uterinas.

Dessa forma, foi elaborado um cronograma para coleta de dados (APÊNDICE A), considerando a idade das mulheres que realizaram o exame preventivo e as principais doenças ginecológicas evidenciadas na ficha de coleta desse exame.

Para que a pesquisa fosse iniciada, solicitamos o ofício na secretaria acadêmica da Laboro e após o recebimento deste, encaminhamos à Secretaria de Saúde anexada ao projeto de pesquisa onde obtivemos a liberação para realizar a pesquisa na Unidade de Saúde em questão. E por fim, levamos o ofício à Unidade, onde após liberação pela Diretoria da Unidade iniciamos a coleta de dados.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados que foram obtidos no estudo, de caráter fechado, foram tabulados em planilha Excel e foram apresentados descritivamente em frequência e por apresentação gráfica, expressos em 11 gráficos.

#### **4.6 Considerações éticas**

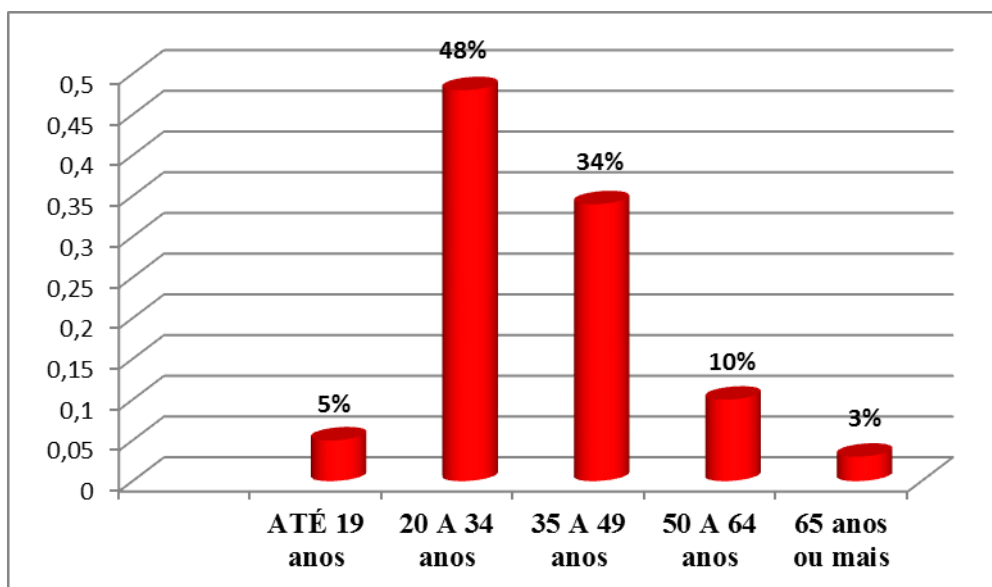
É oportuno relatar que toda a pesquisa obedeceu às considerações éticas preconizadas pela Resolução No 196/96 de 10 de outubro de 1996, da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 1996). A pesquisa não envolve qualquer procedimento invasivo, nem contato direto com as participantes, uma vez que as variáveis estudadas foram coletadas do livro de registro de exames da unidade de saúde. Os nomes das participantes não apareceram em publicações nem foi acessível a terceiros. A privacidade e o sigilo das informações coletadas foram rigorosamente respeitados, sendo os dados somente utilizados para fins deste estudo.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa analisou 388 exames preventivos de mulheres que utilizaram os serviços da Unidade de Saúde Turu II no ano de 2010. Para obtenção e organização dos dados, as mulheres foram divididas em categorias por faixa etária, subdivididas de 14 em 14 anos, devido à faixa de detecção precoce do câncer de colo uterino ser dos 35 aos 49 anos. Analisou-se, portanto o quantitativo das mulheres com patologias ginecológicas nas seguintes faixas etárias mostradas no gráfico 1.

Os resultados mostram que a faixa etária predominante de mulheres encontra-se entre os 20 aos 34 anos (48%).



**Gráfico 1** – Distribuição percentual das 388 mulheres de acordo com a faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.

São mulheres jovens, sem risco para gestação, sendo importante que seu aparelho ginecológico mantenha-se saudável, ou seja, sem infecção. O predomínio dessa faixa etária pode estar relacionado ao início precoce de suas atividades sexuais e da reprodução humana.

De acordo com a literatura, mulheres mais jovens são as maiores responsáveis pela grande procura de atendimentos ginecológicos e requisição de exames preventivos. Este fato se dá possivelmente não pela prevenção do câncer de colo de útero, mas pela necessidade de diagnóstico e tratamento de leucorréias e vulvovaginites (BRENNNA et al, 2001).

Evidenciou-se ainda que a usuária de menor idade a fazer o exame era de 15 anos, corroborando dados da literatura Barcelos et al (2008) e Tavares et al (2007), que encontraram

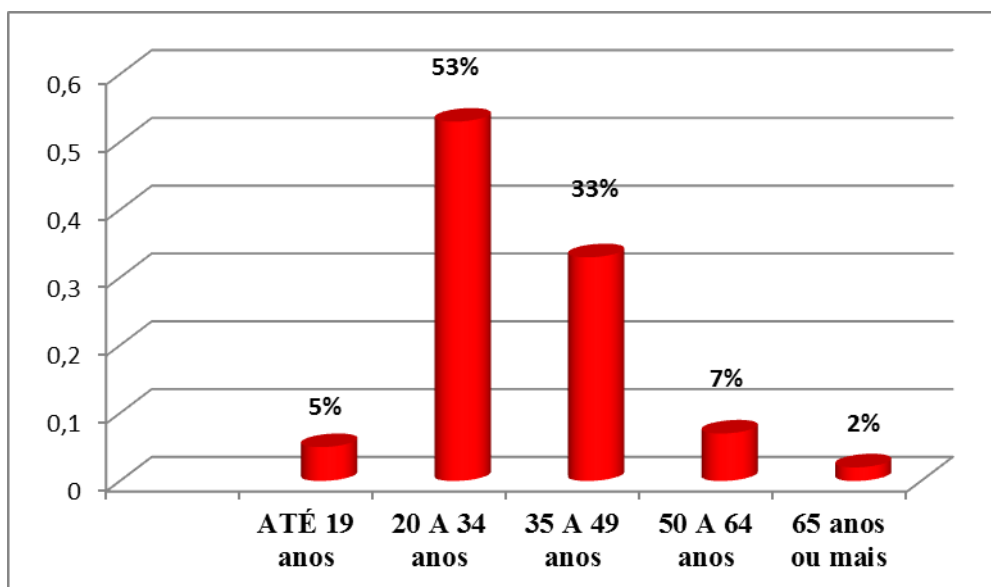
esta mesma idade. Os adolescentes iniciam sua vida sexual cada vez mais cedo e são expostos diariamente a vários riscos que refletem negativamente nesta fase da vida, como Ministério da Saúde cita: à gravidez, risco de contrair o HIV, o uso de drogas ilícitas, morte frente à violência (BRASIL, 2007).

Por isso a importância do desenvolvimento de um trabalho de orientação e prevenção de câncer e das DST, planejamento familiar e sexualidade humana entre o meio estudantil, escolar e os profissionais da atenção básica, formando núcleos de apoio, com trocas e parcerias entre ambos, enfatizando o auto-cuidado e a promoção da saúde. Já que a escola é um espaço privilegiado, para o Ministério da Saúde é um local excelente para capacitação dos adolescentes e jovens, porque os agrega e onde passam a maior parte do seu tempo, sendo local de socialização, formação e informação (BRASIL, 2008).

A idade máxima no local do estudo foi de 76 anos, sendo mais comum a busca por esse exame ser de mulheres adultas e adolescentes. Dados semelhantes foi encontrado por Tavares et al (2007), registrando 74 anos idade semelhante ao encontrado nessa pesquisa.

A própria PNAISM e o Ministério da Saúde excluem a idosa, não a considerando idade de risco para câncer de colo de útero. O Estatuto do Idoso diz que é a faixa etária que mais cresce no Brasil na atualidade e estabelece como idosa pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. A Política de Saúde do Idoso afirma que se deve promover o acesso dos idosos aos serviços e as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003). Visualizando esse aumento populacional nessa faixa etária, sendo emergencial resolução que os profissionais tornem-se mais capacitados em atendê-los. A visão errônea está presente sobre a importância do exame preventivo, uma vez que a mulher da terceira idade possui o seu aparelho sexual completo e falece de câncer ginecológico e de mama.

Dos 388 resultados analisados, nota-se maior prevalência de lactobacilos foi na faixa etária dos 20 a 34 anos (53%).



