

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE
E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

**A COINFECÇÃO DO TRATO VAGINAL NAS NEOPLASIAS
INTRAEPITELIAIS CERVICAIS:**
Contribuições para a Enfermagem

MARIA DO SOCORRO PASCOA VIEGAS

BELÉM
2013

MARIA DO SOCORRO PASCOA VIEGAS

**A COINFECÇÃO DO TRATO VAGINAL NAS NEOPLASIAS
INTRAEPITELIAIS CERVICAIS:
Contribuições para a Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Osvaldo Cruz / Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, referente à linha de pesquisa: Dinâmicas dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mary Elizabeth de Santana.

BELEM
2013

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –
Biblioteca do HJBB/UFPA, Belém – PA.**

Viegas, Maria do Socorro Pascoa.

A Coinfecção do trato vaginal nas neoplasias intraepiteliais cervicais: Contribuições para a enfermagem / Maria do Socorro Pascoa Viegas —. 2013

76 f.

Orientadora: Mary Elizabeth de Santana

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Osvaldo Cruz / Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, Belém, 2013

1. Neoplasia Intraepitelial cervical. 2. Colo Uterino – câncer – Prevenção. 3. Papilomavirus. I. Santana, Mary Elizabeth de, orient. II. Título.

CDD: 22. ed. 616.99466

MARIA DO SOCORRO PASCOA VIEGAS

**A COINFECÇÃO DO TRATO VAGINAL NAS NEOPLASIAS
INTRAEPITELIAIS CERVICAIS:
Contribuições para a enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Osvaldo Cruz / Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, referente à linha de pesquisa: Dinâmicas dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: / / .

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Mary Elizabeth de Santana
Presidente – Universidade Federal do Pará

Profª Drª Ilma Pastana Ferreira
Membro – Universidade Federal do Pará

Profª Drª Jacira Nunes Carvalho
Membro – Universidade Federal do Pará

Profª Drª Vera Lúcia de Azavedo Lima
Membro – Universidade Federal do Pará

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me concedeu saúde e perseverança;

À minha Orientadora, Mary Elizabeth de Santana, pela aceitação e acompanhamento constante, pela paciência e por dividir comigo seus conhecimentos técnicos;

Ao Dr. Paulo Assumpção, que contribuiu na construção do Tema escolhido.

Aos meus filhos, irmãos e familiares pela compreensão e apoio;

Aos meus colegas de trabalho em especial a Ana Patrícia Vasconcelos, que contribuíram na construção de ideias e caminhos;

Às bibliotecárias Rosiany Amaral e Elisangela Silva pelo auxílio na busca de informações e conhecimentos;

À estatística Elissandra Sobreira pela atenção e apoio neste estudo.

À Direção do Centro de Atenção a Saúde da Mulher, pela boa acolhida e aceitação da pesquisa;

À equipe de Enfermagem da Casa da Mulher, pelo auxílio e recepção, durante a realização da coleta dos dados.

Às usuárias do Centro de Atenção a Saúde da Mulher, pela aceitação na participação do estudo;

Às minhas chefias imediatas pela compreensão e flexibilidade no horário de trabalho, quando se fazia necessário;

À Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará, pela oportunidade de melhorar minha qualificação Profissional, com a liberação para o curso.

À Universidade Federal do Pará, pela política de incentivo a qualificação do servidor;

À minha Mãe, Léa Pascoa Viegas, pelo incentivo e solidariedade nos momentos difíceis.

AGRADEÇO

VIEGAS, Maria do Socorro Pascoa. **A Coinfecção do trato vaginal nas neoplasias intraepiteliais cervicais:** Contribuições para a enfermagem. 2013. 58 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, Belém, 2013. Orientadora: Mary Elizabeth de Santana.

RESUMO

As Neoplasias intraepiteliais cervicais são manifestações pré-clínica do câncer do colo do útero. Este câncer está fortemente associado à infecção vaginal, principalmente a infecção pelo Papilomavírus humano, condição necessária, mas não o suficiente para o desenvolvimento da lesão cervical. O câncer do colo do útero na região Norte apresenta alta morbimortalidade entre as mulheres, quando comparado com outras regiões. O presente estudo teve como objetivo analisar a frequência de infecção vaginal em mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial cervical. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa. Realizado no centro de referência à saúde da mulher no município de Belém no Pará, com 1848 usuárias submetidas ao exame citopatológico de Papanicolaou no período de dezembro de 2005 a dezembro de 2010 e que apresentaram alteração citológica em seus resultados. Para análise estatística foi organizado um banco de dados no Excel versão 2007; e aplicação dos métodos descritivos como suporte computacional o software Bio Estat 5, Epi info 3.3.2. Evidenciou-se que dos exames analisados, a faixa etária de 21 a 60 anos foi a que apresentou maior frequência de alterações cervicais. A frequência relativa a exames de controle ficou em torno de 80,3%. Os diagnósticos de alteração citológica do tipo lesão intraepitelial de baixo grau e as atipias de células escamosas de significado indeterminado possivelmente não neoplásica foram as lesões mais presentes, com 50% e 43,7%, respectivamente. A coinfecção esteve presente em 42,3% dos resultados com alteração citológica e mais frequentes em lesões cervicais de baixo risco para o câncer de colo do útero. Os microorganismos vírus HPV, cocos Gram positivos, bacilos Gram negativos, *trichomonas vaginalis*, *Gardenerella vaginalis*, Cândida sp, vírus herpes, esporos e *Lactobacilus*, representaram uma microbiota vaginal patológica em 68% das alterações citológicas. A prevenção é uma ferramenta fundamental no programa de rastreamento do câncer de colo do útero, para que o Enfermeiro estabeleça um plano de cuidado que valorize suas queixas e os resultados microbiológicos das usuárias submetidas ao exame citopatológico de Papanicolaou anualmente. Assim como investir em estudos que melhor avaliem a associação microbiológica com a iniciação das lesões pré-clínicas do câncer de colo do útero.

Palavras-chaves: Neoplasia intraepitelial cervical. Coinfecção. Enfermagem.

VIEGAS, Maria do Socorro Páscoa. **Coinfection of the vaginal treatment in the neoplasias cervical intraepiteliais**: Contributions for the nursing. 2013. 58 f. Dissertation (master's degree) - Health, Society and Endemic in the Amazonian of Multidisciplinary Master Program of the Fundação Osvaldo Cruz / Leônidas & Maria Deane Research Center, in agreement with the Federal University of Pará and Federal University of Amazonas, Belém, 2013. Advisor: Mary Elizabeth of Santana.

ABSTRACT

The cervical intraepithelial neoplasias are cervical cancer pre-clinical manifestations. This cancer has a high Association with the vaginal infection; specially the infection by the Human Papilloma virus, a condition which is necessary but not sufficient to the cervical lesion progress. On north the cervical cancer presents a high morbidity and mortality among women, when compared to the others country regions. The study intended to analyses the vaginal infection frequency among women with cervical intraepithelial lesion. It is a descriptive and retrospective study, with a quantitative approach. Performed at the Women's health reference center in Belém do Pará city, with 1848 users submitted to the Pap test and who presented cytological alteration in their results in the period between December, 2005 and December, 2010. To statistical analysis an Excel version 2007 data bank was organized; and descriptive application methods with the data support BioEstat 5 software Epi info 3.3.2. It was evident that the tests analyzed women were aged 31-50 years. The previous cytological test was 80,3%. The diagnoses of cytological change the type of low-grade squamous intraepithelial lesion and atypical squamous cells of undetermined significance, possibly non-neoplastic lesions were more present. Co-infection was present in 42.3% of the results with abnormal cytology and cervical lesions more common in low-risk for cervical cancer. Microorganisms HPV virus Cocos Gram positive, Gram negative, *Trichomonas vaginalis*, *Gardenerella vaginalis*, *Candida sp*, herpes viruses, spores and Lactobacillus represented a pathological vaginal microbiota in 68% of the cytological alterations. Prevention is a fundamental implement in the cervical cancer tracking, in order to the Nurse establish a care plan which enhance their complaints and the microbiological results of the users submitted to the cytopathological Pap annually. Even as invest in studies which do a better evaluation in the microbiological combination with the pre-clinical cervical cancer lesions.

