

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
FACULDADE DE BIOMEDICINA

CARLA ANDRESSA PINTO AMADOR

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, MICROBIOLÓGICO E CITOLÓGICO
CERVICO-VAGINAL DE MULHERES DA UNIDADE MUNICIPAL DE
SAÚDE DO BAIRRO DO JURUNAS, BELÉM, PARÁ, BRASIL.

BELÉM

2009

CARLA ANDRESSA PINTO AMADOR

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, MICROBIOLÓGICO E CITOLÓGICO
CERVICO-VAGINAL DE MULHERES DA UNIDADE MUNICIPAL DE
SAÚDE DO BAIRRO DO JURUNAS, BELÉM, PARÁ, BRASIL.

Trabalho de Conclusão de
Curso a ser apresentado à
Faculdade de Biomedicina da
Universidade Federal do Pará
como requisito parcial para a
obtenção do grau de
Biomédico.

Orientadora: Profa. Dr^a Maísa Silva de Sousa

BELÉM

2009

CARLA ANDRESSA PINTO AMADOR

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, MICROBIOLÓGICO E CITOLÓGICO
CERVICO-VAGINAL DE MULHERES DA UNIDADE MUNICIPAL DE
SAÚDE DO BAIRRO DO JURUNAS, BELÉM, PARÁ, BRASIL.

Trabalho de Conclusão de
Curso aprovado como requisito
parcial para a obtenção do grau
de Biomédico no Curso de
Biomedicina da Universidade
Federal do Pará, pela comissão
formada pelos professores

Local e data de defesa: Belém (PA), 15 de dezembro de 2008

Banca examinadora:

Profª Drª Maísa Silva de Souza
NMT – UFPA
(orientadora)

Prof . Esp Mihoko Yamamoto Tsutsumi
ICB – UFPA

Profª Drª Karla Ribeiro
ICB - UFPA

DEDICATÓRIA

À minha mãe pelos ensinamentos de vida, exemplo de admiração, experiência de amor, amizade, lealdade e, sobretudo, pelo apoio e dedicação.

Ao meu avô Cantidio Pinto (in memoriam) por representar meu referencial de honra, coragem, honestidade e determinação.

Aos familiares que de alguma forma colaboraram para conclusão desta graduação.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela sua infinita misericórdia.

*À minha mãe, **Lindanor Pinto**, mulher de fibra e valor que não mediu esforços pra que eu vencesse mais este desafio na vida, pela dedicação, apoio e compreensão.*

*A minha avó, **Olgarina Pinto**, por todo incentivo e conselhos em todos os momentos da minha vida.*

*Ao meu avô, **Cantídio Pinto** (in memoriam) pelo seu amor incondicional e ensinamentos de vida.*

*Ao meu afilhado **João Victor Pinto**, pelos momentos de alegria e esperança que me confere através de sua inocência e energia de criança.*

*Ao meus familiares, **Marcilene Pinto e Ana Beatriz Pinto**, pelo incentivo, por partilharmos os sonhos e as dificuldades.*

*À Prof^a **Mihoko Yamamoto Tsutsumi**, pelo generoso incentivo, compreensão, companheirismo nesses anos de graduação.*

*À Prof^a Dr^a **Maísa Souza** pela correção e orientação final.*

*As amigas com quem dividi momentos de alegrias e dificuldades em especial: **Gleiciany Pinheiro, Amanda Resende, Keliane Trindade e Ellen dos Anjos**.*

*À pessoas como **Benedito dos Prazeres e Carlos Farias do Rosário** que me ajudaram de forma incondicional nessa trajetória.*

À pessoa que se tornou íntima dos meus momentos de felicidade, de preocupação e que tem me incentivado a não desistir dos meus sonhos.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E TABELAS-----	iv
RESUMO-----	v
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO-----	1
1.1. ASPECTOS GERAIS-----	1
1.2. JUSTIFICATIVA-----	2
1.3. OBJETIVOS-----	3
1.3.1 OBJETIVO GERAL-----	3
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS-----	3
CAPÍTULO 2. CÂNCER DO COLO DO ÚTERO-----	3
2.1. EPIDEMIOLOGIA-----	3
2.2. PATOGÊNESE-----	5
2.3. DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO-----	8
CAPÍTULO 3. MATERIAL E MÉTODOS-----	11
3.1. ÁREA DE ESTUDO -----	11
3.2. COLETA DE DADOS E AMOSTRAGEM-----	12
3.3. EQUIPAMENTOS E MATERIAIS-----	12
3.4. COLETA DAS AMOSTRAS BIOLÓGICAS-----	12
3.5. PROCESSAMENTOS DAS AMOSTRAS-----	13
3.6. ANÁLISE CITOLÓGICA E MICROBIOLÓGICA-----	13
3.7. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS---	13
CAPÍTULO 4. RESULTADOS-----	14
CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO-----	24
CAPÍTULO 6. CONCLUSÃO-----	28
CAPÍTULO 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	30
CAPÍTULO 8. ANEXOS-----	35

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

TABELA 1: Características sócio-demográficas de mulheres da UMS – Jurunas -----	18
FIGURA 1: Frequência dos resultados de exames colpocitológicos de pacientes da UMS – Jurunas-----	15
FIGURA 2: Frequência de processos inflamatórios de pacientes da UMS – Jurunas -----	15
FIGURA 3: Frequência de microorganismos nos esfregaços inflamatórios de mulheres da UMS-Jurunas-----	16
FIGURA 4: Uso de preservativos pelas mulheres da UMS – Jurunas -----	19
FIGURA 5: Uso de contraceptivos orais pelas mulheres UMS – Jurunas -----	19
FIGURA 6: Hábito de fumar das mulheres UMS – Jurunas -----	20
FIGURA 7: Início da vida sexual de mulheres da UMS – Jurunas -----	21
FIGURA 8: Realização de abortos pelas mulheres da UMS - Jurunas -----	21
FIGURA 9: Números de parceiros sexuais de mulheres da UMS – Jurunas -----	22
FIGURA 10: Saber com que frequência deve ser feito o PCCU de mulheres da UMS – Jurunas -----	23
FIGURA 11: Realização do PCCU anteriormente pelas mulheres da UMS – Jurunas -----	23

RESUMO

O Câncer de colo do útero ainda é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento e vem apresentando alta incidência nas últimas décadas, sendo responsável por aproximadamente 1 milhão de casos por ano, tornando-se o segundo tipo de câncer que mais acomete mulheres. Este estudo tem como objetivo investigar o perfil epidemiológico, microbiológico e citológico cérvico-vaginal de mulheres submetidas ao PCCU, procurando ressaltar fatores de riscos para surgimento de neoplasias, da Unidade Municipal de Saúde (UMS) do Bairro do Jurunas, Belém, Pa. A pesquisa foi desenvolvida com amostra de 46 mulheres atendidas em livre demanda para realização de colpocitologia oncótica, utilizando formulário para obtenção dos dados. Observou-se que a maioria das mulheres eram da faixa etária de 17-27 anos, com ensino fundamental incompleto, solteiras, do lar, com mais de três filhos, que nunca usaram preservativos e nem anticoncepcional, sem o hábito de fumar, com o início da vida sexual entre 15-17 anos, que nunca fizeram o aborto, com mais de três parceiros sexuais, que souberam informar tempo entre um exame e outro, e que tinham feito mais de dois PCCU anteriormente. Dos 46 exames colpocitológicos, 6 (13,04%) casos foram considerados dentro dos padrões da normalidade, 38 (82,60%) apresentaram esfregaços inflamatórios, com maior prevalência para os causados por outros agentes como cocobacilos, portanto sendo estes os microrganismos mais encontrados; 2 (4,34%) foram diagnosticados ausência de flora microbiana. Quanto a presença de lesões intra-epiteliais, não foi encontrado nenhum esfregaço com alterações celulares Pré-malignas e malignas. No presente estudo, apesar de não evidenciar casos dessas lesões, podemos inferir que os inúmeros fatores de riscos aos quais as mulheres estão submetidas podem a longo prazo evoluir para um quadro de anormalidade cérvico-vaginal ou lesões graves. O acompanhamento das mesmas deve ser através de estratégias que possibilitem um fácil acesso a UMS para realização periódica do exame Preventivo do Câncer do Colo Uterino.

Palavras - chave: exame preventivo do câncer do colo uterino (PCCU), câncer do colo uterino, lesões pré-malignas e malignas, fatores de risco.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1. ASPECTOS GERAIS

A elevada incidência de câncer no mundo nos faz prever um futuro sombrio para a saúde pública. Os diversos tipos de câncer são hoje responsáveis pela morte de mais de 7,5 milhões de pessoas por ano. Isto representa aproximadamente 13% de todas as mortes, ou algo em torno de 20 mil mortes por dia. Acredita-se que de todos os casos novos de câncer anuais, a maioria ocorra em países em desenvolvimento e pelo menos um terço deles poderia ser prevenido.

O câncer de colo do útero (CCU) é o segundo mais incidente e a segunda causa de óbito por câncer entre as mulheres em muitos países desenvolvidos. Porém, na maioria dos países em desenvolvimento, este câncer vem se tornando um dos mais incidente e responsável pela maioria das mortes por câncer entre as mulheres.

No Brasil, a maioria dos estados brasileiros apresenta incidência do CCU semelhante à dos países desenvolvidos. No entanto, no Estado do Pará, este tipo de Câncer ainda é o mais incidente entre as mulheres, apesar da disponibilidade rotineira e gratuita do exame preventivo do câncer de colo do útero (PCCU) na maioria dos locais destinados a realização do mesmo .

Neste cenário, a identificação do perfil dos PCCU realizados em nosso estado pode dar suporte à melhoria da qualidade de vida das mulheres paraenses, com implementação de ações voltadas para prevenção e controle do CCU (diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), considerado que a análise dos dados obtidos podem impactar diretamente na tomada de decisões de controle deste

câncer.

1.2. JUSTIFICATIVA

O câncer de colo uterino ainda é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, pois apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível social e econômico baixo. Neste sentido, a citologia cérvico-uterina é um dos exames mais apropriados de triagem para detectar precocemente lesões pré-cancerosas e cancerosas, permitindo a prevenção de cânceres invasivos por identificação de suas lesões precursoras, que podem estar presentes muitos anos antes de ocorrer a invasão. Este exame avalia também a intensidade de processos inflamatórios e em alguns casos determina os agentes envolvidos, que algumas vezes podem estar associados às lesões, servindo como co-fatores para o processo de carcinogênese. Em países onde os programas de rastreamento são bem estruturados e organizados, as taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo uterino têm sido reduzidas.