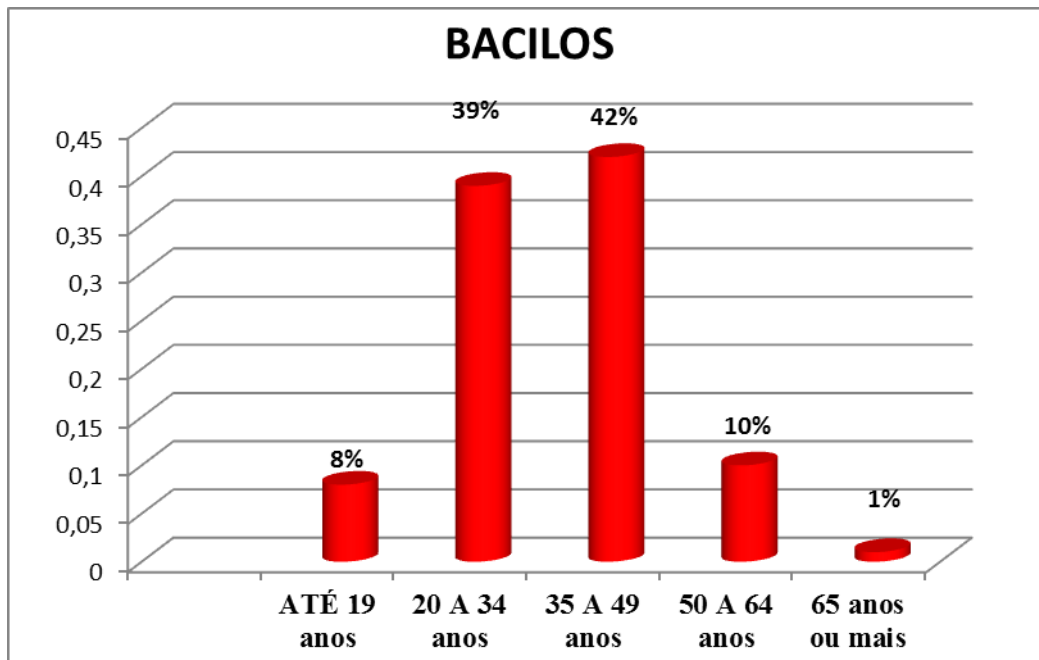
**Gráfico 2** – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Lactobacilos sp por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.

O equilíbrio do ecossistema vaginal é mantido por complexas interações entre a flora vaginal dita normal, os produtos do metabolismo microbiano, o estado hormonal e a resposta imune do hospedeiro (GIRALDO et al, 2005).

No trato genital feminino, a flora normal da vagina é grandemente influenciada pelos hormônios sexuais. A população lactobacilar na vagina cresce devido a um aumento dos estrógenos que, conseqüentemente fazem o glicogênio se acumularem nas células que revestem a vagina (GIRALDO et al, 2005).

Os lactobacilos convertem o glicogênio em ácido láctico e o pH da vagina torna-se ácido ( 3,8 a 4,5). O predomínio de lactobacillus sp, capazes de produzir H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> e ácido láctico contribuem para inibição do crescimento de vários outros microorganismos nocivos a mucosa vaginal. Essa seqüência de glicogênio-ácido láctico fornece as condições para que a flora normal mantenha-se viável (TORTORA et al, 2005).

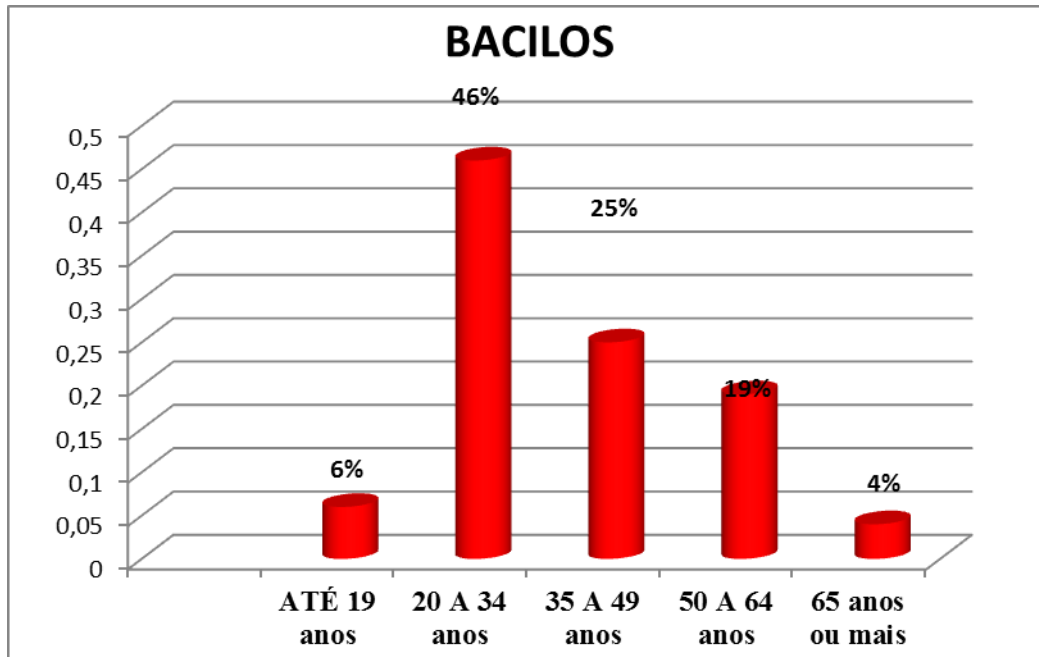
Os bacilos foram evidenciados em 124 preventivos (32%), com predomínio na faixa etária de 35 a 49 anos (42%).



**Gráfico 3** – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Bacilos por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.

Os bacilos são microorganismos que normalmente estão presentes na flora vaginal, devido o tecido epitelial vaginal ser rico em glicogênio e a população bacteriana ser composta predominantemente de lactobacilos, os quais são identificados por bacilos. Estes utilizam o glicogênio ou os produtos de sua hidrólise e produzem ácido lático, o pH do conteúdo vaginal, tende então, a diminuir com valores em torno de 4,5, tornando a vagina inóspita para algumas espécies bacterianas (SANTANA et al., 2006).

Os cocos apresentaram um percentual de 34%, havendo predominância de 46% na faixa etária que vai de 20 a 34 anos.

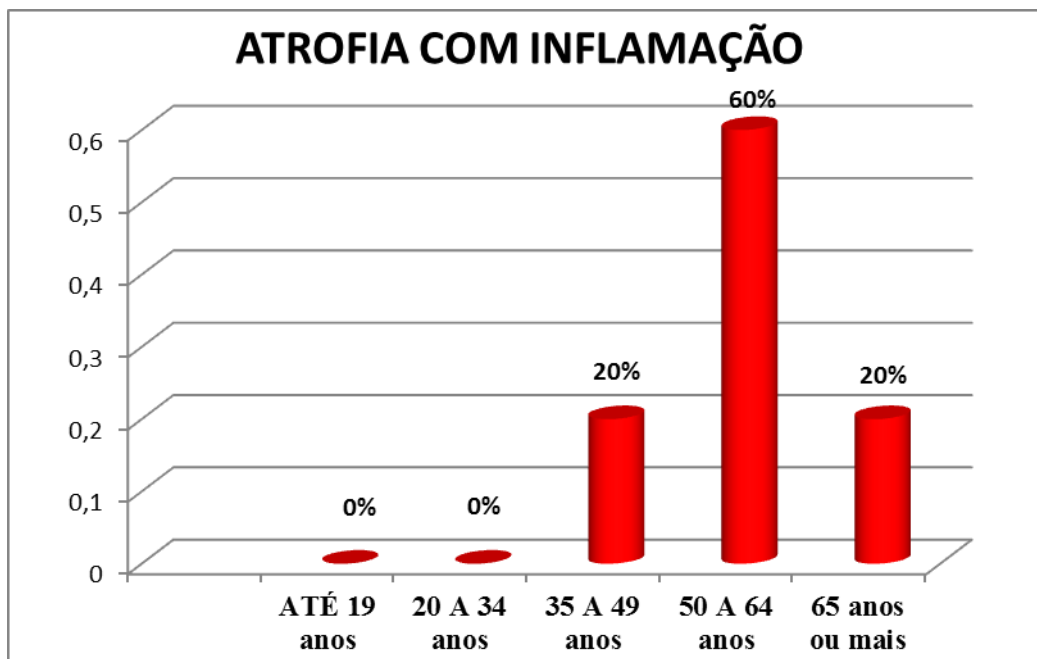


**Gráfico 4** – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Cocos por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.