Keywords: Cervical Intraepithelial Neoplasia. Coinfection. Nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Distribuição das usuárias com alteração cervical segundo a faixa etária. Centro de Atenção à Saúde da Mulher, no período de 2005 a 2010 Belém- Pará. 2013	48
TABELA 2 -	Distribuição sobre a situação da usuária quanto à realização do exame citológico cervical, no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, no período de 2005 a 2010, Belém-Pará. 2013	49
TABELA 3 -	Distribuição dos resultados com alteração citológica, segundo o tipo de lesão cervical. Centro de Atenção a Saúde da Mulher, no período de 2005 a 2010, Belém-Pará. 2013	51
TABELA 4 -	Distribuição dos casos de coinfeção nos resultados com alteração citológica - Centro de Atenção a Saúde da Mulher, no período de 2005 a 2010, Belém- Pará. 2013	54
TABELA 5-	Distribuição dos agentes microbiológicos presentes nos resultados com alteração citológica, em presença simples e de coinfeção. Centro de Atenção a Saúde da Mulher, no período de 2005 a 2010, Belém-PA. 2013	55
TABELA 6 -	Distribuição dos casos de coinfeção, presentes nos resultados com alteração citológica, Centro de Atenção a Saúde da Mulher no período de 2005 a 2010, Belém- Pará. 2013	60
Tabela 7 -	Distribuição dos resultados com alteração cervical segundo o ambiente microbiológico. Centro de Atenção a Saúde da Mulher no período de 2005 a 2010, Belém-Pará. 2013	61

LISTA DE SIGLAS

AGUS	Células glandulares de significado indeterminado
ANVISA	Agência Nacional de Controle de Vigilância Sanitária
ASCUS	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
ASC-US	Atipias de significado indeterminado
BGN	Bacilo Gram Negativo
CAF	Cirurgia da alta frequência
CGP	Coco Gram Positivo
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DIU	Dispositivo intrauterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EMEA	Agência Europeia para Avaliação de Produtos Medicinais
FDA	Food and Drug Administration
HPV	Papiloma vírus humano
HSIL	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau
IARC	International Agency for Research on Cancer
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LSIL	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONCOCENTRO	Centro de Pesquisa em Oncologia
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PRO-ONCO	Programa de Oncologia
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RHC	Registros Hospitalar de Câncer
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde de Belém
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UICC	União Internacional Contra o Câncer

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	BASES CONCEITUAIS	18
3.1	Infecção e o Conteúdo vaginal	18
3.2	O comportamento fisiopatológico celular	19
3.3	Característica Anatômica e morfológica do colo do útero	21
3.4	A carcinogênese do colo do útero	24
3.5	O HPV e o câncer de colo do útero	25
3.6	Classificação da lesão no colo do útero	26
3.7	Métodos para rastrear o câncer cervical	29
3.8	Evolução da lesão neoplásica do colo do útero	32
3.9	Epidemiologia do câncer cervical	33
3.10	Ações para o controle e tratamento das neoplasias intraepiteliais ...	35
3.11	Sistema de avaliação e controle do câncer do colo uterino	38
3.12	Medidas de controle e prevenção das lesões cervicais	39
3.13	O papel do Enfermeiro na Prevenção do câncer de colo uterino	40
4	METODOLOGIA	43
4.1	Tipo de estudo e abordagem	43
4.2	Local	43
4.3	População	44
4.4	Fonte de informação e Período	45
4.5	Instrumento de coleta de dados	45
4.6	Tipo de análise	46
4.7	Aspectos éticos	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
6	CONCLUSÃO.....	64
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE	71
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	72
	ANEXO A	74
	ANEXO A – FORMULÁRIO	75

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino ainda é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, com altas taxas de prevalência e de mortalidade entre mulheres de baixo nível social e econômico (BRENNAN et al, 2001). Na maioria dos casos apresenta evolução lenta e sua prevenção consiste em identificar, o mais precocemente possível, as lesões atípicas no epitélio do colo uterino por meio de exames como a colposcopia, e da pesquisa de alterações celulares pelos métodos de Papanicolaou e histopatológico, além dos métodos de biologia molecular que identificam a presença do DNA viral nos tecidos (BEZERRA et al, 2005).

Apesar do exame preventivo ser simples, inócuo, eficiente, de baixo custo, o câncer do colo do útero ainda tem sido uma das principais causas de morte. As mais recentes estimativas mundiais apontam 529 mil casos novos desse câncer em mulheres para o ano de 2008, configurando-se o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. Em geral, a razão mortalidade/incidência é de 52%, sendo responsável pelo óbito de 275 mil mulheres em 2008. Mais de 85% desses óbitos ocorrem em países em desenvolvimento. Somente a Índia, que é o segundo país mais populoso do mundo, contribui com cerca de 27% dos óbitos por esse câncer (INCA, 2011a).

No Brasil, para os anos de 2012/2013, foram esperados 17.540 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores da pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (24/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil) ocupa a segunda posição mais frequente, na região Sudeste (15/100 mil), a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta

posição (INCA, 2011b).

A estimativa do Instituto Nacional do Câncer INCA, mantém a região Norte com a maior incidência de câncer do colo do útero na população feminina, excluindo-se os tumores de pele não melanoma. Com o estado do Pará apresentando 810 casos, mas uma diminuição destes na capital Belém, onde foram previstos para os anos de 2012/2013, 250 novos registros deste agravo. Na estimativa de 2010, a capital do estado do Pará apresentou uma estimativa de 330 casos novos de câncer de colo do útero (INCA,2009).

A estimativa global do INCA em 2008 foi que 18% dos casos de câncer estão associados a algum agente etiológico. Nos países desenvolvidos, esta estimativa é de 7% e nos países subdesenvolvidos, este valor chega a 25%. Estes dados justificam a necessidade de estudos que esclareçam a dinâmica deste evento e sua relação com a gênese do tumor maligno no colo do útero, visto que é alta a prevalência de infecções vaginais em mulheres que realizam o exame citopatológico de Papanicolaou.

A coinfeção do trato vaginal nas neoplasias intraepiteliais do colo do útero, evidenciam que processos infecciosos sejam fatores causais de câncer, estando associados à mutação celular, dependendo da duração da infecção; da capacidade de defesa do organismo e do tipo de agente infeccioso envolvido. Alguns agentes infecciosos tais como: vírus; bactérias e outros parasitas foram relacionados ao mecanismo de alteração de crescimento e material genético de células infectadas. A *Internacional Agency for Research on Cancer* (IARC) listou uma série de agentes infecciosos com potencial carcinogênico já comprovados, entre eles está o Papilomavírus Humano (HPV), que é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, também chamado de carcinoma

cervical (INCA, 2008b).

Os vírus são parasitas intracelulares obrigatórios, pela falta de hialoplasma e ribossomo para realizar metabolismo próprio, podendo infectar animais, plantas e outros microorganismos (<http://www.sobiologia.com.br/conteudo>). Os Papiloma vírus humanos são caracterizados por apresentarem dupla fita de DNA e um capsídeo icosaédrico. Estão associados a diferentes doenças em humanos, incluindo verrugas comuns e genitais. Existem pelo menos 80 tipos de HPV descritos. No Brasil, os tipos HPV 16 e 18 são os mais frequentemente associados a câncer cervical e anal. Outros tipos de HPV estão associados a lesões genitais benignas (HPV 6 e 11) (RIVOIRE et al, 2001).

As neoplasias intraepiteliais cervicais são lesões proliferativas com maturação de células anormais e atípicas de graus variáveis, que substituem parte ou toda a espessura do epitélio escamoso cervical. O diagnóstico e tratamento são importantes em razão destas lesões serem precursoras do câncer do colo do útero (AIDE et al, 2009).

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais presente entre as mulheres, excluindo-se os tumores de pele não melanoma, sendo duas vezes mais incidente em países subdesenvolvidos (BIFULCO; FERNANDES JÚNIOR; BARBOSA, 2010).

O aspecto microbiológico dos laudos citopatológicos registrados no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) no ano de 2010, demonstraram que no Pará, 2.592 mulheres infectadas por *Trichomonas vaginalis*, 206 por *Chlamydia sp.*, 31 por *Actinomyces sp.* e 47.676 por *Bacilo supracitoplasmático*, patógenos reconhecidos como fatores predisponentes para o desenvolvimento do câncer cervical.