O prognóstico de um paciente com câncer, além das condições inerentes ao próprio paciente, depende do diagnóstico precoce e do planejamento terapêutico correto como forma de combater a alta incidência de câncer de colo de útero. Mesmo diante da importância da citologia cérvico-vaginal, a incidência de câncer do colo uterino ainda é alta no Estado do Pará uma vez que existem que fatores interferem na não realização do exame de Papanicolau, na demora em realizá-lo ou até mesmo em receber o resultado do exame.

O conhecimento dos principais fatores de risco e co-fatores para desenvolvimento de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas, assim como sua prevalência e aspectos epidemiológicos em populações específicas, podem tornar mais viável a elaboração e o emprego de políticas públicas que reduzam os índices de incidência e mortalidade por este câncer.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar o perfil epidemiológico, microbiológico e citológico cervico-vaginal de mulheres da Unidade Municipal de Saúde do Bairro do Jurunas, Belém, Pará.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência de lesões celulares inflamatórias, pré-malignas e malignas
- Identificar a distribuição de microorganismos envolvidos em processos inflamatórios cérvico-vaginais em exames colpocitológicos, analisando os fatores de riscos.
- Estabelecer associação de variáveis sócio-econômicas, demográficas e de hábitos pessoais com lesões celulares e microbiologia.

CAPÍTULO 2

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

2.1. EPIDEMIOLOGIA

O câncer de colo uterino (CCU) ainda é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, pois apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade

em mulheres de nível social e econômico baixo e em fase produtiva de suas vidas. Corresponde a 15% de todos os tipos de câncer em mulheres, sendo atualmente o segundo câncer mais comum, no sexo feminino, no mundo. Em alguns países em desenvolvimento, ocupa a primeira posição na classificação de todos os cânceres entre as mulheres, apesar de chegar a ocupar o segundo lugar em outros, ao passo que, em países desenvolvidos, atinge o sexto lugar (BRINTON, 1986; MARTINS *et al.*, 2005)., A partir de 2020, estima-se no mundo a ocorrência de 15 milhões de casos novos, sendo que cerca de 70% deles ocorrerão em países dos quais apenas 5% possuem recursos para controle dessa doença (ROBERTO NETO *et al.*, 2001).

No Brasil, as diferenças raciais vêm sendo reconhecidas pelo Ministério da Saúde como um fator de vulnerabilidade para doenças, o que resultou na inclusão recente do campo raça/cor nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIA/SIH/SUS). Em relação às mulheres negras, os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS(1986) mostram um menor acesso em relação às mulheres brancas à atenção ginecológica. Isso resulta que as mulheres negras têm maiores risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas, como é o caso do câncer de colo do útero, que é duas vezes mais freqüente em mulheres negras. É fundamental inserir o contexto cultural das sociedades indígenas na construção de políticas de saúde voltadas para mulheres. A atenção à saúde dessas mulheres é precária, não garantindo ações de prevenção de câncer do colo do útero, de mama ou de DST, entre outras, além dos dados epidemiológicos serem insuficientes para avaliação das ações que são desenvolvidas (BRASIL, 1999).

Segundo INCA (Instituto Nacional do Câncer), aproximadamente 500 mil casos novos de CCU, por ano, no mundo vem sendo responsável pelo óbito de 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é duas vezes maior em países menos desenvolvidos comparado com os mais desenvolvidos. A incidência por este câncer torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59 a 69%. Nos países em desenvolvimento os casos são encontrados em estádios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é de 49% após cinco anos.

Diversos outros estudos desenvolvidos também reconhecerem distintas taxas de mortalidade por câncer cervical em diversos países, observando a importância da variação da taxa de mortalidade que podem chegar a ser oito vezes mais alta nos países de “alto risco”, como os da América Latina, Sudeste Asiático e África, onde ocupa uma posição de destaque na classificação dos tumores malignos do sexo feminino, mesmo sendo uma doença passível de prevenção (PINHO *et. al.*, 2002; MARTINS *et. al.*, 2005; ALBRING *et. al.*, 2006).

O número de casos novos de CCU esperados para o Brasil no ano de 2009 é de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CCU é o mais incidente entre mulheres da região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000) este câncer ocupa a segunda posição mais freqüente e no Sudeste (18/100.000) a quarta posição. No Estado do Pará, as estimativas apontam 790 casos novos, com uma taxa bruta de incidência de 21,70 para cada 100 mil mulheres (BRASIL 2009).

São esperados 18.430 casos de câncer de colo do útero no Brasil em 2010, com risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. Excluindo - se tumores de pele não melanoma, é o mais incidente na Região Norte, com risco de 23 casos a cada 100 mil mulheres. Nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000), ocupam a segunda posição e nas regiões Sul e Sudeste, a terceira (BRASIL 2009)

2.2. PATOGÊNESE

Estudos experimentais, epidemiológicos e moleculares sustentam de que a carcinogênese da cérvix uterina é um processo complexo, lento, de múltiplos estágios, de forma que uma célula normal possa evoluir para uma neoplásica. Geralmente começa com alterações relativamente discretas no epitélio pavimentoso

da endocérvice até um avanço da lesão, o que pode variar no tempo de progressão da mesma (SOUZA e BRABO, 2007)

Aproximadamente 90% das neoplasias do epitélio do colo uterino iniciam-se na sua zona de transformação, cujo limite interno é a junção escamo-colunar(JEC). Na mulher jovem esta junção localiza-se freqüentemente na ectocérvice e após a menopausa, no interior do canal cervical. As lesões que se iniciam próximo a JEC, se propagam no sentido do epitélio escamoso e mantém uma maturação escamosa com estratificação, crescimento relativamente ordenado e sintetização de queratina elevada (GOMPEL e KOSS, 1997; SOUZA e BRABO, 2007)

Através de estudos da história natural do CCU, chegou-se ao consenso de que justamente no período da adolescência e da vida sexual ativa existem as maiores condições de instalação e desenvolvimento de atipias celulares devido à atividade biológica máxima da matriz celular cervical que, posteriormente, poderá evoluir para a formação de lesões neoplásicas propriamente ditas (ROTKIN, 1973; ROBERTO NETO *et. al.*, 2001). Portanto, a estratégia atualmente reconhecida na prevenção desta neoplasia é a detecção precoce por meio do exame preventivo de Papanicolau realizado periodicamente (BRASIL, 2007).

A inflamação é o conjunto dos fenômenos reativos a qualquer agressão do tecido, seja bacteriana, viral, micótica, química ou física. No exame de Papanicolau, as lesões inflamatórias são identificadas pela migração de leucócitos, macrófagos e plasmócitos para o local da inflamação, modificação da estrutura dos epitélios, por alterações morfológicas específicas ou não a determinado agente e eventual identificação do fator causal. O estímulo crônico do crescimento induzido pelos fatores de crescimento liberados pelas células pode ter um importante papel na carcinogênese destas patologias. Outros fatores incluem o dano químico ou a mutação induzida por radicais livres produzidos pelas células inflamatórias, um agente oncogênico infeccioso e outros fatores desconhecidos que podem ter levado ao distúrbio inflamatório crônico (HENRY, 1995).

Segundo estudos de prevalência, mulheres com IST apresentam lesões precursoras do CCU cinco vezes mais frequentemente do que aquelas que procuram outros serviços médicos, de forma que essas mulheres tem maior risco para câncer do colo uterino principalmente se houver infecção pelo

HPV(Papilomavírus Humano). É razoável que mulheres com DST sejam submetidas mais frequentemente, pelo potencial de risco de serem portadoras de CCU ou de seus precursores. Vale ressaltar que o PCCU não tem o objetivo de identificar DST, embora a citologia tenha importante papel no reconhecimento das lesões inflamatórias, em alguns casos, determinar o agente ou de efeitos citopáticos sugestivos da presença do mesmo, permitindo também avaliar, em muitas das vezes, a intensidade das lesões (BRASIL, 2009).

Sabe-se hoje que o surgimento do CCU está muito relacionado à presença de infecção pelo Papilomavírus humano (HPV). HPV é a sigla em inglês para papiloma vírus humano. Os HPV são vírus da família *Papillomaviridae* capazes de provocar lesões de pele ou mucosa. Na maior parte dos casos, as lesões têm crescimento limitado e habitualmente regridem espontaneamente. Os vírus de alto risco, com maior probabilidade de provocar lesões persistentes e estar associados a lesões pré-cancerosas são os tipos 16, 18, 31, 33, 45, 58 e outros. Já os HPV de tipo 6 e 11, encontrados na maioria das verrugas genitais e papilomas laríngeos, parecem não oferecer nenhum risco de progressão para malignidade, apesar de serem encontrados em pequena proporção em tumores malignos (BRASIL 2009).

Estudos no mundo comprovam que 50% a 80% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas por um ou mais tipos de HPV em algum momento de suas vidas. Porém, a maioria das infecções é transitória, sendo combatida espontaneamente pelo sistema imune, principalmente entre as mulheres mais jovens. Qualquer pessoa infectada com HPV desenvolve anticorpos (que poderão ser detectados no organismo), mas nem sempre estes são suficientemente competentes para eliminar os vírus.

Outros fatores que contribuem para a etiologia deste tumor são: o tabagismo, a idade, estado civil, estado imunológico, doença sexualmente transmissível (DST), baixa ingestão de vitaminas, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce, uso de contraceptivos orais, etc. (BRASIL 2009).

As mais altas taxas de incidência vistas em países pouco desenvolvidos sugerem também forte associação desse tipo de câncer com os baixos índices de desenvolvimento humano, bem como com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para diagnóstico precoce e o consequente tratamento de lesões

precursoras (ROBERTO NETO *et. al.*, 2001; OTTAVIANO-MORELLI *et. al.*, 2004; BRITO *et. al.*, 2005; MARTINS *et. al.*, 2005; BRASIL 2006).