Este microorganismo também é uma bactéria, sendo células com formato esférico. A infecção por cocos pode ser tanto Gram-positivo quanto negativo, apresentam densa reação inflamatória inespecífica. Acomete a vagina e a vulva. De uma forma simplificada, podemos dizer que um corrimento bacteriano é causado por um desequilíbrio na vagina de tal forma que bactérias que sempre aí estiveram presentes, aumentam. Isto tem a ver, sobretudo com os cocos (VIANA; MARTINS; GEBER,2001).

Segundo estudos de Silva Filho e Longato Filho (2000), as pacientes hysterectomizadas entre 51 e 60 anos apresentaram uma maior incidência de cocos, provavelmente por apresentarem menor quantidade de lactobacilos, prejudicando o sistema de defesa natural vaginal.

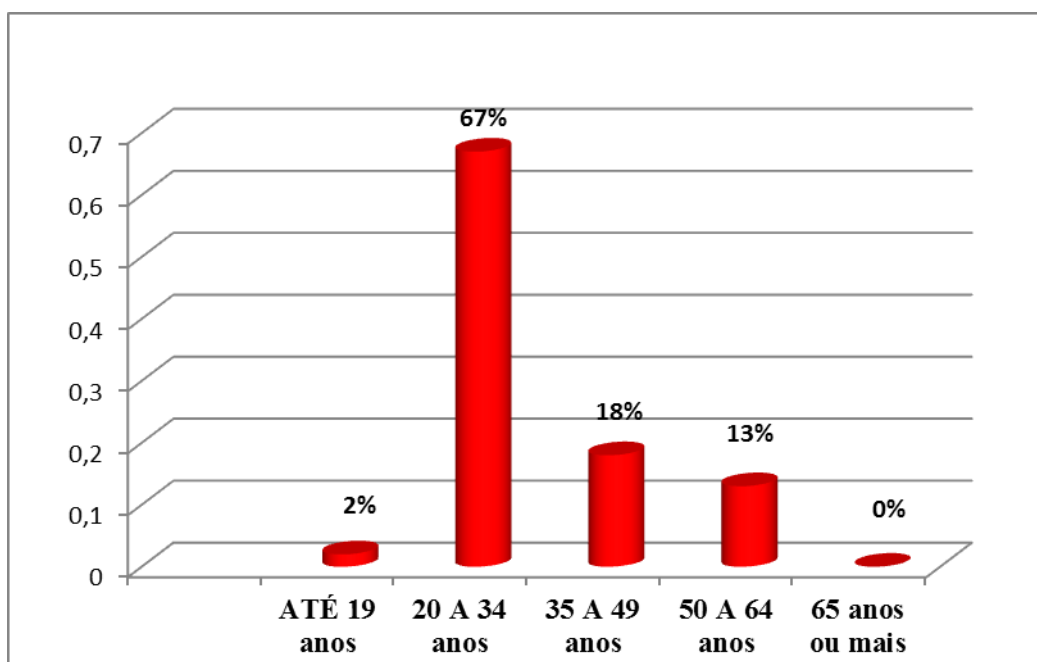
A atrofia com inflamação foi evidenciada nos resultados de Papanicolau com 2,5% (10 exames), com predomínio na faixa etária compreendida entre 50 a 64 anos (60%).



**Gráfico 5** - Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Atrofia com Inflamação por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.

A atrofia ovariana ocorre geralmente em pacientes idosas, na fase da menopausa, é, portanto, um processo fisiológico normal e pode ser também chamada de atrofia senil (CARVALHO, 2009). Na menopausa a menstruação cessa, e, como os ovários não estão mais ativos, os órgãos reprodutores atrofiam e ficam menores. Nenhum óvulo mais amadurece e, portanto, nenhum hormônio ovariano é produzido, há redução dos níveis de estrogênio e progesterona. A lubrificação vaginal também diminui, o pH da vagina aumenta e o risco aumenta para infecção e inflamação do trato urinário. (SMELTZER et al, 2009).

A *Cândida albicans* evidenciou-se em 10% dos resultados e predominou na faixa etária de 20 a 34 anos (67%).



**Gráfico 6** – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Candidíase de acordo com a faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.

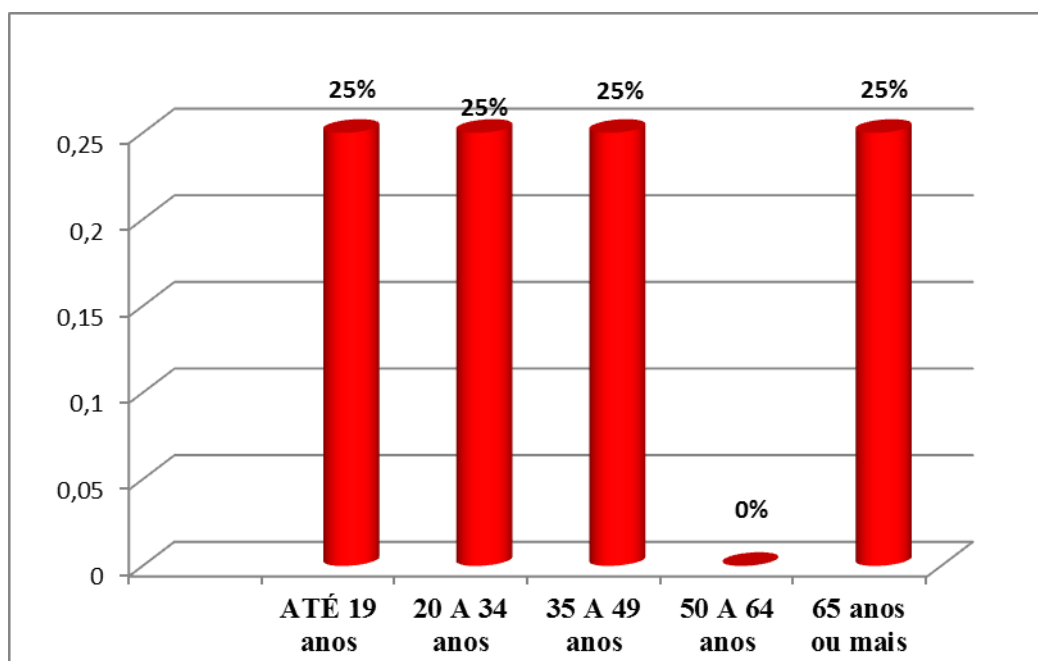
É o fungo causador da candidíase, a mais freqüente infecção fúngica oportunista. É uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, que cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Tem seu habitat na flora vaginal normal, porém, há pré-fatores que podem alterar o meio vaginal, como obesidade, diabetes mellitus, hipoparatiroidismo, antibioticoterapia, gravidez, corticosteróides, o uso de anticoncepcional oral, uso de altas doses de progestênicos, imunossuppressores, anovulatórios. No entanto, quando não se pode atribuir essa alteração aos fatores predisponentes, relaciona-se ao ato sexual, tendo como sintomatologia a leucorréia esbranquiçada, com aspecto de leite coalhado, prurido vaginal, dispneúria e hiperemia vulvar (CARVALHO, 1996; SMELTZER; BARE, 2002).

Segundo Battaglia et al (2005), a candidíase é o segundo tipo mais comum de vulvovaginite. Estima-se que 75% das mulheres em idade reprodutiva já tiveram algum episódio de infecção por *Cândida* sp, 40-45% destas tiveram recorrência e 10-20% apresentaram complicações.

A infecção por *Candida sp.*, está exclusivamente ligada a idade, uma vez que este microrganismo é extremamente dependente do ciclo hormonal pelo aumento de glicogênio para ocorrência de sua infecção. Desta forma, mulheres entre 21 e 40 anos, são as mais acometidas (RIBEIRO et al, 2007).

A infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis*, é a doença sexualmente transmissível (DST) não-viral mais comum no mundo (MACIEL et al, 2004). Esse microrganismo em nosso estudo foi o quarto mais freqüente com apenas quatro exames positivos para esse microrganismo (1%), onde pode-se observar que não houve prevalência de nenhuma faixa etária conforme o gráfico abaixo.



**Gráfico 7** – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Tricomoníase por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.