Estudo transversal realizado por Michele Oliveira e cols. (2008) em um ambulatório especializado de mulheres no estado de Recife, com objetivo de determinar a frequência de infecção por *Chlamydia trachomatis* em pacientes com ou sem lesões intraepiteliais cervicais, revelou uma frequência de 80% de infecção por *Chlamydia* no grupo de mulheres com alteração citológica e de 14,3% no grupo de mulheres com citologia normal. Ainda neste estudo foi estatisticamente significativa a associação da infecção por *Chlamydia* com história de corrimento vaginal, no qual o grupo com história positiva apresentou uma frequência de 80,6% desta infecção e no grupo de mulheres sem queixa de leucorreia apresentou apenas 11,8% de infecção por *Chlamydia*. A associação de história pregressa de Doença Sexualmente Transmissível (DST) com infecção por *Chlamydia* foi identificado em 87,5% da população do estudo que referiram ocorrência de DST.

A oncogênese cervical tem início na falha dos mecanismos que controlam a divisão celular em razão de mutação dos genes proto-oncogênese e supressores que dirigem o ciclo celular. Estes mecanismos foram identificados por meios de técnicas avançadas da biologia molecular. Enquanto as alterações citogenéticas do epitélio cervical também foram observadas em mulheres infectadas pelo Papiloma vírus humano, sendo encontrado em 90% do câncer cervical (RIVOIRE et al., 2006).

Os tipos de papiloma vírus humano com maior risco de causar lesões neoplásicas são os HPV 16 e o HPV 18, que podem estar presentes no tecido infectado até por 12 meses, aumentando o risco das mulheres desenvolverem o câncer cervical, ficando este risco aumentado de acordo com as variações do vírus. Embora o Papiloma Vírus Humano ser causa comprovada do câncer cervical, observa-se que apenas nos casos de persistência da infecção e no tipo de vírus envolvido é que esta infecção torna-se fator de alto risco oncogênico da cérvix

uterina (NAKAGAWA et al, 2010).

Ainda no estudo desenvolvido por Nakagawa e colaboradores em 2010, foi apresentado que fatores ambientais, como processos infecciosos e fatores comportamentais, como práticas sexuais inseguras, contribuem para a exposição a agentes infecciosos, com potencial de transformação do tecido cervical e que em função do tempo de contato atuam como meio favorável à proliferação e o desenvolvimento da lesão neoplásica.

Sabe-se que para as lesões intraepiteliais de alto grau e o câncer do colo do útero, nem sempre a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) é causa suficiente, uma vez que para o desenvolvimento, manutenção e progressão destas alterações faz-se necessária, além da persistência do vírus, a associação de outros fatores significativos, tais como: O estilo de vida e a coinfeção de outros agentes infecciosos como o HIV e a *Chlamydia*. Estes fatores são importantes tanto na iniciação do processo como na promoção da proliferação do tecido modificado (INCA, 2009).

O conhecimento de fatores que possam influenciar a incidência do câncer do colo do útero é importante para a Enfermagem no planejamento dos cuidados às mulheres do programa de rastreamento do câncer uterino. Esses cuidados são orientados por meio de atividades educativas, que orientem hábitos de vidas saudáveis e ofereçam informações sobre a microflora que acompanha as neoplasias intraepiteliais cervicais, valorizando as queixas das usuárias e os resultados dos exames citológicos na sala do exame preventivo.

Estudo realizado por Lima e cols. (2006) no estado do Recife identifica que fatores relacionados ao estilo de vida, como hábitos sexuais; processos infecciosos virais e pouco conhecimento do processo saúde-doença, assim como a não

realização do exame preventivo expõem as mulheres ao maior risco de adquirirem lesões intraepiteliais cervicais e o próprio câncer de colo do útero.

Embora tenha se observado avanços na capacidade do diagnóstico precoce das lesões pré-clínica do câncer do colo do útero, com 44% dos casos identificados ainda na fase *in situ*, mesmo assim o câncer do útero ainda é um importante problema de saúde pública, por ser o segundo tipo deste agravo mais frequente entre as mulheres e ser a quarta causa de morte por câncer neste grupo, apresentando 5.063 vítimas fatais no ano de 2009 e uma estimativa de 17.540 novos casos para o ano de 2012 (INCA, 2011b).

A inexistência ou a pouca eficiência nos programas de rastreamento, são apontados pelo INCA, como umas das explicações que justificam as altas incidências em países e regiões subdesenvolvidas.

Sob esta ótica, sabe-se que o principal fator de risco para as lesões intraepiteliais cervicais de alto grau é um agente etiológico viral, o vírus do HPV. Porém, este não representa causa suficiente quando isolado, pois serão necessários outros mecanismos para influenciar a progressão ou regressão do processo infeccioso que vão desencadear as alterações do tecido cervical, originando os diferentes graus de alteração intraepitelial cervical. E que, se diagnosticados e tratados precocemente, aumentam a chance de cura e inibem a evolução para a lesão neoplásica invasiva (INCA, 2011c).

A experiência como enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Belém, no estado do Pará, chamou a atenção para a ocorrência de resultados citológicos inflamatórios em grande frequência no exame Papanicolaou e de resultados com lesão intraepitelial cervical, acompanhadas de um agente etiológico que não necessariamente o HPV. Além disso, algumas mulheres procuram

o exame preventivo do câncer do colo do útero em razão das síndromes do corrimento vaginal, que as incomodam e comprometem o seu bem estar.

Ante o exposto, torna-se relevante identificar a microflora cérvico-vaginal presente em resultados com alteração citológica e que podem subsidiar novas ações de promoção à saúde da mulher, com atenção especial às síndromes do corrimento vaginal, que necessitam de condutas direcionadas e que, se identificadas e tratadas adequadamente, contribuirão na prevenção do câncer do colo do útero. Em razão de que esta neoplasia apresenta maior potencial de prevenção e cura quando detectado precocemente.

No momento, não é possível relacionar a infecção vaginal como situação principal para a presença destas lesões, todavia, pode-se buscar por meio de investigação respostas para a seguinte questão: “Qual a frequência de infecções vaginais em mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial cervical submetidas ao exame citológico de Papanicolaou?”.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a frequência de coinfeção vaginal em mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial cervical.

2.2 Específicos

Descrever os tipos de agentes infecciosos presentes nos resultados citológicos com diagnóstico de lesão intraepiteliais cervical;

Identificar nos resultados citológicos de lesões intraepiteliais os que mais incidem com infecção mista.

3 BASES CONCEITUAIS

3.1 O Conteúdo Vaginal e Infecção

A vagina é o órgão feminino que compõe o trato genital inferior, juntamente com a porção cervical do útero e vulva, seu epitélio assemelha-se ao da ectocérvice. É pluriestratificado glicogenado, não apresenta glândulas e possui melanócitos na porção mais próxima do vestíbulo.

Na vagina normal, os lactobacilos, o muco cervical e fatores imunológicos constituem um sistema de defesa natural, que favorece um meio ácido e um sistema de escoamento que limitam a proliferação e facilitam a eliminação de patógenos. É um compartimento considerado estéril até o fim da vida fetal, mas, passa a ser exposta a invasão de agentes microbianos logo após o nascimento, que vão interagir com sua flora fisiológica.

O ambiente da vagina sofre alteração com a idade e os hábitos de vida das mulheres, como: atividade sexual, métodos contraceptivo mecânicos, uso de duchas vaginais, vestimentas, uso de absorventes e o ciclo menstrual (MENDES, 2008).

O estudo realizado pelo laboratório da Universidade de Goiás em 2005 identificou uma maior frequência de infecções vaginais em mulheres com idade entre 21 a 40 anos. Enquanto as infecções mais prevalentes nesta faixa etária foram: vaginose bacteriana, *candida SP* e *tricomonas vaginalis*, no grupo de mulheres com idades maiores a prevalência foi menor. Os autores ainda apontam que tais achados acontecem pelo fato dos microorganismos se utilizarem do glicogênio como substrato para se desenvolverem, e que nesta faixa etária é maior devido à estimulação hormonal (RIBEIRO et al, 2007).

Faz-se necessário ressaltar que o grupo etário com maior prevalência de infecções vaginais no estudo de Ribeiro encontra-se também no grupo prioritário do programa de rastreamento do câncer de colo do útero pelo Ministério da Saúde.

Poucos estudos são observados sobre a microbiota vaginal em situação de coinfeção no tecido cérvico-vaginal alterado e sua relação com o tumor uterino. A microbiologia vaginal é sempre avaliada isolada desta condição e com um foco maior à presença do vírus HPV, considerado agente microbiológico desencadeante deste processo.

A carcinogênese cervical inicia-se devido à alteração dos genes responsáveis pelo controle do crescimento celular fisiológico, dando origem a células modificadas que, quando persistentes, iniciam a formação de um tecido modificado com comportamento invasivo. Visto que o tumor se origina de células anteriormente consideradas normais.