Segundo Brasil (2009) outros fatores como a mudança de hábitos, aliada ao estresse gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuem diretamente na incidência dessa doença. Alguns como a sobrecarga de responsabilidades – aumento considerável do número de mulheres chefes de família –, a competitividade, o assédio moral e sexual no mundo do trabalho, têm relevância destacada na mudança do perfil epidemiológico da situação e doença das mulheres

2.3. DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO

Um marco histórico importante no conhecimento do CCU foi o estudo de George Papanicolaou e Traut em 1943, que mostrou ser possível detectar células neoplásicas mediante o esfregaço vaginal. O exame de Papanicolaou é uma análise das células raspadas do epitélio do colo uterino que objetiva rastrear lesões pré-invasivas, além de detectar também infecções genitais e ser um método não invasivo. Assim, o exame de Papanicolaou passou a ser utilizado por diversos países para o rastreamento populacional, na detecção precoce deste câncer, de forma que a citologia cérvico-vaginal ou citologia oncológica é o método mais difundido mundialmente para rastreamento de células cancerosas e pré-cancerosas (AQUINO, 1986).

É fato que a lenta evolução deste câncer possibilita o seu diagnóstico na fase intra-epitelial (não invasiva) em mulheres assintomáticas, quando o tratamento é de baixo custo e tem elevado percentual de cura. Desde sua implantação na saúde pública, como método de detecção precoce de neoplasias da cérvix uterina, a mortalidade decorrente desse câncer foi reduzida (LAPIN, 2000).

Na busca do aperfeiçoamento do exame colpocitológico, a classificação das lesões do colo uterino tem sofrido diversas modificações, visando o aprimoramento dos critérios citomorfológicos para a identificação destas lesões (GOMPEL & KOSS, 1997). Papanicolaou em 1943 propôs uma classificação baseada em cinco classes

que agrupava sem distinção as alterações inflamatórias. Reagan em 1953 introduz o termo displasia ao denominar lesões menos severas que o Carcinoma *“in situ”*. Mais tarde Richart estabelece o conceito de Neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) onde no NIC III foram introduzidos displasia severa e carcinoma *“in situ”*.

Baseada nos atuais avanços do conhecimento científico no que se refere a carcinogênese cervical, o Sistema de Bethesda, que normatiza o exame de Papanicolau, foi elaborado acreditando-se que a biologia das anormalidades cervicais poderia não ser tão linear e contínua como considerada pelas classificações anteriores (BRASIL 2008).

Em sua última versão de 2001, foram consideradas lesões ou anormalidades epiteliais escamosas: as atipias em células escamosas de significado indeterminado (ASC-US), as atipias em células escamosas de significado indeterminado em que não é possível descartar lesão intra-epitelial escamosa de alto grau (ASC-H), as lesões intra-epiteliais escamosas de baixo grau (LSIL), as lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau (HSIL) e o carcinoma escamoso. Entre as atipias glandulares são consideradas aquelas de significado indeterminado e o adenocarcinoma (in situ e invasor), no entanto em muitos locais utiliza-se a classificação de Richart (CARVALHO e OYAKAWA, 2000).

Por ser o exame citológico um método de exame presuntivo, tem sido a preocupação com seu controle de qualidade uma constante. E um dos melhores parâmetros para levar em conta o método é a sua correlação com os achados histopatológicos de biópsias, devendo ser levado em consideração também de suma importância a correlação com os achados da colposcopia, que se trata de método utilizado ao nível de serviços secundários (JUNIOR *et al.*, 2004).

A Colposcopia é um método rápido, realizado com aparelho conhecido como Colposcópio, o qual permite a visualização do colo uterino com o aumento de dez a quarenta vezes, ampliando assim uma pequena lesão não visualizada pela inspeção visual (CARVALHO & OYAKAWA, 2000; STIVAL *et al.*, 2005; COLPOSCOPIA, 2009). A Histopatologia é realizada com amostras retiradas da lesão (área suspeita) e, está baseada em critérios morfológicos da arquitetura tecidual (STIVAL *et al.*, 2005).

Considerando a necessidade de incorporar novas tecnologias e conhecimentos clínicos, morfológicos e moleculares, com atualização da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Conduas Preconizadas, o INCA vem promovendo muitos debates e discussões para aperfeiçoamento. Esta nomenclatura contempla aspectos de atualidade tecnológica, e sua similaridade com o Sistema de Bethesda facilita a equiparação dos resultados nacionais com aqueles encontrados nas publicações internacionais. A nomenclatura foi elaborada com a finalidade de orientar a atenção as mulheres subsidiando tecnicamente os profissionais de saúde, disponibilizando conhecimentos atualizados de maneira sintética e acessível na conduta do controle do CCU (BRASIL, 2006).

Até a década de 90, o teste Papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI) são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero. No Brasil, o exame citopatológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos (BRASIL 2009).

Segundo pesquisas do INCA, o Inquérito Domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2002-2003, mostrou que para 15 capitais analisadas e o Distrito Federal, a cobertura estimada do exame Papanicolaou variou de 74% a 93%. Entretanto, no SUS variou de 33% a 64%, o que em parte, explica o diagnóstico tardio e manutenção das taxas de mortalidade, bem como as taxas de incidência observadas no Brasil.

Esse diagnóstico pode estar relacionado com: 1) a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde; 2) baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica (principalmente em municípios de pequeno a médio porte); 3) capacidade do Sistema Público de Saúde para absorver a demanda que chega as unidades de saúde e 4) as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial, orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção, o que

permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para a investigação em outro nível de sistema (BRASIL, 2006).

É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "in situ". Para tanto é necessário garantir a organização, integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes. Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países, como a Agência para regulamentação de medicamentos americana - Food and Drug Administration (FDA)/U.S., e brasileira - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (AVISA/MS), aprovaram para comercialização a primeira vacina desenvolvida para a prevenção das infecções mais comuns que causam a condilomatose genital (HPV 6 e 11) e o câncer do colo do útero (HPV 16 e 18). A incorporação da vacina contra HPV, pode se constituir, em importante ferramenta no controle do câncer do colo uterino (BRASIL 2009).

CAPÍTULO 3

MATERIAL E MÉTODOS

3.1. ÁREA DE ESTUDO

A população estudada foi referente à demanda para a realização do exame PCCU na Unidade Básica de Saúde do Jurunas do Município de Belém, PA, no período de Setembro a Outubro de 2009 .

3.2. COLETA DE DADOS E AMOSTRAGEM

Foi realizada através de aplicação de formulário, por um grupo de estudantes pertencentes ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) mediante requisição do exame a ser realizado, no período de Setembro de 2009 a Outubro de 2009. O público alvo desse estudo foi composto de mulheres que já iniciaram vida sexual, atendidas pela Unidade Municipal de Saúde do Jurunas. Todas as pacientes que participaram deste estudo receberam informações referentes a todos os procedimentos a serem realizados pelo corpo de saúde deste estudo, juntamente com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assim como esclarecimentos sobre os resultados dos exames e da pesquisa, além de aconselhamento e tratamento. Todas as informações pessoais e identidade das pacientes serão guardadas na tentativa de resguardar suas identidades.

3.3. EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Durante as entrevistas, foram utilizados gravador e caneta. Nas palestras, cartilhas, folderes e recurso áudio-visual.

3.4. COLETA DAS AMOSTRAS BIOLÓGICAS

Exame citológico: Foi realizada a coleta de secreção cervico-vaginal com a utilização de espelho estéril, espátula de Ayres, escova cervical, lâminas histológicas por profissionais da própria Unidade de Saúde. Para o procedimento da coleta foram utilizadas luvas, máscaras cirúrgicas, jaleco, fixador apropriado, recipiente para acondicionamento das lamina, lençol para cobrir o paciente, além de uma explicação a cerca do exame.

3.5. PROCESSAMENTOS DAS AMOSTRAS

As amostras, após a coleta foram pré-fixadas em lâmina histológica e enviadas para um laboratório na própria unidade. O método de coloração foi o de Papanicolaou em que se utilizou três corantes: Hematoxilina, Eosina e Orange G, respeitando os tempos de imersão e posteriormente as lamínas foram montadas com lamínulas para melhor conservação do material.

3.6. ANÁLISE CITOLÓGICA E MICROBIOLÓGICA.

A análise foi realizada por profissionais da própria unidade, com leitura em várias objetivas de aumento e óleo de imersão.

3.7. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Para o diagnóstico dos laudos, a Unidade de Saúde utilizou o Sistema de Bethesda. Foi realizado o levantamento dos dados dos formulários, resultados dos laudos citológicos e análise estatística. Para isso, os dados obtidos foram expressos em porcentagens e utilizou-se o programa Microsoft 2007 para confecção de gráficos e tabelas.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

A população estudada foi referente à demanda para a realização do exame PCCU na Unidade Municipal de Saúde do Jurunas do Município de Belém, de 46 mulheres.

Dos 46 exames colpocitológicos analisados das pacientes da Unidade Municipal de Saúde do Jurunas, 6 (13,04%) casos foram considerados Dentro dos padrões da normalidade, 38 (82,60%) apresentaram esfregaços inflamatórios, 2 (4,34%) foram diagnosticados como Flora escassa ou Ausencia de Flora Microbiana (Figura 1).

Entre os 38 (82,60%) processos inflamatórios encontrados, os causados por outros agentes como Cocobacilos teve a maior prevalência com 25 (65,78%) casos, seguido por Vaginose Bacteriana com 8 (21,05%), 3 (7,89%) de Candidíase. A associação de Vaginose Bacteriana com Candidíase e Tricomoniase com Vaginose Bacteriana tiveram o mesmo percentual de 1(2,63%) cada (Figura 2).