Em outros estudos pode-se observar os seguintes resultados: Santana et al (2008) na Paraíba, das 2.579 prevenções, 17 usuárias tinham *T. vaginalis*; Barcelos et al (2008) no Espírito Santo, das 299 prevenções, 17 mulheres apresentaram-se o *T. vaginalis*; Ribeiro et al (2007) em Goiás, dos 7.004 exames, 565 clientes portavam *T. vaginalis*; Oliveira et al (2007b) no LACEN-CE, dos 592 preventivos, em 24 foram identificados a presença de *T. vaginalis*. Observa-se que não só nesse estudo, mas em todos os artigos o *T. vaginalis* foi bem mais inferior que os demais microrganismos estudados.

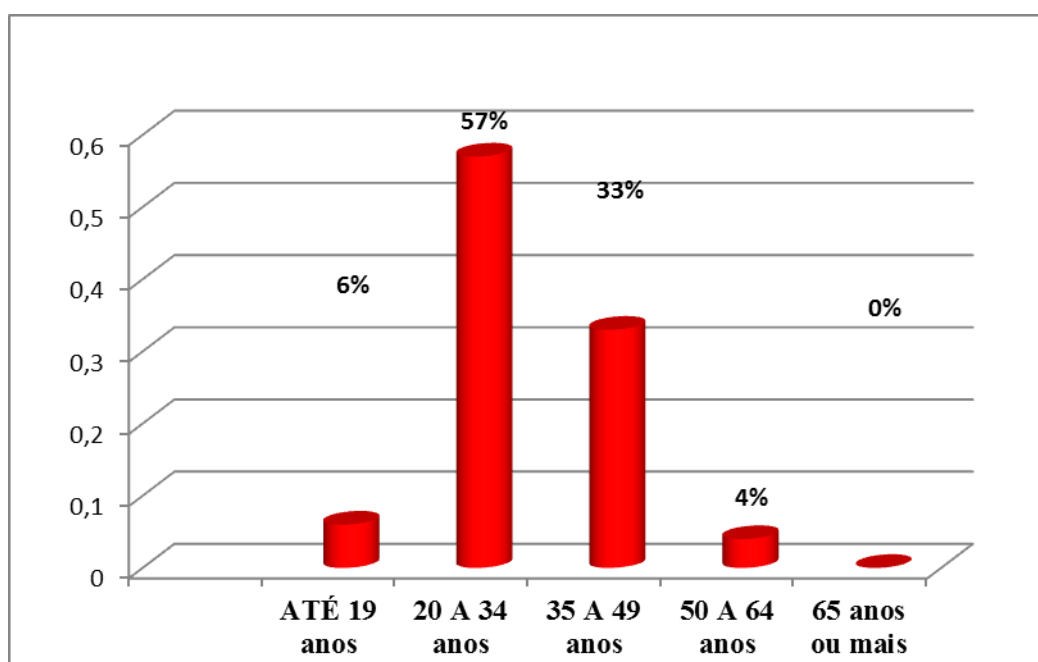
Nas últimas décadas observa-se que o número de casos de tricomoníase teve uma diminuição substancial, devido ao uso do metronidazol e a melhora das condições de saúde populacional (ADAD et al, 2008). Também a adesão ao preservativo nas relações sexuais



inclui-se nesta diminuição, pois com o advento da AIDS houve um maciço uso da mídia enfatizando a sua utilização e o fortalecimento das campanhas sobre o sexo seguro.

Outras problemáticas identificadas sobre a presença deste microorganismo no ser humano é que em um estudo bibliográfico, duas vertentes de pesquisadores como Silveira et al (2000) acreditam que casos crônicos de *T. vaginalis* poderiam propiciar o aparecimento de lesões malignas. Em oposição a essa idéia outros estudiosos acreditam que o tecido uterino lesado favoreça o crescimento do parasita, e que no diagnóstico colpocitológico as alterações celulares causadas por este parasita podem mimetizar lesões pré-malignas.

A *Gardenerella vaginalis* esteve presente em 26% dos resultados dos exames, e também predominou na faixa etária dos 20 aos 34 anos (57%).



**Gráfico 8** – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Gardnerella por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.

Essas idades para o Ministério da Saúde são consideradas de risco para câncer de colo uterino, como a *G. vaginalis* diminui os lactobacilos virucidas supõe predispor causar esta enfermidade na mulher.

Encontrou-se ainda dados semelhantes em outras pesquisas como: Barcelos et al (2008), no Espírito Santo, das 299 prevenções, 64 usuárias apresentaram *G. vaginalis*; Ribeiro et al (2007), em Goiás, dos 7.004 exames, 1.412 tiveram diagnóstico de *G. vaginalis*; Oliveira et al (2007b), no LACEN-CE dos 592 exames, 116 casos, foi *G. vaginalis*.

No local da pesquisa e nos demais estados comparados a *G. vaginalis* foi à bactéria que mais se evidenciou. Cerri (2008) afirma ser um microorganismo que faz parte

normalmente da microbiota normal vaginal e está presente entre 20 a 80% das mulheres sexualmente ativas. E quando ocorre um desequilíbrio na microbiota feminina pelo ato sexual, menstruação, estresse, uso de anticoncepcional, corticóides ou duchas vaginais aumenta a produção dessa bactéria não transmitida pelas relações sexuais, portanto não é uma DST.

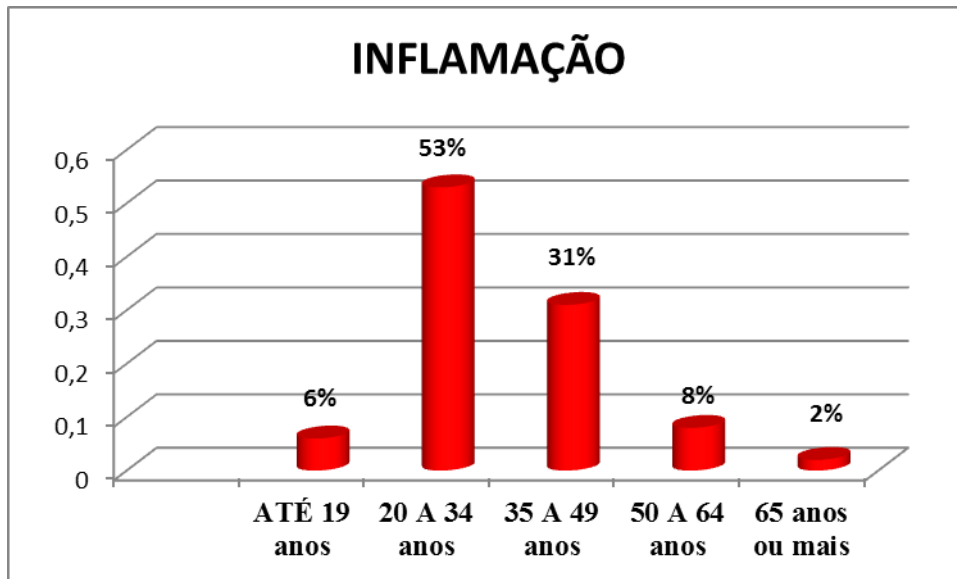
Alguns autores discordam desse pensamento afirmando que em recente estudo o aumento do número de parceiros sexuais estava ligado à presença de vaginose bacteriana. Cerca de 90% dos parceiros das mulheres com vaginose bacteriana para o Ministério da Saúde tem colonização uretral por *G. vaginalis* e são assintomáticos (BRASIL, 2009c).

Brenna et al (2001), sugerem ainda que mulheres jovens com baixo grau de escolaridade são as maiores responsáveis pelos atendimentos ginecológicos para tratamento de quadros de leucorréia e vulvovaginites ocasionadas por *Gardnerella Vaginalis*, em função do baixo grau de esclarecimento sobre hábitos sexuais e de higiene.

Cerri (2008) e o Brasil (2009c) dizem que o profissional deve estar atento, pois a máxima produção deste microorganismo poderá causar complicações significativas à saúde da mulher como infertilidade, salpingite, endometrite, ruptura prematura de membranas.

A *Gardnerella vaginalis* diminui os lactobacilos produtores de peroxidase que tem o efeito virucida, tornando a mulher mais suscetível a adquirir o vírus HIV (GIRALDO et al, 2007). E a mulher sem esta proteção fisiológica, por algum motivo, tem uma baixa na imunidade, ocorre um aumento na produção dessa bactéria supõe-se que esteja também exposta ao vírus do HPV, transmitido em relações sexuais desprotegidas. Sendo para o Ministério da Saúde um dos vírus principais causadores de câncer de colo de útero (90%), pois transforma as células cervicais em células cancerosas (BRASIL, 2009b).

A inflamação esteve presente em 93% dos resultados dos exames e predominou na faixa etária de 20 a 34 anos (53%).