3.2 O comportamento fisiopatológico celular

O comportamento biológico das células normais de um organismo vivo revela uma perfeita harmonia citológica, histológicas e funcionais das células que apresentam características orientadas por códigos genéticos próprios e específicos. Estas células agrupadas formam os tecidos e estes originam os órgãos que irão compor o organismo humano, mantendo, assim, o ciclo natural da vida.

Os mecanismos que agregam células normais em tecidos ainda é pouco conhecido. Sabe-se que as células se juntam e são controladas por substâncias intracitoplasmáticas que mantêm o contato e permanência da mesma, além de controlar o seu crescimento.

O crescimento celular é um processo que acontece para o aumento da massa celular; duplicação do DNA e divisão física da célula mãe em duas células filhas idênticas, evidenciada nas fases: G1, S, G2 e M que compõem o ciclo celular.

O mecanismo de controle do crescimento celular depende de fatores estimulantes e inibidores que, em desequilíbrio por algum estímulo intrínseco ou extrínseco desencadeiam uma desordem no crescimento e na divisão celular dando origem ao tecido neoplásico (INCA, 2008a).

A partir do século XIX, a ciência da histologia, por meio de exames microscópicos revelou que tanto o tumor quanto o tecido normal são formados de células e as células do tumor são derivadas do tecido normal. A estrutura desorganizada do tumor é quem indica o câncer como uma doença de células em mau funcionamento, e não como um corpo estranho, que invade organismos debilitados causando problemas de saúde, como se acreditava anteriormente (WEINBERG, 2010).

Weinberg (2010) ainda relata em seu livro que os tumores podem estar localizados, não invadir tecidos vizinhos e por isso serem considerados como lesões benignas. Quando invadem tecidos adjacentes e migram para outras partes do organismo, adquirem comportamento de malignidade, aumentando assim o risco de morte por câncer.

O tumor do colo do útero se desenvolve a partir de lesões cervicais de origem em tecido escamoso ou glandular, que constituem o cérvix uterino (colo do útero), um dos compartimentos do útero que é um dos órgãos do aparelho reprodutor feminino.

3.3 Característica anatômica e morfológica do colo do útero

O colo uterino possui uma constituição fibromuscular e é a porção inferior do útero, órgão que faz parte do sistema reprodutor feminino, sendo que na porção inferior, mede de 3 a 4 cm de comprimento e 2,5 cm de diâmetro. A idade, a paridade e a situação menstrual são condições que determinam variação de forma e tamanho do útero.

Os vários segmentos do colo do útero apresentam como ponto de referência o orifício cervical e se constituem em:

- Porção Supravaginal: Encontra-se no nível do orifício cervical interno.
- Ectocérvix: Parte externa do orifício cervical externo, com escassez de terminações nervosas.
- Endocérvix: Parte proximal ao orifício externo cervical e possui terminações nervosas sensoriais extensas.
- Canal endocervical: Atravessa a endocérvix, que liga a cavidade uterina à vagina e se prolonga do orifício cervical interno ao externo, desembocando na vagina.
- Fundo de saco vaginal: Espaço ao redor do colo do útero na cavidade vaginal, que conforme sua relação de contato com a parede da vagina será denominado em: fundo de saco lateral e fundo de saco anterior e posterior.

- Estroma do colo uterino: Tecido fibromuscular denso, por onde passam suprimentos vasculares e linfáticos, redes nervosas que formam um plexo complexo do colo uterino.

O colo do útero em sua constituição histológica, que tem formação na vida embrionária, é constituído de tecido epitelial escamoso estratificado não queratinizado, tecido epitelial colunar e a junção escamocolunar.

O tecido epitelial escamoso estratificado possui várias camadas de células e glicogênio no citoplasma celular das camadas intermediárias e superficiais, o qual é responsável pela mudança de cor à aplicação de lugol, corando o tecido do colo do útero para acaju ou preto e, na biópsia, pela cor magenta ao reativo de Schiff.

A maturação e o desenvolvimento normal do epitélio estão na dependência de estrógeno, hormônio feminino. A falta deste impede a maturação completa do tecido e a glicogenação. A glicogenação nas camadas superficiais e intermediárias do epitélio escamoso estratificado é sinal de maturação e desenvolvimento normal do epitélio escamoso, que é o tecido presente em grande área da ectocérvice. Ao exame visual em condições normais, este tecido é de coloração rosa pálida. Na menopausa, pela falta do estrogênio, a maturação do tecido ocorre até a camada parabasal, tornando o epitélio fino e atrófico. A inspeção visual apresenta cor pálida, petéquias subepiteliais e suscetibilidade a traumatismo.

O tecido epitelial colunar é composto de uma única camada de célula, possui uma complexa arquitetura constituída de pregas mucosas e criptas dando ao epitélio ao exame visual aspecto granuloso. Recobre o canal endocervical e possui coloração avermelhada. No limite proximal ou inferior, encontra-se com o epitélio escamoso formando a junção escamocolunar. Não apresenta o processo de

glicogenação e nem mitoses por falta de glicogênio intracitoplasmático, por isso não muda de cor ou fica levemente descorado à aplicação do lugol. Origina o pólipó cervical, que é uma massa avermelhada formada a partir de uma hipertrofia localizada em uma única papila colunar e que se projeta do orifício cervical externo, visível ao exame visual.

A diferença de altura entre epitélio escamoso e epitélio colunar formam a junção escamocolunar e sua localização em relação ao orifício cervical externo varia de acordo com a idade e a condição obstétrica e ginecológica da mulher. A junção escamocolunar na infância e na perimenarca é muito próximo ou no orifício cervical externo. Na puberdade e no período reprodutivo, por ação do estrógeno o colo do útero, aumenta de tamanho e o canal endocervical alonga-se. Com isso, o epitélio colunar se exterioriza na ectocérvice, sendo observado como uma grande área avermelhada denominada de ectrópio ou ectopia. Esse fenômeno determina a localização da junção escamocolunar na ectocérvice, distante do orifício cervical externo. A eversão do epitélio colunar endocervical na ectocérvice é considerada uma ocorrência fisiológica normal e sua progressão na ectocérvice é variável. O epitélio colunar evertido em meio vaginal ácido é destruído e substituído pelo epitélio escamoso metaplásico. A transformação do epitélio colunar pelo epitélio escamoso metaplásico, ocasionada pela acidez da vagina em área de ectopia, é conhecida como metaplasia escamosa e é considerada condição fisiológica normal. O novo tecido apresenta células indiferenciadas, cuboides e subcolunares, denominadas de células de reservas. Essas células proliferam-se e diferenciam-se em um epitélio fino de células escamosas imaturas, sem evidência de estratificação. As células do epitélio escamoso metaplásico não possuem glicogênio e por isso não mudam de coloração à aplicação do lugol.

A região de ectopia é onde ocorre a transformação fisiológica da metaplasia escamosa. Nesta região pode também ocorrer a transformação anormal do tecido epitelial do colo do útero iniciando o desenvolvimento da carcinogênese cervical (IARC, 2004).

3.4 A Carcinogênese do colo do útero

A oncogênese cervical tem início na falha dos mecanismos que controlam a divisão celular, em razão de mutação dos genes proto-oncogênese e supressores, que dirigem o ciclo celular. Estes mecanismos foram identificados por meio de técnicas avançadas da biologia molecular. Enquanto as alterações citogenéticas do epitélio cervical também foram observadas em mulheres infectadas pelo Papiloma vírus humano, sendo encontrado em 90% do câncer cervical (RIVOIRE et al, 2006).

As pesquisas de laboratório apresentaram suporte aos estudos epidemiológicos, mostrando que o câncer pode ser causado por agentes químicos e físicos. Mas a descoberta de vírus que causam leucemia e sarcoma em galinha mostrou a possibilidade de o tumor ser uma doença infecciosa (WEINBERG, 2010).

Em 1970, o professor Harald Zur Hausen em seus estudos identificou padrões epidemiológicos semelhantes das verrugas genitais com o carcinoma do colo do útero e então sugeriu que o agente etiológico das verrugas poderia estar envolvido no desenvolvimento da neoplasia cervical. No presente, a Organização Mundial da Saúde reconhece que os resultados de estudos que evidenciam a presença do DNA do Papilomavírus humano nas lesões neoplásicas do útero, sendo então aceita a forte relação da infecção pelo HPV com o tumor cervical, que é considerada entre todas as outras infecções de transmissão sexual ou não a mais

importante na etiologia do câncer cervical (RABACHINE; SICHERO, 2010).