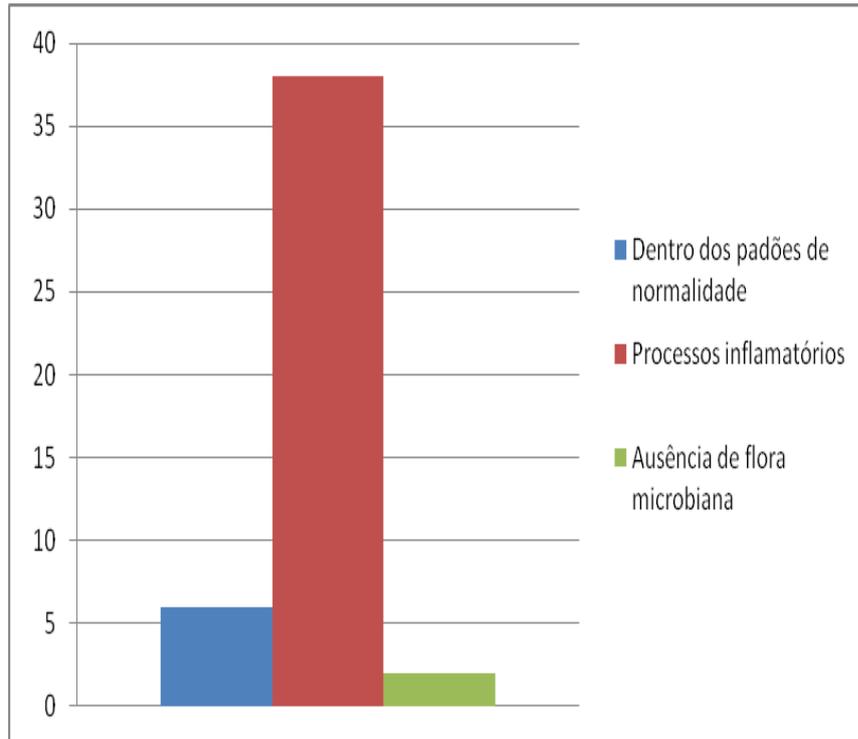


Figura 1: Frequência dos resultados de exames colpocitológicos de pacientes da UMS-Jurunas

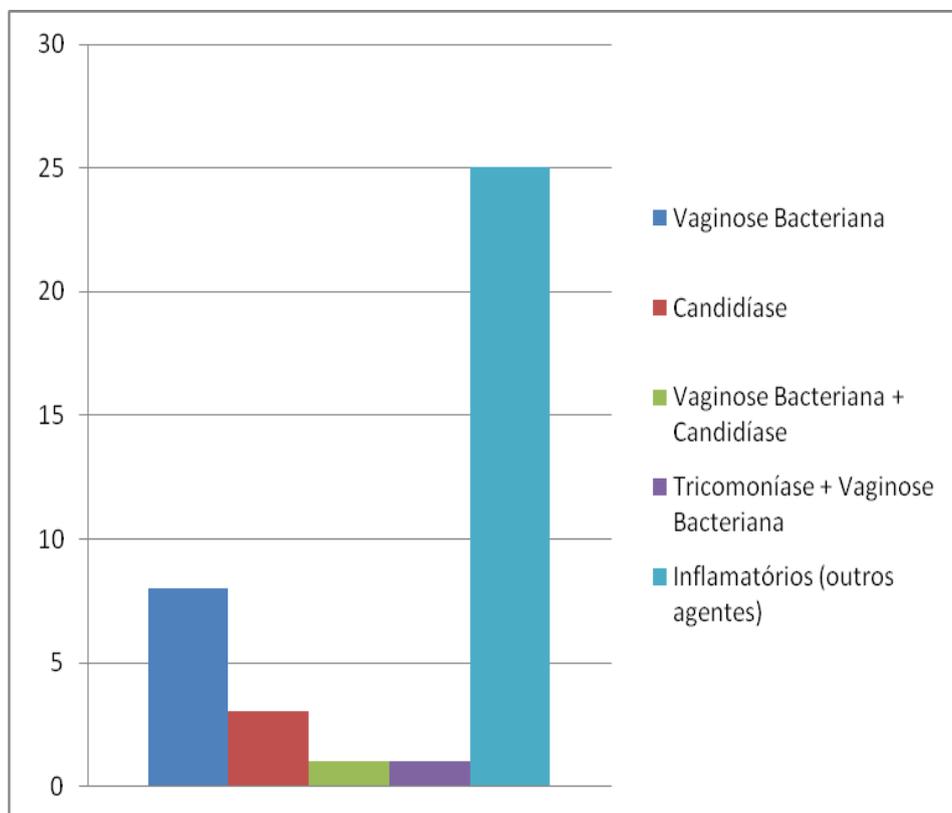


Figura 2: Frequência de processos inflamatórios de pacientes da UMS – Jurunas

Quanto distribuição dos principais microrganismos encontrados nos 38 processos inflamatórios 7 (18,42%) casos com cocos, 14 (36,84%) com cocobacilos, 4 (10,52%) com Bacilos, 6 (15,78%) com *Gardnerella vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* com *Mobiluncus sp* aparecem em 2 (15,78%) esfregaços e 5 (13,15%) casos com outras associações (Figura 3).

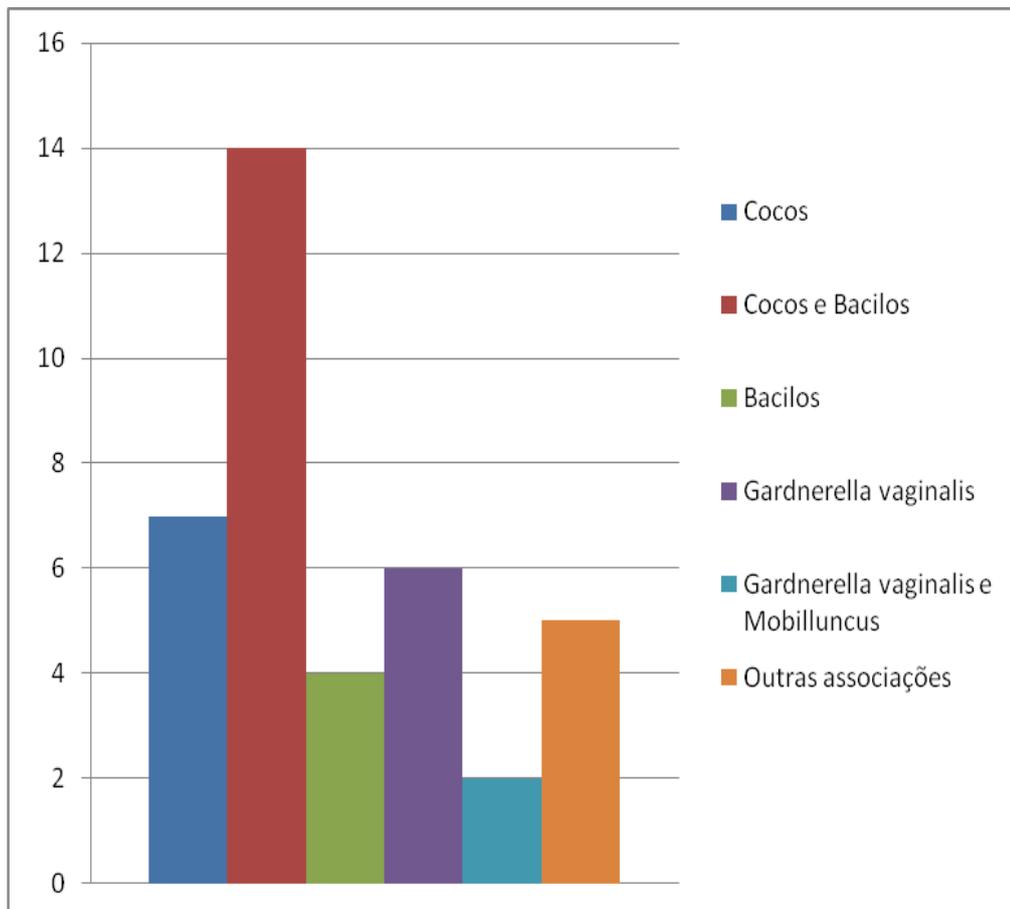


Figura 3: Frequência de microrganismos nos esfregaços inflamatórios de mulheres da UMS-Jurunas

Quanto a presença de lesões intra-epiteliais, não foi encontrado nenhum esfregaço com alterações celulares pré-malignas e malignas.

Com relação a características sócio-demográficas, as idades se distribuíram entre 17 a 76 anos, com intervalos etários de 10 em 10. Treze (28, 26%) mulheres na faixa de 17-27 buscaram a UMS para a realização do exame, seguido pela faixa 28-38 com 12 (26,08%) mulheres, 10 (21,73%) entre 39-49 anos, 6 (13,04%) entre 50-60 anos e 5 (10,86%) com idade acima de 61 anos (Tabela 1).

Em relação a escolaridade, observou-se 19 (41,30%) mulheres com Ensino Fundamental incompleto, 4 (8,69%) com Fundamental completo, 13 (28,26%) com Ensino médio completo, 5 (10,86%) com Ensino Medio incompleto, 4 (8,69%) sem instrução escolar e 1 (2,17%) com superior incompleto (Tabela 1).

Quanto à ocupação, 29 (63,04%) mulheres eram do lar, 5 (10,86%) empregadas domésticas, 4 (8,69%) eram empregadas assalariada (exceto doméstico), 3 (6,52%) eram aposentadas, 2 (4,34%) se consideraram autônomas e 3 (6,52%) exerciciam outras profissões (Tabela 1).

Em relação ao estado civil, a maioria 16 (34,78%) eram solteiras, 12 (26,08%) eram casadas, 11(23,91%) mantinham uma relação estável, 4 (8,69%) eram viúvas e 3 (6,52%) eram separadas (Tabela 1).

No que se refere a quantidade de filhos, 5 (10,86%) mulheres responderam não ter filhos, 10 (21, 73%) tinham um filho apenas, 14 (30.43%) tinham dois e 17 (36,95%) tinham mais de três filhos (Tabela 1).

Tabela 1: Características sócio-demográficas de mulheres da UMS - Jurunas

Características	N	%
Idade		
17-27	13	28,26%
28-38	12	26,08%
39-49	10	21,73%
50-60	6	13,04%
A partir de 61	5	10,86%
Escolaridade		
Analfabeta	4	8,69%
Fundamental incompleto	19	41,30%
Fundamental completo	4	8,69%
Médio Incompleto	5	10,86%
Médio Completo	13	28,26%
Superior completo ou incompleto	1	2,17%
Ocupação		
Do Lar	29	63,04%
Empregada doméstica	5	10,86%
Empregada assalariada	4	8,69%
Aposentada	3	6,52%
Autônomas	2	4,34%
Outras profissões	3	6,52%
Estado civil		
Solteira	16	34,78%
Casada	12	26,08%
Situação estável	11	23,91%
Separada	3	6,52%
Viúva	4	8,69%
Filhos		
Não tem filhos	5	10,86%
1 filho	10	21,73%
2 filhos	14	10,43%
Mais de 3 filhos	17	36,95%

Com relação ao uso de preservativos, 21 (45,65%) mulheres afirmaram nunca usar, 17 (36,95%) disseram as vezes, 6 (13,04%) responderam usar sempre, enquanto que 2 (4,34%) revelaram usar na maioria das vezes (Figura 4).