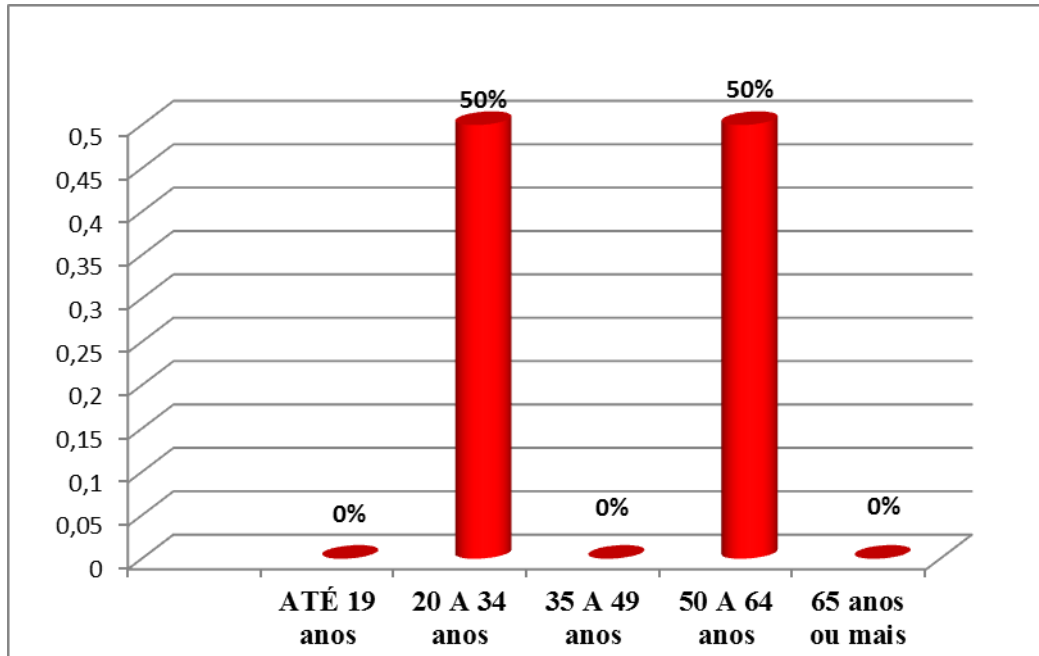
**Gráfico 9** – Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de Inflamação por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.

É caracterizada por um processo inflamatório do trato genital inferior feminino, sendo considerado um dos problemas ginecológicos mais comuns entre as mulheres de diferentes faixas etárias. Existem alguns fatores de risco que predispõem o aparecimento dessa inflamação: multiplicidade de parceiros, o uso de anticoncepcional oral, ducha vaginal, alterações anatômicas, alterações da flora intestinal, uso inadequado de antibióticos e gravidez. Entretanto, também pode ser atribuída a isso, a falta de regularidade do exame Papanicolau e a ausência da higiene genital, tanto depois das eliminações fisiológicas, quanto antes e após o ato sexual (CARVALHO, 1996).

Os dados obtidos no presente estudo estão de acordo com Adad et al (2001), estes autores citam que as inflamações e/ou infecções vaginais constituem uma das principais causas de queixas em mulheres que procuram clínicas ginecológicas.

Quando não tratada, a infecção pode estender-se para dentro do útero, tubas uterinas e cavidade pélvica. A inflamação pode irritar o tecido cervical, resultando em borra de sangue e cervicite muco-purulenta (SMELTZER e BARE, 2002).

O Papiloma Vírus Humano (HPV) esteve presente em 0,5% dos resultados associado ao NIC I como precursor de oncogenicidade, com um total de dois exames (uma de 25 e outra de 54 anos).



**Gráfico 10** - Distribuição percentual das 388 mulheres segundo a presença de HPV/NIC I por faixa etária. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.

Bueno (2008), Silveira et al (2000), e Amaral et al (2006) em seus trabalhos relataram essa mesma observação. Na unidade de saúde pesquisada e nos estudos de Wanderley et al (2000) e Santana et al (2008) houve pouca identificação do vírus.

Sendo indicação do próprio Ministério da Saúde que ao ocorrer NIC I e HPV trate a usuária, caso tenha alguma alteração ginecológica, tipo DST ou inflamação e se faça uma conduta expectante, repetindo o exame com 6 meses. Sendo citologia imprecisa para a identificação deste tipo de lesão, a mulher ao receber o laudo negativo para neoplasia, sente-se segura e confiante, sabendo que deverá repetir a prevenção somente após um ano. Neste período a neoplasia não identificada, está presente no colo do seu útero, às vezes evoluindo e sem a mulher saber ou sentir nenhuma sintomatologia.

É uma doença sexualmente transmissível, tendo relação com o desenvolvimento de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) e do câncer invasor do colo uterino. Essa DST é caracterizada pela formação de verrugas no períneo, conhecidas popularmente como crista de galo ou jacaré, que podem se espalhar e atingir outros órgãos, como colo do útero e ânus. A

transmissão do vírus se dá, sobretudo, na relação sexual. É importante salientar que no homem o HPV ou condiloma acuminado é apenas uma lesão esteticamente feia, mas na mulher é precursora do câncer de colo de útero, doença grave. Portanto, tratar o homem é prevenir uma complicação séria para a mulher (BRASIL, 2000b).

As infecções podem ser latentes (assintomáticas) subclínicas (visualizadas apenas depois da aplicação de ácido acético) ou clínica (condilomas acuminados visíveis). Os fatores de riscos incluem ser sexualmente ativo, ter múltiplos parceiros sexuais e fazer sexo com um parceiro que teve ou tem múltiplos parceiros. O consumo de álcool e o uso de drogas são fatores de risco, já que ambos podem comprometer a tomada de decisão, julgamento e o autocuidado (SMELTZE e BARE, 2005).

A vacina do HPV composta especificamente por um só tipo de vírus não funciona para a mulher que já está contaminada por ele, tornando-se essencial que as pesquisas sejam cada vez mais rápidas, para atingir o público antes de ter iniciado a sua vida sexual.

O vírus do HPV é o fator principal para desenvolvimento de câncer genital, em especial carcinoma. Exames como a histopatologia indicam as lesões precursoras de câncer, mas a hibridização é de fundamental importância para diagnosticar os vírus de alta ou baixa oncogenicidade (CAVALCANTE et al, 2005). O Ministério da Saúde afirma que em estudos mundiais o HPV está presente entre 50 a 80% das mulheres sexualmente ativas (BRASIL, 2009b).

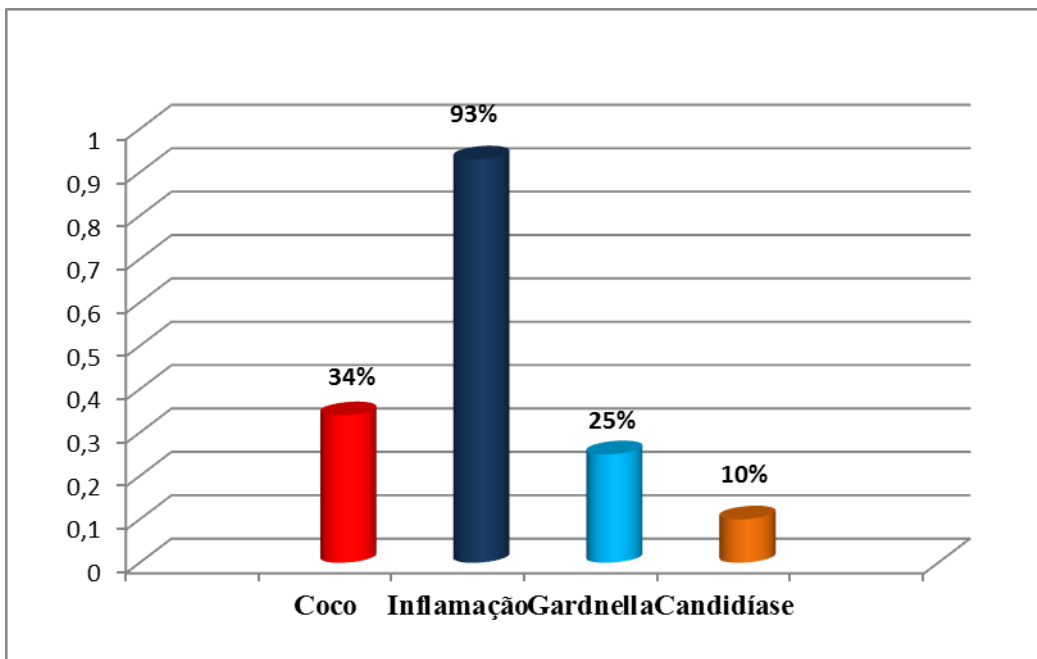
Como na atenção básica só fornecem a citologia, os laudos podem estar subestimados ou superestimados quando não ocorre perfeita sintonia entre a citologia e a histopatologia. Machado Júnior e Dalmaso (2008) afirmam que o exame histológico usualmente obtido por biópsia dirigida por colposcopia é tido como “padrão ouro” para diagnósticos das neoplasias intra-uterinas.