Em 2009, Aide e colaboradores apresentaram em sua revisão de literatura as neoplasias intraepiteliais cervicais como lesões proliferativas com maturação de células anormais e graus variáveis de atipias que substituem parte ou todo o epitélio escamoso cervical em que o diagnóstico e tratamento são importantes em razão destas lesões precederem o tumor do colo do útero. Expõem achados de estudos de corte, nos quais o câncer de colo do útero é posterior a um quadro de infecção pelo HPV em 10 a 15 anos, e que a neoplasia uterina em 1960 era tida como uma lesão de evolução contínua e progressiva e seguia estágios progressivos de neoplasia intraepitelial I para neoplasia intraepitelial II e evoluía para neoplasia intraepitelial III.

Na mesma revisão são apresentados estudos longitudinais, que demonstram que as lesões proliferativas podem se apresentar de formas distintas e uma lesão em Grau III pode aparecer sem que anteriormente se tenha evidenciado uma lesão em grau I. O que se identifica nestas lesões é a presença do vírus HPV oncogênico na maioria dos casos, apesar de transitório na maior parte dos achados. O comportamento morfológico e biológico das neoplasias intraepiteliais pode se manifestar de diferentes maneiras.

3.5 O HPV e o câncer de colo do útero

Foram identificados 120 tipos de HPV com aproximadamente 40 tipos infectantes do trato vaginal, que são classificados de acordo com o risco de estarem envolvidos com as lesões neoplásicas. Os que apresentam baixo risco oncogênico e estão associados a lesões benignas e a verrugas genitais são os HPV-6, -11, -42, -43 e -44. Os vírus HPV que são de alto risco oncogênicos por estarem associados

às lesões intraepitelial de alto grau especialmente ao carcinoma invasivo do colo do útero são os HPV-16, -18, -31, -33, -35, -45 e -58 (RABACHINE; SICHERO, 2010).

O papilomavírus humano é encontrado em infecções do trato vaginal tanto em mulheres com lesões cervicais como em mulheres com citologia normal. A associação da infecção com a neoplasia do útero está na dependência do tipo específico do vírus; da carga viral; da persistência da infecção e da relação com outros fatores como: tabagismo, o uso de contraceptivos hormonais, dieta e hábitos sexuais, sendo que o comportamento sexual é um fator significativo no desenvolvimento do câncer do colo do útero como também na ocorrência das doenças sexualmente transmissíveis.

Em razão da alta prevalência da infecção pelo HPV não ser diretamente proporcional à incidência de neoplasia cervical e das lesões intraepiteliais cervicais apresentarem baixas taxas de progressão, sugere-se que na etiologia do câncer cervical haja uma combinação de fatores de risco, não sendo a infecção pelo papilomavírus humano causa suficiente para a gênese do tumor cervical (UICC, 2006).

As alterações cervicais que originam o tumor de colo do útero se classificam de acordo com o tipo de tecido de origem.

3.6 Classificação da lesão no colo do útero

Os tumores se agrupam em quatro grandes conjuntos e classificam-se de acordo com o tecido que lhes originou. Os tumores humanos mais comuns são os de origem epitelial e são chamados de carcinomas; subdividem-se em carcinomas de células escamosas, por originarem-se do epitélio que forma as células protetoras

e adenocarcinomas, originários do epitélio secretor.

A nomenclatura das alterações citológicas do epitélio do colo do útero foi proposta inicialmente por Papanicolaou, seu descobridor, e sofre mudança a cada novo estudo epidemiológico que evidencia melhor o comportamento da lesão do epitélio cervical e a novas técnicas de análise citológicas de células coletadas no colo do útero. As lesões precursoras de origem escamosa foram categorizadas por Papanicolaou de I a V, conforme a ausência ou a presença de alterações sugestivas de malignidade e da presença do câncer. Em 1950, o termo displasia foi introduzido para diferenciar lesões menos extensas e carcinoma *in situ* e foram categorizadas em displasias leve, moderada e severa. Os estudos epidemiológicos trouxeram o termo Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) após evidenciar a correlação direta da progressão da lesão e o grau histológico e estas são classificadas em NIC I, NIC II, NIC III e carcinoma *in situ*, conforme o grau e a extensão das alterações do epitélio cervical. A mais nova proposta de categorização da citologia cervical, que objetiva uniformizar a terminologia utilizada, é o sistema de Bethesda, que introduz os termos lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) e incluem as lesões NIC II, NIC III e o carcinoma *in situ* e a lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) que considera o NIC I. O Sistema Bethesda é também usado para achados histopatológicos e para nomear as células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). As lesões precursoras de origem glandular são nomeadas no sistema Bethesda em 6 categorias: I - Citologia benigna; II - Atipia de células glandulares de significado indeterminado (AGUS); III - Adenocarcinoma endocervical; IV - Adenocarcinoma endometrial; V – Adenocarcinoma Extrauterino; VI - Adenocarcinoma não especificado (RABACHINI; SICHERO, 2010).

O estudo realizado mediante levantamento bibliográfico sobre a evolução

histórica de classificação das lesões precursoras do câncer de colo do útero, para melhor entendimento do processo de transformação celular durante a evolução da lesão cancerosa e melhor conduta terapêutica, destaca a importância dos profissionais brasileiros aceitarem e divulgarem a nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas, a qual foi elaborada após questionamento da Sociedade Brasileira de Genitoscopia, por considerar que a nomenclatura de Bethesda não apresentou uma linguagem universal, e não atende as diferentes realidades entre os países, adequando a informação ao examinador e ao cliente, a fim de melhor subsidiar as condutas terapêuticas ao panorama epidemiológico brasileiro e organizar a rede de serviço de saúde nos três níveis de atenção (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

A nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais implantadas em 2006 faz as seguintes alterações às da Bethesda, para esclarecer melhor as alterações morfológicas e conduzir o tratamento:

- Acréscimo da expressão “no material examinado”, ao diagnóstico descritivo, para esclarecer o aspecto do momento do exame.

- Manutenção da categoria, alterações celulares benignas, com introdução da palavra “imatura” em metaplasia escamosa, procurando caracterizar a alteração, não sendo necessário informar no laudo a metaplasia madura, exceto para caracterizar o epitélio e o local da colheita.

- Criação de uma categoria separada para todas as atípias de significado indeterminados e mais a “de origem indefinida”, quando não se pode estabelecer claramente a origem da célula atípica. Excluiu-se a expressão “provavelmente reativa”, sendo substituída, pela “possivelmente não neoplásica” e introdução da expressão “não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau”, para enfatizar a

presença da lesão de natureza neoplásica, diminuindo um diagnóstico duvidoso.

- Exclusão dos acrônimos, ASCUS e AGUS, registrando o diagnóstico por extenso.

- Introdução da terminologia lesão intraepitelial, substituindo o termo neoplasia, estabelecendo os níveis de baixo e alto grau, para distinguir as lesões com potencial morfológico de progressão para neoplasia das relacionadas com o efeito citopático viral, com potencial regressivo ou de persistência. Incluindo a possibilidade de diagnóstico de suspeição de microinvasão.

- Categoria adenocarcinoma *in situ*, acompanha a nomenclatura internacional. A expressão “sem outras especificações” refere-se ao adenocarcinoma de útero. As neoplasias de origem glandular extrauterina foram alocadas no quadro das outras neoplasias malignas. As células endometriais serão citadas se possuírem significado patológico.

- A expressão “bacilos supracitoplasmáticos” para definir o agente microbiano de difícil distinção para o exame corado e fixado pela técnica citológica, mas que responde bem ao tratamento padrão. A classificação histológica da lesão do tecido cervical estabelece condutas direcionadas para o manejo destas lesões, com estratégias de rastreamento para o diagnóstico precoce de alterações que possam evoluir para o câncer do colo do útero (INCA, 2006a).

3.7 Métodos para rastrear o câncer cervical

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero no Brasil focaliza suas ações para a detecção de lesões precursoras de neoplasia maligna do colo do útero em mulheres assintomáticas pelo exame de Papanicolau, que é um

método citológico de identificação de alteração celular pela técnica da coleta manual da junção escamo-colunar do colo do útero.

O método de Papanicolau responde satisfatoriamente ao rastreamento do câncer cervical e também a detecção de agentes infecciosos da flora vaginal, como se evidenciou em um estudo realizado em Tomé-Açu, no Pará, em 2004, que teve por objetivo identificar a prevalência de *Gardnerella vaginalis* e/ou *Mobiluncus sp* e apresentou boa sensibilidade para o diagnóstico destes agentes no estudo (OLIVEIRA et al., 2007).