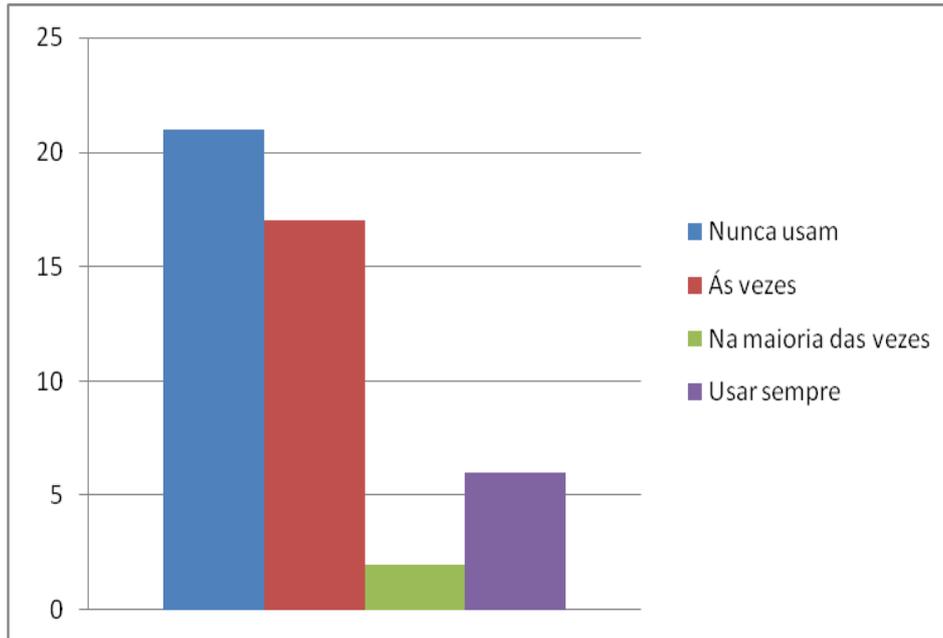


Figura 4: Uso de preservativos pelas mulheres da UMS-Jurunas

No que se refere ao uso de contraceptivos orais, 25 (54,34%) mulheres nunca usaram, 13 (28,26%) usaram e 8 (17,39%) ainda faz uso (Figura 5).

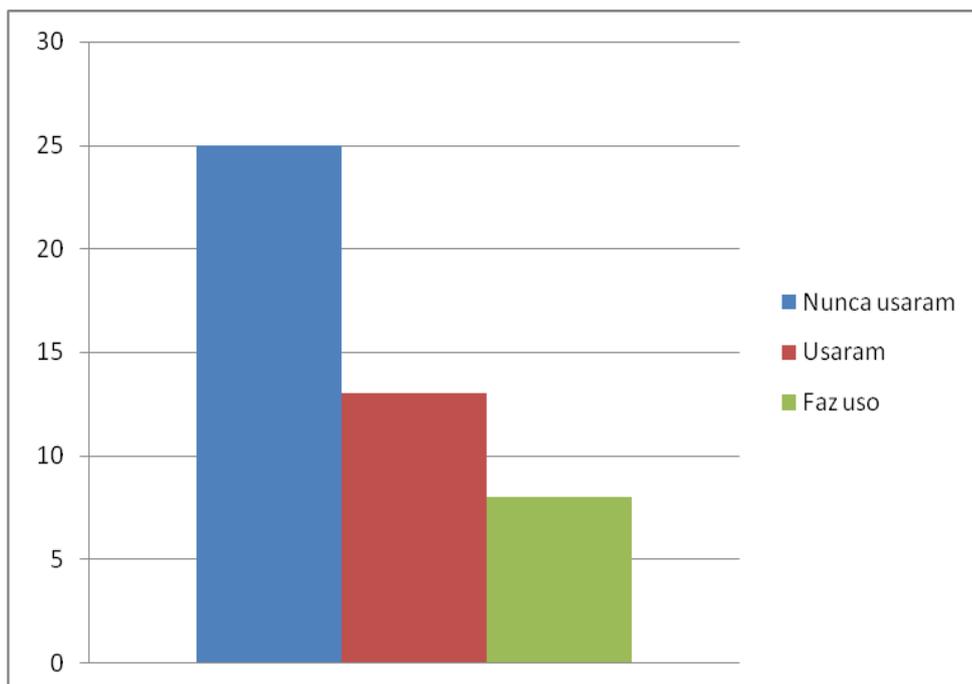


Figura 5: Uso de contraceptivos orais pelas mulheres UMS - Jurunas

No que se refere ao hábito de fumar, 9 (19,56%) mulheres responderam sim, enquanto 37 (80,43%) disseram não (Figura 6).

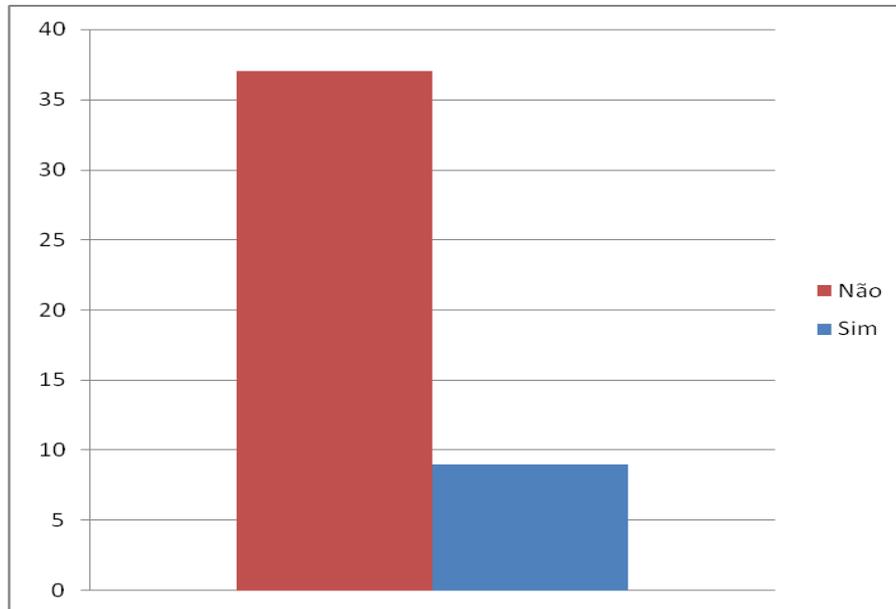


Figura 6: Hábito de fumar das mulheres UMS - Jurunas

Quanto ao início da vida sexual, 10 (21,73%) mulheres antes dos 14 anos, 18 (39,13%) iniciaram entre os 15-17 anos, 7 (15,21%) entre 18-20 e 11 (23,91%) acima dos 21 anos (Figura 7).

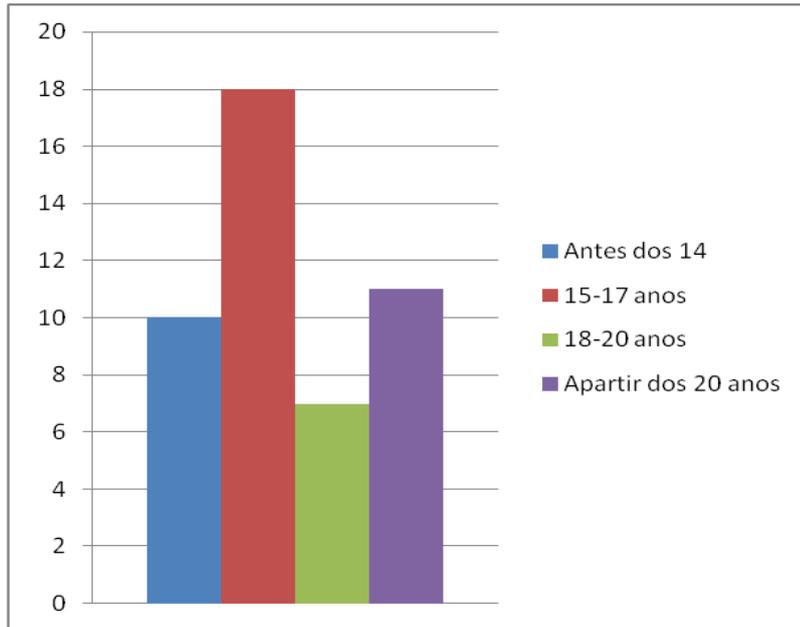
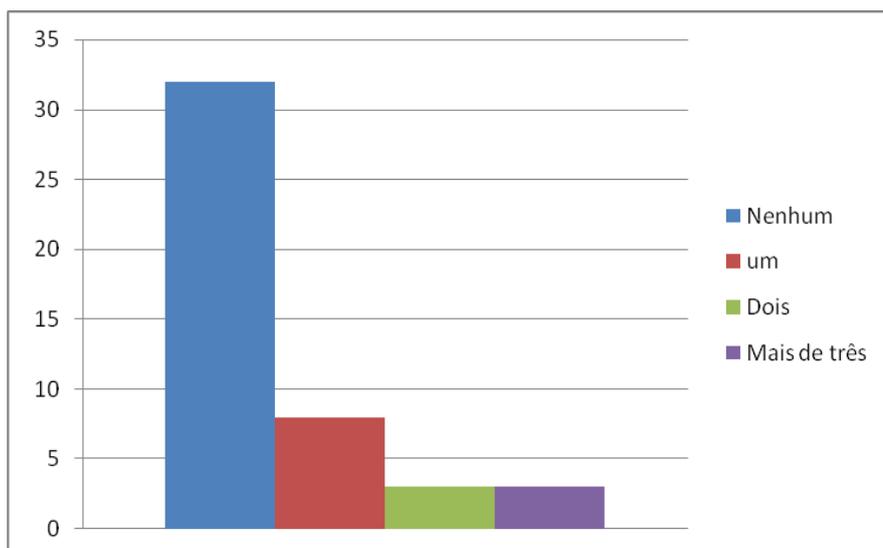


Figura 7: Início da vida sexual de mulheres da UMS - Jurunas

Quanto a realização de abortos, 32 (69,56%) mulheres afirmaram não proceder de tal forma, 8 (17,39%) cometeram um aborto, 3 (6,52%) realizaram dois e 3 (6,52%) cometeram mais de três abortos (Figura 8).



8: Realização de abortos pelas mulheres da UMS - Jurunas

Figura

Em relação ao números de parceiros sexuais, 11 (23,91%) mulheres afirmaram ter tido apenas um parceiro durante a vida, 11 (23,91%) relataram dois parceiros, enquanto 12 (26,08%) responderam três parceiros, 10 (21,73%) com mais de quatro e 2 (4,34%) não lembram quantos parceiros tiveram (Figura9).