Apesar da baixa incidência, foi também constatado nos resultados dos exames, a presença de 25 casos de Metaplasia, que se constitui na diferenciação de um tecido em outro.

Who (2010) reporta que a metaplasia escamosa do colo uterino indica a substituição fisiológica do epitélio colunar evetido na ectocérvix por um epitélio escamoso recém formado de células subcolunares de reserva. A região do colo uterino onde metaplasia escamosa ocorre é denominada de zona de transformação. Nascimento (2009) conceitua que a metaplasia é uma alteração reversível na qual um tipo celular epitelial adulto é substituído por outro tipo celular adulto, isto é, um tipo de epitélio se transforma em outro tipo epitelial. Já a metaplasia escamosa do colo uterino ocorre quando o epitélio colunar é substituído ou transformado em epitélio escamoso estratificado.

A metaplasia do colo do útero é provavelmente a lesão mais encontrada. Metaplasia significa a mudança de um tipo de epitélio em outro. Especificamente na cérvix uterina, metaplasia escamosa refere-se à modificação do epitélio glandular em epitélio escamoso. Esta modificação poderá ser completa (matura) ou incompleta (imatura) (CARVALHO, 2009).

Este gráfico apresenta as patologias ginecológicas que foram encontradas em maior prevalência durante o presente estudo. Nota-se em destaque a ocorrência de inflamação (93%). A análise dos laudos também revelou a presença de outras patologias como os cocos (34%), a gardnerella (25%) e candidíase (10%), encontrados em menor quantidade ao comparar-se com a inflamação, porém, com presença expressiva na unidade de saúde pesquisada.



**Gráfico 11** – Distribuição percentual das 388 mulheres comparando as doenças com maior prevalência na unidade. Centro de Saúde Turu II. São Luís – MA, 2010.

Resultado semelhante ao encontrado em estudos de Campitelli & Hasenack (2009), em que também houve a prevalência de Gardnerella vaginalis (51%).

Dos 388 exames preventivos de câncer realizados no ano de 2010, 382 preventivos foram compostos pela microbiota vaginal formada por lactobacilos, cocos, bacilos, Cândida sp e G. vaginalis. E estas duas últimas microbiotas não mais inclusas entre as DST, segundo o Ministério da Saúde, mas que em condição de hiperprodução prejudicará a saúde feminina.

Restando apenas 6 laudos (1,5%) com alterações citopatológicas merecedoras realmente de investigações e tratamento, pois neles foram identificados as DST (T. vaginalis e HPV).

Por isso que ao detectar alguma alteração ginecológica no momento da consulta, a abordagem sindrômica deve ser usada para minimização desta problemática na sexualidade do casal e nos sintomas incômodos que a cliente apresenta. Carret et al (2004) afirmam que a abordagem sindrômica é um tratamento utilizando um conjunto de sinais e sintomas sem a realização de exames complementares, interrompendo a cadeia de transmissibilidade, tornando esta abordagem viável e pouco onerosa. E quando não se obtém sucesso nessa técnica, realizam-se exames mais invasivos.

A citologia de Papanicolau é um exame capaz de detectar alterações inflamatórias e infecciosas do trato genital feminino, ele permite avaliar a intensidade da reação inflamatória, acompanhar sua evolução clínica e até determinar o agente causal (SOLOMON & NAYAR, 2005; GOMPEL & KOSS, 1997).

## 6 CONCLUSÃO

Após a realização desse trabalho foi observado que todos os objetivos impostos foram alcançados e discutidos, sendo assim, conclui-se que:

- As patologias ginecológicas que ocorreram com maior prevalência foram: Inflamação, Cocos, Gardnerella e Candidíase, sendo estas patologias associadas a hábitos sexuais, de higiene ou comportamentais.
- As patologias abordadas na unidade pesquisada apresentam maior prevalência em mulheres que se encontram em faixa etária reprodutiva e sexualmente ativa (20 a 54 anos).
- O câncer de colo de útero apresenta baixa prevalência nos indivíduos analisados.

O estudo realizado evidenciou que nos exames predominaram a microbiota composta por lactobacilos, cocos, bacilos, Gardnerella vaginalis e cândida; e as DST evidenciadas foram Trichomonas vaginalis e HPV. As idades que mais apresentaram afecções ginecológicas foram a compreendida entre 20 a 34 anos (48%), seguida de 35 a 49 anos (34%). Observamos que desde a adolescência essas enfermidades estão presentes estendendo-se às mulheres próprias para gestar.

Conforme resultados obtidos, conclui-se também que a citologia cérvico-vaginal é um recurso importante para o diagnóstico de agentes infecciosos passíveis de transmissão por contato sexual.

A pesquisa veio também confirmar informações já divulgadas pelos meios de comunicação e o Ministério da Saúde de que, a perda da virgindade das jovens brasileiras dá-se cada vez mais cedo. No estudo a mais jovem a realizar prevenção tinha 15 anos.

Constatou-se que o exame de Papanicolau tem um papel importante no reconhecimento das infecções do trato genital feminino. Além de dar informações acerca da evolução das infecções, este também pode informar o agente etiológico, gerando índices de infecções por microrganismos sexualmente transmissíveis. Talvez por ser de acesso fácil, gratuito e ter grande especificidade nos resultados este exame é o primeiro a ser requisitado e realizado pela maioria das mulheres.

O estudo em questão preocupou-se em detectar as principais afecções do trato genital inferior feminino, através do Papanicolau, esperando assim a mulher na realização deste tipo



de exame, assim como a prevenção do câncer cérvico-uterino e demais patologias ginecológicas detectadas durante a pesquisa.

Durante a pesquisa realizada observou-se que as patologias sexualmente transmissíveis estão em baixa prevalência nos resultados analisados na Unidade, sendo que as mulheres que realizaram o exame foram mais acometidas por doenças ginecológicas que podem estar relacionadas aos maus hábitos de higiene íntima.

## 7 SUGESTÕES

Deve-se ressaltar a importância dos profissionais da Unidade de Saúde da Família e dos Programas desenvolvidos no âmbito da promoção da saúde e prevenção de agravos da comunidade assistida. Dessa forma, acredita-se que é de grande importância a continuidade das ações sugeridas:

- Realização de campanhas educativas de prevenção de DST com as usuárias deve ser feitas em todo o período do ano e não apenas em datas pontuais;
- Incentivar o uso de preservativos de barreira em todas as relações sexuais, não somente para prevenção das DST, mas também para manter o pH da vagina nos padrões ideais, evitando a produção exacerbada de bactérias na microbiota genital e orientação quanto a importância da higiene genital;
- Incentivo à mulher para a realização do exame ginecológico com regularidade, para detecção de afecções ginecológicas e doenças sexualmente transmissíveis e prevenção do câncer do colo uterino;
- Estímulo a mulheres quanto a procurar a Unidade de Saúde, quando apresentar alguma alteração vulvo-vaginal.
- Incentivar no planejamento familiar a presença do parceiro (a) e quando ocorrer uma DST o tratamento de ambos seja feito simultaneamente, prevenindo assim a reinfecção;
- Oferecer aos profissionais capacitações a fim de obter uma visão mais ampliada e holística sobre várias temáticas da saúde e por consequência prestar uma atenção mais qualificada ao usuário;
- Formar ou potencializar grupos já existentes nas comunidades com pessoas nas diversas faixas etárias, onde se debata os temas sobre DST, planejamento familiar, prevenção de câncer, gravidez, sexualidade humana, cuidados higiênicos, etc. Permitindo trocas de saberes e parcerias, orientando o auto-cuidado, a promoção e a educação em saúde.

Os dados coletados mostraram que apesar dos programas voltados para atenção integral à mulher, elas ainda são acometidas por patologias específicas do gênero que

poderiam ser prevenidas e/ou tratadas precocemente. Pode-se observar tais usuárias como mulheres que precisam de informações coerentes e relevantes ao seu grau de conhecimento.

Dessa forma, a atuação do Enfermeiro é imprescindível, pois este é um profissional que tem conhecimento científico para desenvolver programas educativos de prevenção e esclarecimento desses tipos de patologias.