A mulher com lesão intraepitelial cervical é submetida ao exame de colposcopia para possível biópsia do tecido lesado. Nas lesões neoplásicas é importante definir o grau da diferenciação celular, a extensão do tumor e as margens cirúrgicas, estes achados são possíveis com a realização da colposcopia. O tratamento deve ser indicado após avaliação do caso e varia desde o acompanhamento até as intervenções como: crioterapia, biópsia com laser, histerectomia e até radioterapia.

O teste de Papanicolaou foi o primeiro método utilizado para identificar lesões cervicais com potencial para o câncer do colo do útero, mas, devido às suas limitações, às altas taxas de resultados falso-negativos e ao baixo desempenho dos programas de rastreamento na redução da incidência do carcinoma do colo uterino, outros métodos de diagnóstico de lesões precursoras do câncer cervical estão sendo propostas para complementar ou substituir o exame de Papanicolaou. O novo método proposto é a citologia em meio líquido, que mantém o material coletado em meio líquido e depois, através de um sistema automatizado é transferido para lâmina de vidro, com um melhor aproveitamento do material coletado (RABACHINI; SICHERO, 2010).

O rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil é recomendado prioritariamente para mulheres de 25 a 60 anos e estabelece a realização do exame de Papanicolaou numa periodicidade de três anos, após dois exames anuais consecutivamente com resultados normais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece uma cobertura de rastreamento de 80% ou mais da população-alvo para se diminuir a mortalidade por câncer cervical. Esta recomendação baseia-se no sucesso do programa de rastreamento da Europa e Estados Unidos.

Apesar da recomendação da OMS, profissionais e usuárias no Brasil consideram a periodicidade anual do exame preventivo mais eficaz e seguro (INCA, 2010). Já em 2011, o Instituto Nacional do Câncer, baseado em resultado de estudos e em experiência de países desenvolvidos, que diminuiram seus índices de morbidade e mortalidade por câncer de colo uterino, com o aumento da cobertura e periodicidade de 3 a 5 anos do exame citopatológico a um grupo alvo de mulheres, apoiado em sistema de cadastro universal de base populacional, que favorece as estratégias de recrutamento. Propõe que no Brasil seja estabelecido um rastreamento organizado, avaliando-se cuidadosamente a relação custo-benefício, aliado ao aumento da cobertura do exame citológico e à periodicidade do mesmo, apoiado em um sistema longitudinal em saúde, para que se tenha um registro sobre o atendimento que o indivíduo receberá ao longo do tempo, podendo-se com isso implantar técnicas mais sensíveis ao rastreio de lesões precursoras do câncer de colo do útero, como a detecção de DNA-HPV, que não seria viável em um sistema de rastreamento oportunista. A implantação deste sistema, apoiado em um registro contínuo, melhora encaminhamento de mulheres a exames que necessitem de técnica mais especializada, como é a colposcopia.

As diretrizes de 2011 mantém a periodicidade de 3 anos, após dois exames

anuais negativos e estende a idade do grupo alvo para as mulheres com atividade sexual de 25 a 64 anos, interrompendo após esta idade depois de dois exames negativos nos últimos 5 anos. O exame citopatológico é o método de escolha para o rastreamento das lesões precursoras do tumor de colo do útero, que é um tipo de câncer que apresenta uma fase pré-clínica caracterizada por alterações citológicas em diferentes graus de diferenciação.

3.8 Evolução da lesão neoplásica do colo do útero

O câncer do colo do útero em sua evolução natural apresenta uma fase pré-invasiva e outra invasiva dependendo do comportamento de progressão da displasia.

Na fase pré-invasiva, as células displásicas se limitam à superfície do epitélio, sem invadir os tecidos subjacentes e apresentam um padrão de divisão e diferenciação celular altamente desorganizado, mas não ultrapassam a lâmina basal do epitélio. Segundo algumas investigações, as neoplasias intraepiteliais de grau leve (NIC I) possuem baixo potencial de progressão e podem regredir em até 62 a 70% dos casos e as neoplasias intraepiteliais grau moderado e grave (NIC II, NIC III) regredem em 45 a 55% em um período de 11 e 43 meses. Nesta fase, a cura pode ser alcançada se o diagnóstico for precoce e o tratamento adequado. Sem tratamento adequado, a lesão displásica poderá retroceder ou estagnar. Cerca de 20 a 30% destas lesões evoluem para o carcinoma cervical invasor, que apresenta um comportamento invasivo, atingindo além do epitélio o tecido conectivo, tornando a cura mais difícil.

Na fase invasiva, a lesão neoplásica, além do epitélio uterino, atinge órgãos,

estruturas próximas e distantes como: vagina, paramétrios, linfonodos pélvicos, bexiga, reto, pulmão, ossos e linfonodos, podendo esta evolução ocorrer por um período de 10 anos (INCA, 2008c).

3.9 Epidemiologia do câncer cervical

Em 2009, o Instituto Nacional do Câncer estimou para o ano de 2010 a ocorrência de 18.430 casos de neoplasia de colo do útero no território nacional e com grande variabilidade entre as regiões do país. Na região norte, a incidência estimada foi de 24,3% de todos os casos de câncer feminino, sendo o mais frequente entre as mulheres, enquanto que na região sudeste, o câncer de colo do útero é o 3º tumor mais frequente, com 7,8% de todos os casos novos entre as mulheres. Para as capitais dos estados da região norte, a estimativa da incidência foi de 39,6 casos para 100 mil mulheres, ficando maior que o dobro da média nacional.

As taxas de mortalidade por esta neoplasia também apresentam variação entre as regiões do Brasil, ficando a região norte com maior risco de morte em razão da alta incidência deste agravo quando comparada com as outras regiões. No ano de 2007, registraram-se 458 óbitos por câncer de colo do útero nesta região, com uma taxa bruta de 6,4/100 mil mulheres enquanto o padronizado pela população mundial, de 8,6 óbitos por 100 mil. O número de registro de óbitos neste ano no território nacional foi de 4.691 casos segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Apesar de os óbitos da região norte representarem 10% dos casos de morte por câncer de colo do útero no país, o risco de morrer por este tumor na região norte é 32% maior que a média nacional, ficando como a primeira causa

de óbito por neoplasia maligna nesta região. Nas regiões sul e sudeste, o câncer de colo do útero entre os óbitos por câncer nas mulheres ficou no sexto e quinto lugar respectivamente (INCA, 2010).

As estimativas mundiais no ano de 2008 foram de 529 mil casos novos de câncer de colo do útero. Sendo este o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, configurando uma incidência duas vezes maior nos países subdesenvolvidos quando comparados com países desenvolvidos. Este agravo foi responsável pelo óbito de 275 mil mulheres neste ano, dos quais 85% ocorreram em países subdesenvolvidos. Na Índia, que é o país mais populoso do mundo, ocorreram 25% dos óbitos por este tipo de câncer.

No Brasil, os dados fornecidos pelas 19 bases de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e por 260 Registros Hospitalar de Câncer (RHC) forneceram os dados para estimativa de 17.540 casos novos de câncer uterino para o ano de 2012, válidos também para o ano 2013. Desconsiderando o câncer de pele não melanoma, o câncer de colo do útero é o primeiro mais incidente na região norte, sendo o segundo mais incidente na região centro-oeste e nordeste, o terceiro na região sudeste e o quarto mais incidente na região sul. No estado do Pará, espera-se a ocorrência de 810 novos casos, dos quais 250 destes ocorrerão na capital Belém. O estado do Pará é a federação da região norte com maior incidência do câncer uterino, o que justifica a necessidade de avaliação dos programas de rastreamento no controle do câncer de colo do útero para implantação de novas estratégias no combate deste câncer entre as mulheres da região (INCA, 2011c).

3.10 Ações para o controle e tratamento das neoplasias intraepiteliais

As Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer do Colo do útero em 2011 destacam que o controle deste agravo no Brasil teve início no ano de 1940, com a vinda das técnicas de citologia e colposcopia trazidas ao País.

As primeiras iniciativas do governo dirigidas ao controle do tumor cervical datam de 1956, quando o então presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção do Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais no Rio de Janeiro, atualmente integrado ao Instituto Nacional do Câncer. O centro de pesquisa destinava-se ao atendimento de mulheres com câncer de mama e do aparelho genital feminino.