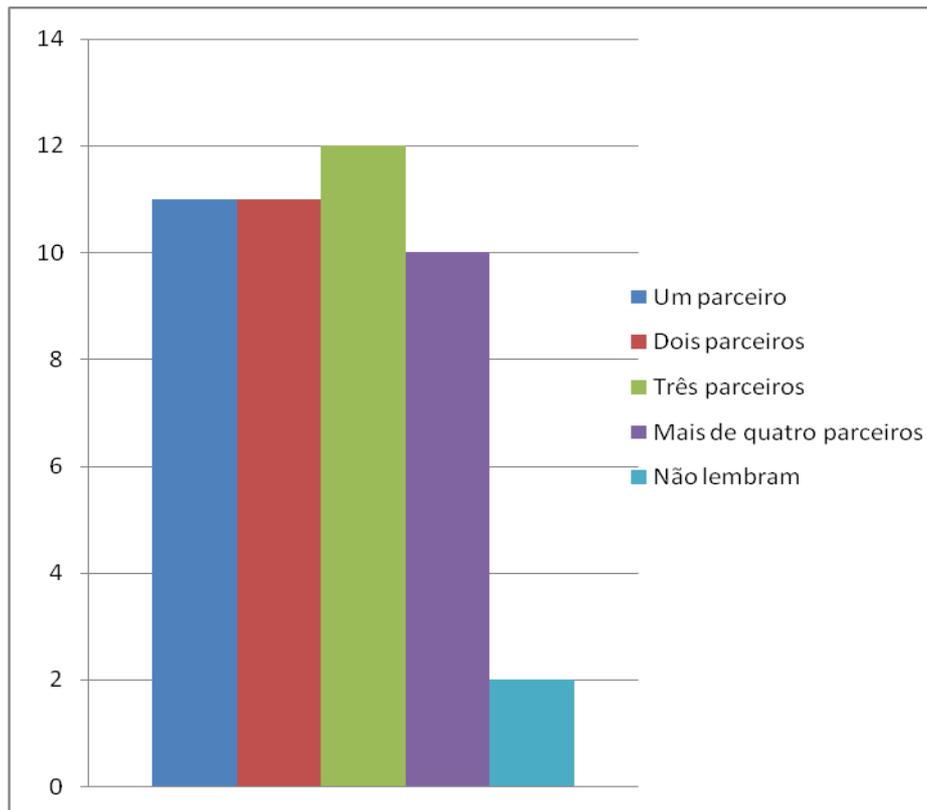


Figura 9: Números de parceiros sexuais de mulheres da UMS-Jurunas

Foi perguntado as mulheres se elas sabem com que frequência se deve realizar o PCCU. Trinta (65,21%) responderam saber que a realização do exame deve ser feito a cada 6 meses, 12 (26,08%) não souberam responder e 4 (8,69%) afirmaram ser a cada 1 ano (Figura 10). Foi questionado quanto a realização anterior desse exame, 7 (15,21%) mulheres responderam nenhuma vez, 3 (6,52%) relataram apenas uma, 36 (78,26%) disseram mais de duas vezes anteriormente (Figura 11).

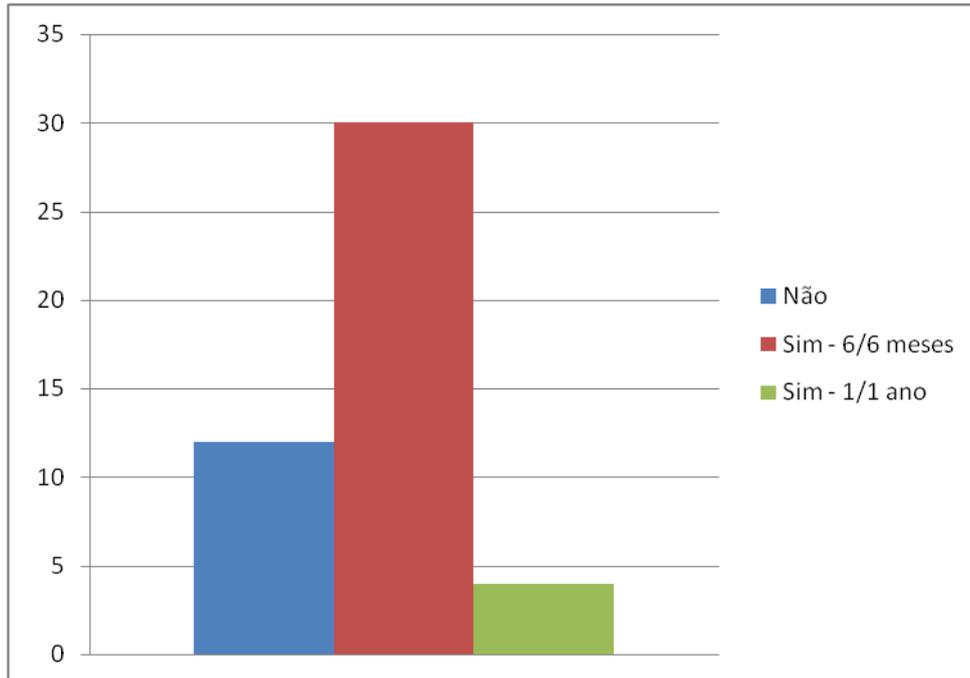


Figura 10: Saber com que frequência deve ser feito o PCCU de mulheres da UMS-Jurunas

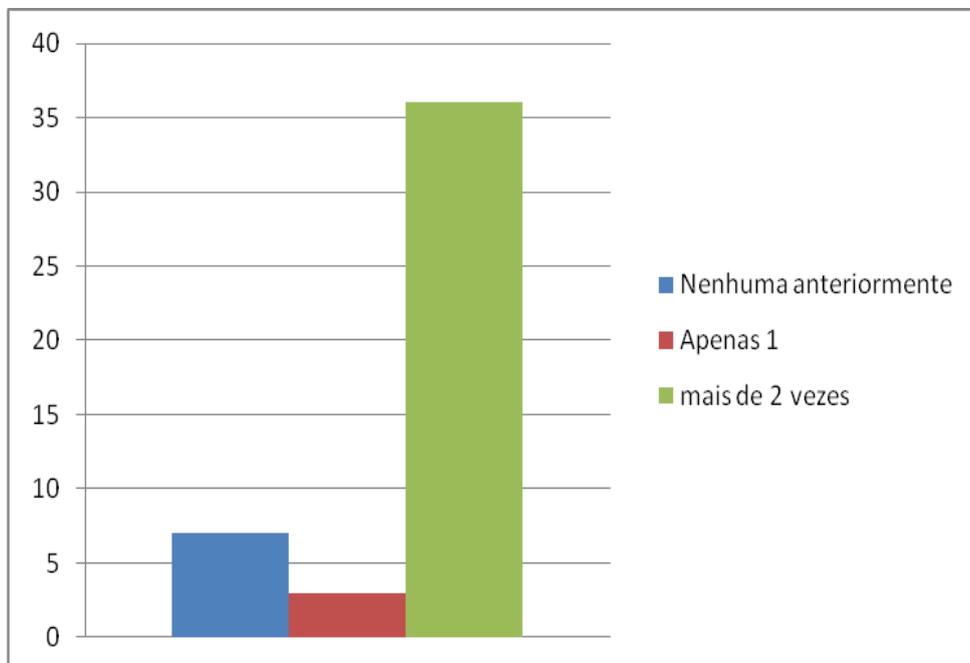


Figura 11: Realização do PCCU anteriormente pelas mulheres da UMS - Jurunas

CAPITULO 5

DISCUSSÃO

A faixa etária com maior frequência no estudo foi entre 13(28, 26%) mulheres na faixa de 17-27 buscaram a UMS para a realização do exame. Estudos indicam que todas as mulheres sexualmente ativas, estão susceptíveis a desenvolver o câncer de colo do útero, que constitui-se atualmente, em um sério problema de saúde pública em nosso país, visto que as mulheres iniciam cada vez mais cedo sua atividade sexual, muitas ainda na adolescência. Por isso, todas as mulheres devem realizar o exame citológico, especialmente a partir dos 18 anos, mesmo que não tenham vida sexual ativa e antes dos 18 anos, se já tiver tido relação sexual (BRASIL, 2008; DIÓGENES, REZENDE e PASSOS, 2001).

Segundo Instituto Nacional do câncer (2009b), a incidência por câncer de colo uterino, torna-se evidente em mulheres com faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos.

Quanto ao início da vida sexual das mulheres, observou-se que a maioria iniciou entre 15 a 17 anos. Conforme o Ministério da Saúde, os achados de anormalidades citopatológicas em adolescentes sexualmente ativas vêm aumentando progressivamente com o passar dos anos, somado a susceptibilidade dos tecidos cérvicos-vaginais na adolescência, devido à promiscuidade sexual e à precocidade da primeira relação sexual, sendo recomendado um intervalo não inferior a dois anos entre a menarca e o início sexual. Essa última variável estaria relacionada à exposição do colo uterino imaturo, dando maiores chances de interação entre agentes carcinogênicos e o colo (BRASIL, 2002). Outros estudos afirmam que mulheres que tiveram seu coito entre 10-19 anos apresentaram três vezes mais chances de desenvolver neoplasia comparada as que tiveram seu coito

a partir dos 20 anos. Completa afirmando que o período é propício a ectopia induzindo a uma metaplasia (Silva 2006 apud SOUZA & BRABO, 2007).

O presente estudo expõe 16 das mulheres solteiras. Segundo Pinto e Oliveira (2007), mulheres pertencentes a esse estado civil correm mais risco de adquirir um câncer de colo uterino, pois, acredita-se que estas possuam uma multiplicidade de parceiros sexuais estando mais expostas a carcinogênicos sexuais.

Em relação à profissão, mais de 60% das mulheres se consideravam do lar. Sabe-se que países em desenvolvimento apresentam as maiores taxas de incidência do câncer de colo uterino devido às condições de vida precárias e baixas índices de desenvolvimento humano relacionado a ocupações que impliquem numa baixa renda (SERRA e MOTA, 2000; BEREK, 2005).