## REFERÊNCIAS

ADAD, S. J. LIMA; R. V; SAWAN, Z. T. E; SILVA, M. L. G.; SOUZA, M. A. H; SALDANHA, J. C; FALCO, V. A. A; CUNHA; A. H; MURTA, E. F. C. Frequency for *Trichomonas vaginalis*, *Candida* sp and *Gardnerella vaginalis* in cervical – vaginal smears in four different decades, **Revista Paulista de Medicina**. São Paulo, v. 119, n.6, p. 200-205, 2001.

AMARAL, R. G.; SOUZA, N. A.; TAVARES, S. B. N.; MANRIQUE, E. J.; ASSEM, D. Z.; AZEVEDO, L. L.; QUEIROZ, R. C. F.; FREITAS, R. C.; FONSECHI-CARVASAN, G. A. Controle externo da qualidade dos diagnósticos citológicos no rastreamento de câncer cervical: estudo piloto. **Revista Brasileira de Análise Clínica**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, 2006.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. A **Contracepção no Brasil 1980-1990**. Recife: SOS Corpo, 1991.

BATTAGLIA F. et al. Vuvovaginal candidiasis: a therapeutic approach. **Minerva Ginecol.** v.52 n.2, p. 131-9, 2005.

BARCELOS, M. R. B.; VARGAS, P. R. M.; BARONI, C.; MIRANDA, A. E. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: Prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, jul.2008.

BATTAGLIA F. et al. Vuvovaginal candidiasis: a therapeutic approach. **Minerva Ginecol.** v.52 n.2, p. 131-9, 2005.

BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Doenças infecciosas e infecções congênitas. In: BARROS, Sônia Maria O.; MAMAR de Fátima; ABRÃO, Ana Cristina F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**. 1ª ed. São Paulo: Rocca, 2002. p.161-185.

BARTLETT, E.E. Editorial: At last, a definition. **Patient Educ.Couns.** v. 7, p. 323-324, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética e pesquisa - CONEP**. Resolução no 196 /96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer (CONPREV). **Falando sobre o câncer de colo do útero**. Rio de Janeiro: MS, INCA, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de bolso**. Brasília: DF, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Controle do câncer do colo do útero**. Brasília; 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher - **Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: 2002b.

BRASIL. **Estatuto do Idoso, 01/10/2003**. Brasília: Degrau Concursos, 2003.

BRASIL. 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: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Cadernos de atenção básica. n.13. ed 1. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Integral do Adolescente e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas 2008. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto do Câncer. HPV – Perguntas e respostas mais frequentes. **Net**. Brasília, fev., 2009b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 15. out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Net**, Brasília, mar. 2009c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 08. out. 2011.

BRENNA, S. M., et al. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino**. Caderno de Saúde Pública, v.17, n.4, p.909-917, 2001.

BRINTON, L.A. **Epidemiology of cervical câncer- overview**. In: The Epidemiology of cervical cancer and human Papillomavirus. Ed: N. Muñoz, F.X. Bosch, k.V. Shah and A. Meheus, Lyon, International Agency for Research on Cancer. IARC. 1992.

BROLAZO, Eliane Melo et al. Prevalência e caracterização de espécies de lactobacilos vaginais em mulheres em idade reprodutiva sem vulvovaginites. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, Abril de 2009, p.189-195.

BUENO, K. S. Atipias escamosas de significado indeterminado: novas qualificações e importância na conduta clínica. **Revista Brasileira de Análise Clínica**. Rio de Janeiro. v. 40, n. 2, p. 121-128, 2008.

CAMARGOS, A.F., Reis FM; CARNEIRO M. M.; MELO, V. H. **Ginecologia ambulatorial: baseada em evidências científicas**. In: ALS Filho, Lamarta RM, Peixoto FC. Câncer de colo uterino. 2ª. ed. Belo Horizonte: Coopmed. 2008. p.1018-21.

CAMPITELLI, D. V. R.; HASENACK, B. S. Prevalência de *Trichomonas vaginalis*, *Candida* sp e *Gardnerella vaginalis* em Esfregaços Cérvico-vaginais de Pacientes Atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do Norte do Paraná. Laes&Haes, p. 90, 2009.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; SILVEIRA, D. S.; BERTOLDI, A. D.; HALLAL, P. C. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 76-84, 2004.

CARVALHO, G.M. de. **Enfermagem em ginecologia**. São Paulo: EPU, 1996.

CARVALHO, Grimaldo. **Citologia do trato genital feminino**. 5ª ed. Revinter: Rio de Janeiro, 2009.

CAVALCANTE, S. M. B.; CARESTIANO, E. N.; OLIVEIRA, L. H. S. Diagnóstico laboratorial de DST por técnicas de biologia molecular. In: PASSOS, Mauro Romero Leal (Org). **Deesetologia, DST 5**. 5.ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

CERRI, C.R. *Gardnerella vaginalis*. **Net**, Minas Gerais, dez 2008. Disponível em: <<http://www.dst.com.org>>. Acesso em: 12. out. 2011.

CORREIA, L. McAULIFFE, JAY F. **Saúde materno-infantil**. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Epidemiologia & saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

DANGÊLO, J.G; FATTINI, C.A. **Anatomia Humana Básica**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2004, 184 p.

DIÓGENOS, M.A.R., REZENDO, M.D.S., PASSOS. N.M.G. **Prevenção do Câncer: Atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ginecológica: Aspectos éticos e legais da profissão**. Fortaleza: Pourchain Ramos, 2001.

FERNANDES, R.A.Q., NARCHI N.Z. **Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama**. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(2):223-30.

FERRAZ, F., SILVA, L.W.S., SILVA L.A.A., REIBNITZ, K.S., BACKES, V.M.S. **Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde**. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(5):607-10.

FERREIRA, M.L.S.M. **Motivos que influenciam a não-realização do exame papanicolau segundo a percepção de mulheres**. *Esc Anna Nery Rev Enferm*; 13(2): 378-384, jun. 2009.

Disponível em: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20092/artigo%2018.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2018.pdf). [Acessado em: 07 set 2011].

FOCACCIA, R. Veronesi: **Tratado de Infectología**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. v. 1.

FURNISS, K. K. Tratamento de pacientes com distúrbios reprodutivos femininos. In: Smeltzer SS, Bare BG, organizadoras. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2000. p.1170-201.

GIRALDO, P.C. et al. **Patotologia do Trato Genital Inferior**. 13.ed. São Paulo: Ed ROCA 2005, 140 p.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. Cecil: **Tratado de Medicina Interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v. 2.

GOMES, J.C.; BISPO, G.M.B.; SANTOS, P.C.J.V. **Fatores impeditivos para a realização da citologia oncótica**. I Semana de Ciências da URCA, XI Semana de Iniciação Científica. 01 a 05 de dezembro 2008.

GOMPEL, C.; KOSS, L. Citologia ginecológica e suas bases anátomo-clínicas. São Paulo, Manole, 1997, 450 p.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 2 ed. São Paulo: Roca, 1994. V. 2. 1824 p.

HOLLOWATY, P. et al. **Natural history of Dysplasia of the uterine cervix**. J. Natl. Cancer Inst., v. 91, n. 3, p. 252-258, 1999.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle de Tabagismo. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro: INCA; 1996.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER; Ministério da Saúde. Rio de Janeiro; **Estimativa 2006** – Incidência do câncer no Brasil. 2006.

LAGO, T.D.G. **Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil** Análise do Período 1998 a 2002. Tese (Doutorado em Demografia) – Universidade Estadual de Campinas. 2004, p. 141.

LIMA, M. A. D. S. **Educação em Saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. V.17, n.2, p. 87-91, jul.1996.

MACHADO JÚNIOR, L. C.; DALMASO, A. S. W. **Neoplasia Intra-epitelial cervical: diagnóstico, tratamento e seguimento uma unidade básica de saúde**. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 24-30, 2008.

MACIEL, G. P.; TASCA, T.; CARLL, G. A. **Aspectos clínicos, patogênese e diagnóstico de Trichomonas vaginalis**. Jornal brasileiro de patologia medica laboratorial, v. 40, n. 3, p. 152-60, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero**. Brasília: 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle de Cânceres de colo de útero e mama**. Brasília (Brasil): Ministério da saúde; 2006.

MARTÍNEZ M. et al. Biotipos y Susceptibilidad Antimicrobiana de Gardnerella Vaginalis. **Rev Chil Obstet Ginecol**. v.69n. 6, p. 157-61, 2004.