Em 1968, foi desenvolvido em Campinas, por iniciativa de José Aristodemo Pinotti, um programa de controle ao câncer de colo do útero apoiado pela Universidade de Campinas. A partir de 1970, João Sampaio Góes pluralizou tal iniciativa a outras cidades de São Paulo, tendo como base o Centro de Pesquisa em Oncologia, hoje conhecido como ONCOCENTRO. Esta iniciativa posteriormente foi desenvolvida para outras regiões do país, com menor dimensão.

O problema do câncer do colo do útero só foi entendido como questão nacional nos anos de 1972 a 1975, quando o Ministério da Saúde desenvolveu e implementou o programa nacional de controle do câncer em geral, com destaque ao rastreamento do câncer cervical.

Com o programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, implantado em 1984, as unidades Básicas de Saúde introduziram em suas rotinas a coleta de

material para exame citopatológico como atividade de controle à saúde da mulher.

Em 1986 o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), elaborou um programa de expansão da Prevenção e controle do câncer cervical, expandindo a rede de coleta de material cervical, a capacidade de instalação dos laboratórios e a articulação das unidades de saúde em seus três níveis de atenção à Saúde da Mulher.

O PRO-ONCO, também realizou a reunião nacional de 1988 para estabelecer o consenso sobre a periodicidade e a faixa etária das mulheres para o exame de prevenção do câncer uterino. Estas medidas não diminuíram as altas taxas de mortalidade de câncer do colo do útero, o que obrigou o Ministério da Saúde, em 1990, através do INCA, seu órgão responsável pela política nacional do controle do câncer, a formular estratégias específicas para o controle do câncer cervical e, para isso, foi apresentado um projeto piloto chamado “Viva Mulher”, que se destinava à padronização de protocolos de coleta de material para citologia cervical, seguimento e condutas de mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos com alterações citológicas. As cirurgias de alta frequência para tratamento das lesões pré-clínica, também faziam parte da proposta do piloto. O projeto foi implantado inicialmente nas capitais Recife, Curitiba, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Belém e Sergipe. Expandiram-se as outras regiões do país pelo Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero. Em sua primeira fase, foram adotadas estratégias para estruturação da rede de atendimento do sistema de informação para acompanhamento das ações e mecanismos de mobilização e captação de mulheres, bem como a definição das competências dos três níveis de governo.

A criação do Sistema Único de Saúde pela constituição de 1988 concede ao Ministério da Saúde a responsabilidade de coordenar a política de saúde no Brasil, tendo o INCA como responsável pela formulação da política nacional do câncer e

incorporação do PRO-ONCO.

Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu o programa nacional de combate ao câncer de colo do útero sob Portaria GM/MS Nº 3.040/98 de 21 de junho de 1998, com coordenação do INCA por portaria GM/MS Nº 788/99, de 23 de junho de 1999. Neste ano, instituiu-se também o Sistema de Informação do Programa que se chama de Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como mais uma estratégia de monitoramento e gerenciamento das ações de combate ao câncer uterino, sob Portaria nº 408 de 30 de agosto de 1999.

A rede de controle do câncer de útero se fortalece em 2002, com a qualificação das unidades de atenção primária, ampliação dos centros de referência, que em uma segunda fase de intensificação priorizou o atendimento de mulheres que nunca haviam realizado o exame citológico e outras que haviam se submetido ao procedimento há mais de três anos.

Em 2005, os exames do câncer do útero e de mama foram incluídos nos planos estaduais e municipais de Saúde, pela Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) em Portaria GM Nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005, os quais foram pactuados nas metas dos Estados e Municípios. Foi também incluída a importância da detecção precoce das neoplasias, reafirmada novamente em 2006, por meio da inclusão de indicadores que avaliam desempenho dos serviços, cumprindo a agenda sanitária nacional.

Todos os esforços implementados pelo Ministério da Saúde, com a política nacional de combate ao câncer de colo do útero, são para reduzir a mortalidade de mulheres, que no Brasil ainda é um desafio a ser vencido (INCA, 2011a).

Para acompanhar a evolução dos indicadores de desempenho dos serviços de rastreamento do câncer de colo do útero, foi proposta uma nova tecnologia de

registro na consolidação das informações sobre o comportamento deste câncer em um único sistema de informação.

3.11 Sistema de Avaliação e Controle do Câncer do Colo Uterino

Para avaliar a estratégia de rastreamento do câncer do colo do útero, instituiu-se desde 1999 o SISCOLO, sistema de informação desenvolvido pelo INCA em parceria com o DATASUS para acompanhar os indicadores do programa como: cobertura da população alvo, prevalência das lesões precursoras, dados sobre qualidade do material coletado e percentual das mulheres em tratamento e para consolidar todas as informações do território nacional através das coordenadorias estaduais e municipais.

Os resultados sobre o rastreamento do câncer de colo do útero, que estão registrados no SISCOLO mostram maior incidência de lesão de alto grau e menor diagnóstico de lesões invasoras (carcinoma invasor), estabilidade na taxa de amostras insatisfatórias, sendo a região norte com taxa acima da média nacional, mas com queda de 3,4% para 1,5% no período de 2002 a 2008. A região ainda apresentou neste período 70% dos seus estados com realização de menos de 5 mil exames por ano. A Organização Mundial de Saúde estabelece uma taxa de até 5% de amostras insatisfatórias e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estima uma cobertura laboratorial de excelência, a realização de 15 mil exames por ano. Os países que implantaram o programa de rastreamento organizado de base populacional têm na quantidade de exames citopatológico realizados um parâmetro importante no rastreamento do câncer uterino (INCA, 2010).

A prevenção do câncer do colo do útero sustenta-se em medidas de controle

que vão desde o incentivo da mulher à realização do exame preventivo até a adoção de novas tecnologias para detecção de alterações citológicas e dos agentes destas lesões.

3.12 Medidas de controle e prevenção das lesões cervicais

As novas tecnologias apresentadas para o controle e prevenção do câncer de colo do útero vão desde os testes de detecção do HPV, inspeção do colo do útero com o uso do ácido acético e lugol, até a disponibilidade de vacinas aprovadas pela Agência Nacional de Controle de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo uma quadrivalente contra o HPV 6, 11,16 e 18, indicada para mulheres com idade de 9 a 26 anos e a vacina bivalente contra o HPV 16 e18 para as idades de 10 a 19 anos (INCA, 2009).

A vacina contra o HPV pode ser profilática ou terapêutica, sendo um importante instrumento de prevenção primária por induzir a produção de anticorpos contra os tipos específicos de vírus HPV que encontram-se na vacina e também induz a regressão de lesões precursoras com conseguinte inibição do tumor no colo do útero. A vacina quadrivalente está licenciada pelo órgão americano Food and Drug Administration (FDA), responsável pela regulamentação de alimentos e drogas e pela Agência Europeia para Avaliação de Produtos Medicinais (EMA) desde o ano de 2006. No Brasil, a vacina ainda não está disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e estudos de prevalência dos tipos virais ainda estão em andamento (BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

Para o INCA, as atividades de Enfermagem no rastreamento das lesões pré-clínica e no tratamento do tumor maligno baseiam-se na assistência integral e

individual da mulher como: divulgação de informações sobre a doença e sua prevenção, captação do grupo alvo para o exame papanicolaou, seguimento dos casos diagnosticados, acompanhamento do tratamento cirúrgico e radioterápico ou o tratamento combinado e intervenção de enfermagem nas possíveis complicações do tratamento e da doença, sempre conduzindo a mulher para o autocuidado e a prática de hábitos saudáveis (INCA, 2008c).

As medidas de prevenção e controle das mulheres com alterações intraepiteliais são mais eficientes com a participação dos profissionais de saúde capacitados e envolvidos em atividades que respondam suas necessidades e as estimulem as práticas de vida saudáveis.

3.13 O Papel do Enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino

O Enfermeiro, junto com os demais profissionais, atua no planejamento, execução e avaliação da programação das ações de saúde em seus diferentes níveis de cuidados. Desenvolve investigações para entender sobre a participação da mulher no contexto da prevenção do câncer do colo do útero. Estudo desenvolvido em um município no Sul do Brasil em 2010 sugere a Integralidade como prática efetiva para o cuidado das mulheres que procuram o serviço de saúde, articulando as atividades assistenciais às ações preventivas, visto que a procura do serviço de saúde se dá primeiramente para atender algum problema de saúde, mas que o profissional, ao receber esta usuária, atenda-a sob a lógica da integralidade com respeito à sua individualidade, trabalhando a prevenção do câncer de colo do útero, que se dá através de práticas educativas, adesão à realização do exame citopatológico de papanicolau e consciência de seu papel sobre sua saúde e seu

bem-estar (SOARES, et al, 2010).