Quanto a escolaridade, a maioria possui o fundamental incompleto e somente 13 das mulheres terminaram o ensino médio. ZIEGLER (2002) afirma que o baixo grau de escolaridade traz como conseqüência a falta de conscientização para o exercício da cidadania, formas de prevenção e acesso a assistência à saúde. Segundo Lima (2006), apesar de em seu trabalho não encontrar diferença estatísticas entre ocorrência de câncer cervical e grau de escolaridade, remete que torna-se um fator de risco pois muitas mulheres não estariam bem informadas quanto ao princípio do PCCU e seus benefícios no âmbito de prevenção.

Vale lembrar aqui que o câncer de colo uterino, acomete, geralmente, os grupos de mulheres com maior vulnerabilidade social, onde se concentram as maiores barreiras de acesso ao serviço de saúde para detecção precoce e tratamento, advindo de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questão cultural como medo e preconceito dos companheiros (BRASIL, 2002).

Em relação ao número de parceiros, os resultados se mantiveram praticamente no mesmo percentual, com uma relativa maioria das mulheres com três parceiros. Vale ressaltar que mulheres que teve dois ou mais parceiros, devem ser conscientizadas de que o número de parceiros influencia na aquisição de doenças sexualmente transmissíveis como o HPV, aumentando os riscos de infecção do colo uterino, o que pode levar ao câncer de colo. Estudos mostram que a frequência de

HPV se mostra diretamente relacionada com o aumento do número de parceiros (MURTA, 2008).

O fumo exerce um papel relevante no aparecimento de lesão precursora e conseqüentemente no aparecimento do câncer. De acordo com Abrão (1995), cotinina e nicotina são encontrados em muco no canal cervical de mulheres fumantes, mas para isso necessitaria de relação com outros fatores de riscos. No estudo observou que a maioria não mantém o hábito de fumar, no entanto as que relataram fumar têm uma predisposição teórica maior.

No presente estudo, observou-se que a maioria representada por 25 mulheres não faz uso de anticoncepcionais, seguido por 13 que ainda usam. De acordo com Alvarenga (2001), o uso dos mesmos é um fator relevante na epidemiologia do câncer de colo uterino, pois mulheres com uso de contraceptivos orais por 10 anos apresentam maior a incidência de carcinoma *in situ* e invasor do colo. De certo ponto seria um fator de risco a menos, no entanto acredita-se que o não uso de anticoncepcionais não se deve ao fato das mulheres saberem que apesar de evitar gestações ou que em longo prazo pode vir a ter complicações cérvico-vaginais, mas sim por falta de informação e baixa renda para a compra dos mesmos.

Um estudo internacional realizado com 52 mil mulheres, pela universidade de Oxford, Inglaterra. Foi constatado que o risco aumenta proporcionalmente ao tempo de uso – mas com a interrupção por 10 anos, ele cai para o mesmo nível de uma mulher que nunca as tomou. A equipe de pesquisadores analisou mulheres de 24 países, e descobriu que quem tomou pílula por cinco anos está duas vezes mais propensa a desenvolver câncer cervical do que quem que não tomou (CIÊNCIA E SAÚDE, 2009).

Em relação ao uso de preservativos, todas relataram deficiências quanto a utilização, seja por nunca usar, usar as vezes ou na maioria das vezes . A utilização de preservativos é cada vez mais necessária, sobretudo com a disseminação da AIDS/HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HPV que é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento das lesões intra-epiteliais cervical, o seu uso não elimina totalmente todos os riscos existentes, embora seja muito eficaz em mulheres sexualmente ativas (BRASIL, 1999; RIBEIRO, 2008).

Vale ressaltar que as usuárias de anticoncepcionais comumente não fazem uso de preservativos e podem apresentar um risco aumentado de infecções pelo HPV (MUNOZ *et al.*, 1992).

No estudo, a maioria tem mais de três filhos. Segundo Halbe (2000), muitos filhos representa um fator de risco principalmente se forem antes dos 20 e associados também a abortos o que demonstra precocidade de relação sexual.

O Ministério da Saúde recomenda a realização do exame citológico de 6 em 6 meses ou pelo anos uma vez por ano e após dois exames anuais consecutivos negativos uma vez a cada três anos. É razoável que mulheres com maior risco para desenvolver o câncer de colo uterino, sejam submetidas ao exame com maior frequência. É importante salientar que mulheres que nunca realizaram o exame ou que não o fazem há muitos anos tem maior risco de desenvolver a doença do que as mulheres que o fazem regularmente (BRASIL, 2008). A maioria alega saber que o exame deve ser feito a cada 6 meses ou no mais um cada ano, no entanto 12 mulheres afirmaram não saber de quanto em quanto tempo deve ser feito o PCCU.

No que se refere ao número de vezes que já foi realizado PCCU, 26 mulheres informaram que já fizeram mais de duas vezes. No entanto há uma preocupação se essas realizações do exame são para prevenção do câncer cervical mas sim por incômodo pelo aparecimento de secreções vaginais intensas.

Estes dados são corroborados por dados da literatura que sugerem que mulheres mais jovens, geralmente, são as maiores responsáveis pelos atendimentos ginecológicos, possivelmente, não por interesse na prevenção do câncer de colo do útero, como se poderia pensar, mas sim pela necessidade de tratamento de leucorréias e vulvovaginites freqüentemente ocasionadas por *G. vaginalis* (BRENNAN *et al.*, 2001), por inflamações por outros microrganismos, visto que as infecções freqüentemente têm sido associadas a fatores sócio - culturais como idade, falta de educação sexual adequada, grau de escolaridade (esclarecimento) e ocupação; que acabam por se refletir por atitudes associadas a maus hábitos de higiene, grande número de parceiros, início precoce da vida sexual ativa principalmente associada à falta de uso de preservativos (BRENNAN *et al.*, 2001; SILVA *et al.*, 2000; SILVA FILHO & LONGATO, 2000; ALVAREZ *et al.*, 1998; PETERSEN *et al.*, 1997; NASCIMENTO *et al.*, 1996; QURUCHARRU, 1994).

No presente estudo, observamos que entre todos os esfregaços examinados, verificou-se que os processos inflamatórios estavam presentes em 38 (82,60%) casos. Deste total, as mais prevalentes foram inflamações envolvendo microorganismos principalmente, cocobacilos, e a Vaginose Bacteriana. Irie e Consolaro (1999) descrevem em seu trabalho realizado no Laboratório de Ensino e Pesquisa em Análises Clínicas da Universidade Estadual de Maringá que 57,65% das citologias correspondiam a casos inflamatórios, assim os dados do presente estudo encontram superiores ao da literatura citada.

No presente estudo não se observou casos de lesões pré-malignas e malignas, fato distintos de todas as literaturas pesquisadas.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico revelou principalmente mulheres de 17-27 anos, com ensino médio incompleto, do lar, solteiras, com mais de três filhos, que não fazem uso de preservativos, com início da vida sexual entre 15-17 anos e com leve maioria que já tiveram mais de 3 parceiros considerados como fatores de riscos.

O perfil microbiológico revelou um pouco mais de 36% de microorganismos como Cocos e Bacilos nos esfregaços inflamatórios.

Na análise citológica verificou-se 38 processos inflamatórios.

No presente estudo, apesar de não evidenciar casos de lesões pré-malignas ou malignas, podemos inferir que os inúmeros fatores de riscos aos quais as mulheres estão submetidas podem a longo prazo evoluir para um quadro de anormalidade cérvico-vaginal, uma vez que a grande maioria apresenta quadros de processos inflamatórios, que de acordo com inúmeras literaturas, muitas vezes podem estar associados às lesões futuras, servindo como co-fatores para o processo de carcinogênese. Neste sentido, a citologia cérvico-uterina é um dos exames mais apropriados de triagem para detectar precocemente alterações, por identificação de suas lesões precursoras, permitindo a prevenção de cânceres invasivos.

O acompanhamento dessas mulheres deve ser através de estratégias que possibilitem um fácil acesso às unidades de saúde para realização do exame. As ações de prevenção devem ser exercidas integralmente por todas as instituições prestadoras de serviço de saúde, nos diversos níveis de atendimento.

É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre a prevenção, ou seja, o exame preventivo, a sua importância, para que elas não façam do exame algo curativo contra inflamações, mais por conscientização de que sua realização periódica permite reduzir significativamente a mortalidade por câncer de colo do útero na população de risco.

Esse trabalho deve ser dado continuado, pois diante dos dados há uma necessidade de muitas ações educativas para a população feminina uma vez que, há o reconhecimento, por parte das autoridades e instituições responsáveis pela prevenção de doenças, de que há um contingente importante de mulheres que programas governamentais não conseguem alcançar para realização do Papanicolau.

CAPÍTULO 7

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRÃO F. S. **Tratado de Oncologia Genital e Mamária**. São Paulo: Roca, 1995
- ALBRING, L.; BRENTANO, J.E.; VARGAS, V. R. A. O Câncer do colo do útero, o Papilomavírus Humano (HPV) e seus Fatores de risco e as mulheres indígenas Guarani. **Rev. Bras. Anal. Clín**, **38(2)**: 87-90, 2006.
- ALVARENGA, ROBERTO JUNQUEIRA de. Citologia cervical. In: **Ginecologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.
- ALVAREZ, S. L.,. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. **Cadernos de Saúde Pública**, **14 (Sup. 1)**: 33-40. 1998
- AQUINO, E. M. L.; CARVALHO, A. I.; FAERSTEIN, E. & RIBEIRO, D. C. S. Situação atual da detecção precoce do câncer cérvico-uterino no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, **2**: 53 - 65, 1986.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do Colo do Útero. Manual Técnico**. Brasília (DF): 2006
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Projetos especiais de Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis**. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 3. ed. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Controle do câncer do colo do útero. Disponível em: www.ministeriodasaude.gov.br. Acesso em: 30 mai. 2008.