MIRANDA NETO, M.H. et al. **Anatomia Humana: Aprendizagem Humana**. 2. ed. Ver. Maringá: Gráfica Editora Clichetec, 2007, 216 p.

NASCIMENTO, Marile F. do. **Evolução da metaplasia**. Iª Jornada Internacional de Citotecnologia. Rio de Janeiro, agos 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/evolucao\\_metaplasia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/evolucao_metaplasia.pdf)>. Acesso em: 7 out 2011.

OLIVEIRA, A. B. et al. **Prevalência de Gardnerella e mobiluncus em exames de colpocitologia em Tomé-Açu, Pará**. Revista Paraense de Medicina, v. 21, p. 47-51,2007.

OLIVEIRA, F. A.; PFLEGER, V.; LANG, K.; HEUKELBACH, J.; MIRALLES, I.; FRAGA, F.; SOUSA, A. Q.; STOFFLER-MEILICKE, M.; IGNATIUS, R.; KERR, L. F. S.; FELDMEIER, H. Sexually transmitted infections, bacterial vaginosis, and candidiasis in woman of reproductive age in rural Northeast Brazil: a population-based study. **Revista Memória do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 102, n. 6, p. 751-756, set. 2007b.

RIBEIRO, A. A.; OLIVEIRA, D. F.; SAMPAIO, M. C. N.; CARNEIRO, M. A. S.; TAVARES, S. B. N.; SOUZA, N. L. A.; FONSECHI-CARVASAN, G. A.; ALCANFOR, J. D. X.; SANTOS, S. H. R. Agentes microbiológicos em exames citopatológicos: estudos de prevalência. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 179-181, 2007.

RODRIGUES, D.P., FERNANDES, A.F.C., SILVA, R.M. **Percepção de algumas mulheres sobre o exame papanicolau**. Ver Enfermagem Esc Anna Nery 2001 abril; 5(1):113-8.

SANTANA, Andrezza P. de et. al. **Afecções ginecológicas evidenciadas no Papanicolau em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de João Pessoa**. Paraíba, 2006. Disponível em:[http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex\\_xienid/x\\_enex/ANAIS/Area6/6CCSETSOUT\\_01.pdf](http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/ANAIS/Area6/6CCSETSOUT_01.pdf) Acesso em: 21 set. 2011.

SANTANA, A. P.; GOMES, A. C.; MARQUES, K. J. F.; ANDRADE, K. K. P.; SILVA, F. M. C.; GOMES, J. S. **Afecções ginecológicas evidenciadas no Papanicolau em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de João Pessoa**. In: X Encontro de Extensão da UFPB-PRAC. Anais eletrônicos. Net. João Pessoa: UFPB, 2008. Disponível em: <[http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex\\_xienid/x\\_enex/anais/area6/6ccsetsout\\_01.pdf](http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/anais/area6/6ccsetsout_01.pdf)>. Acesso em 14.set. 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Doenças Sexualmente Transmitidas Em Gestantes**. Belém – Pará: 1999.

SILVA, J.O.; BORDIN, R. Educação em Saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANE, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas na atenção primária**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1996. P. 61.



SILVA FILHO, A.; LONGATO FILHO, A. **Colo Uterino e Vagina: Processos Inflamatórios, Aspecto histológico, citológico e colposcópico.** Rio de Janeiro: Revinter, 2000, p. 07-89.

SILVA, D.W. et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 1, p. 24-31, 2006.

SILVEIRA, E. C.; TAVERNARD, A.; NUNES, E. Associação de Trichomonas com lesões pré-malignas e malignas do colo uterino. **Revista Brasileira de Análises Clínicas.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 111-114, 2000.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 3v.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica** . 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 3v.

SMELTZER, C. Suzanne; BARE, G. Brenda. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Tratado de enfermagem medico-cirúrgica.** [Tradução: Brunner & Suddarth]. vol 5. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOLOMON, D.; NAYAR, R. Sistema Bethesda para citologia cervico-vaginal. 2ª ed. Rio de Janeiro, Revinter, 2005, 327 p.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

TAVARES, T. G.; KRUNN, P.; COSTA, E. I.; PADILHA, C. M. L.; PINTO, A. P. Cervicites e seus agentes na rotina dos exames colpocitológicos. **DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 19, n. 1, p. 30-34, 2007.

TORTORA, G.J.; FUNKE, B.R., CASE; C.L. **Microbiologia** 8º Ed. Artmed Porto Alegre RS 2005.

VASCONCELOS, S. A. M. & MARTINS, L. A. **Correlação entre alterações microbiológicas e o conhecimento das alterações presentes no laudo do exame colpocitológico pelas mulheres do município de Douradina em 2004.** Arq. Ciênci. Saúde Unipar., v. 9, n. 3, p. 167-173, 2005.

VIANA, L. C.; MARTINS, M.; GEBER, S. **Ginecologia.** 2. ed. São Paulo: Medsi, 2001.

ZAGO, M.M.F. **O ritual de orientação de pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos: um estudo etnográfico.** 1994. 154 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

WANDERLEY, M. S.; MAGALHÃES, E. M. S. TRINDADE, E. R. Avaliação Clínica e Laboratorial de Crianças e Adolescentes com Queixas Vulvovaginais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Brasília, v. 22, n. 3, p. 147-152, 2000.

WHO, World Health Organization. IARC, International Agency for Research on Cancer. **Online screening material. Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: Manual para principiantes.** Capítulo 2: Introdução à neoplasia intraepitelial cervical (NIC). França, 2010. Disponível em: <  
<http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=4&chap=2>>. Acesso em: 07 out 2011.

APÊNDICES

APÊNCICE A – Roteiro de Coleta de Dados.

**ROTEIRO DE COLETA DE DADOS**  
**ANÁLISE DOS EXAMES PAPANICOLAU REALIZADOS EM UMA UNIDADE**  
**BÁSICA DE SAÚDE EM SÃO LUIS/MA**

1. Idade

Até 19 anos    20 a 34 anos    35 a 49 anos    50 a 64 anos    65 ou mais

2. Resultados

- Lactobacilos
- Bacilos
- Cocos
- Atrofia com inflamação
- Candida sp
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Trichomonas vaginalis
- Sugestivo de Chlamydia sp
- HPV
- Herpes genital
- Inflamação
- Neoplasias intraepiteliais    NIC I    NIC II    NIC III
- Adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma invasor    Cervical    Endometrial    Sem outras especificações
- Outras neoplasias malignas

ANEXOS

ANEXO A – Termo de autorização para a pesquisa carimbada pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Diretora da Unidade.



Ofício nº 9 /2011 – CA, LABORO

São Luís, 19 de setembro de 2011.

De: Profª. Mônica Elinor Alves Gama – Diretora Acadêmica da LABORO: Excelência em Qualificação.

Para: Marcos Antônio Barbosa Pacheco – Superintendência de Educação em Saúde – SEMUS – Adriana Soares Durães – Diretora Geral – Centro de Saúde Turú II

**ASSUNTO:** Solicitação de liberação para coleta de dados.

Senhora Diretora,

A Laboro: Excelência em Qualificação oferece o Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública seus alunos encontram-se em fase de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso iniciando a etapa de coleta de dados. A equipe composta por Simone Mendes Santana, Dília Patrícia Torres da Silva, Wallyna Mara Coelho Leandro Barros desenvolverá o trabalho intitulado "ANÁLISE DE EXAMES PREVENTIVOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE".

O referido trabalho está sob a orientação da Profª. Mônica Elinor Alves Gama. Destacamos que serão respeitadas as normas estabelecidas para pesquisa envolvendo seres humanos e após análise dos dados será apresentada cópia do trabalho finalizado para que a instituição possa se apropriar dos dados.

Na certeza do seu apoio ao progresso da ciência em nosso Estado, agradecemos antecipadamente. Colocamo-nos ao seu dispor.

Hevelin Maria Gonçalves Anzures  
Enfermeira  
CPF: 201966290

Profª Marcella Luna Germoglio de Lima  
Coordenação Pedagógica da LABORO

CNPJ: 02.517.198/0001-00

LABORO - Centro de Consultoria,  
Qualificação e Pós-Graduação Ltda.

Av. Castelo Branco, 605 - Coberhan  
São Francisco - CEP: 65.076-000

SÃO LUÍS

MA.

(91) 3218-9900 | www.institutolaboro.com.br

Av. Castelo Branco, nº 605, Sala 400, São Francisco,  
São Luís - MA - CEP: 65.076-000

São Luís - MA - CNPJ: 02.517.198/0001-00