- BEREK, Jonathan *et al.* **Oncologia ginecológica: Câncer Uterino**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- BRENNAN, S. M. F. *et al.*, Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul - ago 2001, 17(4):909-914.**
- BRINTON L. A.; FRAUMENI J. F. **Epidemiology of uterine cervical cancer**. J Chron Dis, 39: 1051-1065, 1986.
- BRITO. N. M.; SANTOS, M.S *et al.* Perfil epidemiológico e achados colpocitológicos em pacientes atendidas no ambulatório de Tocoginecologia da Santa casa de Misericórdia do Pará. **Rev. Paraense de Medicina, 19(2): 35-45, 2005.**
- CARVALHO, J. J e OYAKAWA, N. **I consenso Brasileiro de HPV; 1ª edição. (21)**, 142, ed. BG cultural, 2000.
- CIÊNCIA E SAÚDE. Anticoncepcionais aumentam risco de câncer cervical. Disponível em <http://www.sidneyrezende.com>, acesso em dezembro, 2009.
- COLPOSCOPIA. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Colpo>. Acesso em Junho, 2009.
- DIÓGENES, M.A.R.; REZENDE, M.D.S.; PASSOS, N.N.G. **Prevenção do Câncer: Atuação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem Ginecológica Aspecto Ético e Legais da Profissão**. Fortaleza (CE): 2001
- GOMPEL, C. e KOSS, L. G. **Citologia Ginecológica e suas Bases Anatomo - clínicas**. São Paulo: Manole, 1997.
- HALBE, HANS WOLFGANG. **Tratado de Ginecologia**. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2000. Vol.3.
- HENRY J. B. **Diagnóstico clínico e tratamento por métodos laboratoriais**. 18ª ed. São Paulo, Manole, 1995.
- IRIE, M. M. T.; CONSOLARO, M.E.L. **Aspectos citológicos e epidemiológicos causadas pelo Papilomavírus humano (HPV)**. Monografia apresentada ao

Departamento de Análises Clínicas da Universidade Estadual de Maringá(PR) para a obtenção do título de Especialista em Ciências da Saúde, 1999

JUNIOR, J.E.; CAVALCANTE, J. R.; *et al.* **Citologia Oncótica, Colposcopia e Histologia no Diagnóstico de Lesões Epiteliais do Colo Uterino. 23**, Newslab. 2004.

LAPIN, GA., DERCHAIN, S.F.M., TAMBASCIA, J. Comparação entre colpocitologia oncológica de encaminhamento e a gravidade das lesões cervicais intra-epiteliais. **Revista de Saúde Pública, 34(2):** 120-25 2000.

LIMA, C.A., PALMEIRA, J.A.V., CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer de colo uterino em Própria, Sergipe, Brasil. **Caderno de Saúde Pública, 22 (10):** 2151 – 2156, 2006.

MARTINS, L. F.L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do Exame de Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 27(8):** 485-92, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro. v. 3.** INCA; 2003.

MUNOZ, N.; *et al.* The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: a population – based case control study in Colombia aus spois. **International Journal of cancer**, v. 52, n. 5, 1992

MURTA, G. F.; *et al.* **Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 4. V.3**, ed. São Caetano do Sul: Ed. Difusão, 2008.

BRASIL, NOMENCLATURA BRASILEIRA PARA LAUDOS CERVICAIS E CONDUZAS PRECONIZADAS. Recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. – Rio de Janeiro: 2006.

OTTAVIANO-MORELLI, M. G. L.; ZEFERINO, L.; CECATTI, J. G.; *et al.* Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma based on cytological screening in the region of Campinas, São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública, 20(1):** 153-9 2004.

- PETERSEN, A. T . Homens e Mulheres : enfim as dificuldades estão acabando . In: STREY, M.N. **Mulher Estudos de Gênero**. 1. ed. Rio Grande do Sul : Unisinos , 1997. 146 p. Cap. 2, p. 19 –27.
- PINHO, A. A.; MATOS, M.C.F.I. Validity of Cervicovaginal cytology for detection of cancerous and Precancerous lesions of the cervix. **J.Bras. Patol. Med. Lab.** **38(3)**: 225-31, 2002.
- PINTO, IC.; OLIVEIRA, M.M. de; Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** **v.7 no.1** Recife Jan./Mar. 2007.
- QURUCHARRU CA. Adolescencia, aspectos psicossociales. **Rev Soc Argent Ginecol.** **1(11)**: 1994
- RIBEIRO, T. A importância dos preservativos. Disponível em <http://www.alunosonline.com.br/sexualidade/importancia-do-preservativo>. Publicação em 2006. Acesso em novembro de 2009.
- ROBERTO NETO, A.; RIBALTA, J.C. L.; FOCCHI, J.; *et al.* Avaliação dos métodos empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **23(4)**: 209-15, 2001.
- ROTKIN I. D. A comparison review of key epidemiology studies in cervical cancer related to current searches for transmissible agents. **Cancer Rev**, **33**: 1353-1367, 1973.
- SERRA, ASL.; MOTA, MSFT. Promoção da saúde. In: RAMOS, FRS, *et al.* **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**: projeto acolher. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000
- SILVA FILHO, A.; LONGATO FILHO, A. **Colo Uterino e Vagina: Processos Inflamatórios, Aspecto histológico, citológico e Colposcópico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- SILVA, C. H. P.; SILVA, R.R.; SILVA, A. A. M.; SILVA, C. M. P.; TEIXEIRA, A. B.; SILVA, M. M. Perfil das Infecções Genitais em Exames de Papanicolaou Realizados no Instituto maranhense de Oncologia Durante o Ano de 1999.

Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. V 33, suplemento I, 2000.

SOUZA, A.S.; BRABO, C.S.O. **Prevalência de Lesões Pré-Malignas, Malignas e de Processos inflamatórios em mulheres da região de Tomé-Açú, no período de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2005.** Monografia apresentada ao Colegiado de Biomedicina da Universidade Federal do Pará para a obtenção do grau de Biomédico, 1997.

STIVAL, C.O.; LAZZAROTTO, M.; RODRIGUES, Y.B. et al. Avaliação comparativa da Citologia Positiva, Colposcopia e Histopatologia: Destacando a Citopatologia como método de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. **Revista Brasileira de Análises Clínicas.** V 37, N. 4, p. 215 – 215, 2005

ZIEGLER, L.D.N. **Prevenção do Câncer de Colo Uterino: conhecimento, percepção e fatores intervenientes – um estudo com mulheres de Jaibaras. 2002.** Monografia (Especialização em Saúde da Família): Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2002

Anexo 1: Roteiro de entrevista para usuárias

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PET-SAÚDE/UFPA

Projeto: Perfil epidemiológico, microbiológico e citológico cervico-vaginal de mulheres usuárias das unidades municipais de saúde dos bairros do Jurunas e Guamá (Belém, Pará)

I – IDENTIFICAÇÃO E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DO ENTREVISTADO

1-Nome _____

PROTOCOLO: _____

2-Bairro/Comunidade: _____

3-Idade: _____

4-Ocupação atual:

1() Dona de casa

2() Empregado assalariado (exceto empregado doméstico)

3() Empregada doméstica mensalista ou diarista

4() Empregada que ganha por produção (comissão)

5() Estagiária remunerado

6() Trabalha por conta própria, é autônomo

7() É dona de negócio (empregadora)

8() Trabalha em negócio familiar sem remuneração

9() Presta serviço militar obrigatório, assistencial ou religioso com alguma remuneração.

10() Aposentada ou pensionista

11() Outros

5-Naturalidade/Cidade - UF _____

6-Há quanto tempo mora no município: _____

7-Mora em Belém?

1() Sim Endereço _____

2() Não Endereço _____

8-Qual o tipo de moradia?

1() Própria 2() Financiada 3() Alugada 4() Cedida 5() outra Qual? _____

9-Quantas pessoas moram na residência?

1() 1 pessoa 2() 2 a 4 pessoas 3() 5 a 7 pessoas 4() mais de 7 pessoas

10-Grau de instrução do entrevistado.

1() Não Alfabetizado 2() Fundamental incompleto 3() Fundamental completo

4() Médio incompleto 5() Médio completo 6() Superior

11-Renda mensal média do entrevistado

30- Qual a relação de parentesco com essa pessoa?

1() nenhum 2() primeiro grau 3() segundo grau 4() terceiro grau 5() outro

30-Você sabe o que é o exame preventivo do câncer do colo do útero (PCCU)?

1() Não 2() Sim 3() Sim, mas necessita de mais informações

31- De que forma soube?

1() Campanhas de saúde 2() Amigos

3() Familiares 4() Meios de comunicação

5() Profissional da saúde

32- Você sabe com que frequência se deve realizar o PCCU?

1() Não 2() Sim Qual a frequência? _____

33- Quantas vezes já realizou o PCCU?

1() nunca 2() uma vez 3() mais de 2 vezes

34- Se fez, o que a motivou?

1() sabe da importância 2() sintomas clínicos 3() obrigada pelo empregador

4() outros: _____

35- Você se sente à vontade para realizar o exame do PCCU?

1() Sim 2() Não, por timidez (vergonha). 3() Não, por desconforto (dor) 4() Não, por outro motivo.
Qual? _____

36- Se você realizou o PCCU por apresentar algum sintoma, identifique-os:

1() Secreção ou corrimento 2() Sangramento

3() Dor no ato sexual 4() Ardor ao urinar

5() Prurido (coceira)

37- Se nunca fez, o que impediu a realização?

1() falta de informação 2() descuido 3() timidez 4() vida sexual inativa

4() falta de tempo 5() ausência de solicitação médica 6() demora entre a solicitação e a realização do exame

7() Outros: _____

III-SOBRE O ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE: OBTENÇÃO DE FICHAS E MARCAÇÃO DE CONSULTAS

38- Você utiliza regularmente as unidades de saúde do município? 1() Sim 2() Não

39- Quantas vezes ao ano? _____

40- Qual o meio de transporte que você usa para chegar à Unidade Básica de Saúde?

1() à pé 2() ônibus 3() Bicicleta 4() Moto ou carro próprio

5() Outro. Qual: _____

41- Quanto tempo de deslocamento de sua casa até a unidade de saúde?

1() 15 min a 30 min 2() 1h a 2h 3() mais de 2 h

42- Com qual profissional de saúde você busca atendimento nas unidades de saúde?

1() clínica geral 2() ginecologia 3() pediatria 4() enfermagem 5() outro

43- Com que frequência você vai ao ginecologista?

1 () somente quando há um sintoma ginecológico grave 2 () sempre que apresenta qualquer sintoma de problema ginecológico 3 () 1 vez ao ano, independente de sintoma

44-Você encontra alguma dificuldade para ser atendida pelo ginecologista? 1 () não 2 () Sim

45-Qual a dificuldade?

1 () demora na fila para agendamento 2 () demora entre o agendamento e a consulta

3 () Outra: _____

46-Geralmente, como você se sente em relação ao atendimento?

1 () Satisfeito 2 () Satisfeito parcialmente 3 () Insatisfeito 4 () Não quis informar

Comentários:

47-O que você indicaria para aumentar o número de mulheres que realizam o PCCU?

1 () Não soube informar.

2. _____