Feliciano, Christen e Velho, em 2010, ao estudar sobre o perfil das mulheres que realizam o exame colpocitológico no Sistema Único de Saúde no município de Rio do Sul-SC, como os mecanismos de sua adesão, identificaram no grupo em estudo um entendimento de que a prevenção do câncer de colo de útero se dá pela realização periódica do exame colpocitológico e que as dificuldades para a realização do exame variam conforme o grupo etário, que vai desde a conciliação dos horários de trabalho com o funcionamento dos serviços de saúde para as mulheres mais jovens até as dificuldades físicas impostas pela idade entre as mulheres de faixa etária mais avançada.

A identificação de fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino deve ser preocupação da equipe de saúde, no qual se inclui o Enfermeiro, que com estes conhecimentos poderá promover um ambiente acolhedor e uma assistência individualizada e esclarecedora sobre o exame de papanicolaou, com especial atenção aos achados microbiológicos, estabelecendo um vínculo de confiança que garanta o retorno da mulher para realização periódica do exame preventivo e com isso diminuindo os casos de morbidade e mortalidade de neoplasia no colo do útero.

Hoje, sabe-se que, para as lesões intraepiteliais de alto grau e o câncer do colo do útero, nem sempre a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é causa suficiente, uma vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão destas alterações, se faz necessária, além da persistência do vírus, a associação de outros fatores significativos, tais como: O estilo de vida e a coinfeção de outros agentes infecciosos como o HIV e a *Chlamydia*. Estes fatores são importantes tanto na iniciação do processo como na promoção da proliferação do tecido modificado

(INCA, 2009).

O papel do Enfermeiro no programa de controle do câncer de colo do útero tem por meta o desenvolvimento de atividades de prevenção e controle no diagnóstico precoce, na captação do maior número de mulheres para a realização do exame Papanicolaou: controle dos processos infecciosos; organização dos registros; condutas adequadas frente aos resultados colpocitológicos alterados; garantia de tratamento adequado e seguimento das mulheres com resultados de exames alterados (INCA, 2008b).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo e abordagem

O Estudo é do tipo descritivo-retrospectivo com abordagem quantitativa. O trabalho descritivo-retrospectivo é aquele que observa, registra e descreve as características de um determinado fenômeno ocorrido no passado de uma população sem analisar o mérito do seu conteúdo (FONTELLES, 2010).

4.2 Local

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção à Saúde da Mulher (Casa da Mulher) do Município de Belém no Estado do Pará, na sala em que se realizam as coletas de material para o exame citológico de Papanicolaou, onde são realizados diariamente 20 atendimentos de coleta para exame citopatológico.

O Centro é uma unidade de Referência da Atenção Secundária, do Sistema Único de Saúde para atendimento de Prevenção Secundária e Promoção à Saúde da Mulher, fundada no ano de 2002, pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belém com apoio do Instituto Nacional do Câncer (INCA). A Casa da Mulher possui uma equipe multiprofissional, para atendimento assistencial e logístico, composta de Médicos Ginecologistas, Patologistas, Obstetras, Mastologistas, Enfermeiros, Psicólogos, Assistente Social, Nutricionistas, Administrador, técnicos de Enfermagem e grupo de apoio de nível médio. O Centro recebe mulheres para atendimento especializado na Prevenção Secundária do câncer do Colo do Útero, do câncer de Mama e no Pré-Natal de Alto Risco, com

alterações que não podem ser tratadas nas Unidades Básicas de Saúde.

A Casa da Mulher acolhe as usuárias do Sistema, por demanda espontânea, com ficha de Referência e Contra referência, e atende as solicitações de coleta itinerante para exame citológico quando solicitados por entidades de mulheres.

O Centro realiza o exame de citologia cervical em mulheres com ou sem alterações cervicais e oferece atendimento em colposcopia para confirmação de lesão cervical, tratamento com cirurgia da alta frequência (CAF) e biópsia para confirmação de câncer de colo do útero. Ainda realiza serviço de diagnóstico por imagem, diagnóstico laboratorial, acompanhamento pré-natal de alto risco, atenção à saúde reprodutiva com implantação do Dispositivo intrauterino (DIU) e cirurgia ambulatorial com anestesia local. Atividades Educativas, como palestras, também são oferecidas pelos Profissionais de Saúde as usuárias do Serviço.

A mulher que procura o Centro de Atenção à Saúde da Mulher é acolhida por um Profissional de Saúde (Enfermeiro, Assistente Social ou Psicólogo) para triagem e encaminhamento aos setores de acordo com o caso e onde serão efetivamente atendidas, por meio de abertura de prontuário ou ficha provisória (SESMA, 2001).

4.3 População

Constituiu-se a população para o estudo um grupo de 1.848 mulheres submetidas ao exame citológico de Papanicolaou, no período de 2005 a 2010 e que tiveram como resultado alteração intraepitelial cervical com ou sem microflora vaginal presente, segundo a classificação da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais, cujos laudos do exame citológico foram registrados nos livros de registros, na sala de coleta para exame citológico da Casa da Mulher.

4.4 Fonte de informação/período

Os dados foram obtidos a partir de consulta dos livros de registros da sala de coleta para exame citológico, nos quais são registrados todos os resultados dos laudos laboratoriais das mulheres submetidas ao exame de Papanicolaou. As informações nos livros de registros obedecem a orientações da Coordenação da Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Belém e contém informes sobre: nome, endereço, número de telefone, idade, número de exame, resultado citológico e microflora vaginal.

Os resultados dos exames citológicos de Papanicolau são entregues pelo laboratório na sala de preventivo, onde o funcionário do setor realiza em livro o registro do laudo laboratorial, antes que este seja entregue à mulher submetida ao exame.

O período de levantamento das informações para a pesquisa foi de 12 de dezembro de 2005 a 13 de dezembro de 2010.

4.5 Instrumento de coleta de dados

O formulário é um instrumento de coleta de dados resultantes de observações do pesquisador, em que este registra as informações coletadas (CERVO, BERVIAN, SILVA, 2007). O instrumento para coleta dos dados foi constituído de perguntas fechadas sobre informações dos resultados do exame citológico das pacientes da Casa de Atenção à Saúde da Mulher que realizaram o exame no período do Estudo e que constavam no livro de registro da sala de coleta, para citologia oncológica. Os dados coletados foram sobre: idade, data da realização

do exame, situação da realização do exame preventivo, diagnóstico, presença de coinfeção e agente etiológico presente na cérvix uterina.

A coleta dos dados foi realizada pelo próprio investigador, o qual preencheu o formulário a partir dos registros contidos no livro com o diagnóstico de alteração citológica cervical, no período de maio a julho de 2013.

4.6 Tipo de análise

Os dados obtidos foram tabulados em planilha do EXCEL versão 2007. Posteriormente aplicados os métodos estatísticos descritivos, com suporte computacional do software Bio Estat 5, Epi info 3.3.2.

As variáveis únicas como: idade, alteração citológica, coinfeção, agente etiológico e a situação de exame anterior realizado pela mulher foram organizadas sistematicamente e apresentadas em: tabelas, gráfico e medidas estatísticas de posição. Essa apresentação teve como principal objetivo descrever e reduzir os dados para que se tenha uma caracterização e uma melhor visualização dos mesmos.

Para descrever a relação das variáveis coinfeção e alteração citológica, coinfeção e agente microbiológico, coinfeção e flora vaginal utilizou-se a tabela de contingência, que faz uma distribuição de frequência bidimensional, em que as duas variáveis são tabuladas em múltiplas entradas (POLIT, 2004).

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa baseou-se na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de

Saúde / Ministério da Saúde, a qual descreve os procedimentos éticos que devem ser adotados em pesquisa com seres humanos.

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), com aprovação do Hospital Universitário João de Barros Barreto em 18.09.2012 sob o protocolo de número 100.829. Após a aprovação do Comitê de Ética, o Projeto de Pesquisa obteve a Autorização da Comissão para Análise de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, para a coleta dos dados no Centro de Atenção a Saúde da Mulher do Município de Belém.

A coleta dos dados foi realizada com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido de Mulheres usuárias do Centro de Atenção à Saúde da Mulher, atendidas no Controle Citológico. Foi realizada apresentação do objetivo do Estudo e solicitado o consentimento das mesmas para a realização da coleta dos dados contidos nos livros de registros do serviço.

A pesquisa apresenta como benefício subsídios para um melhor planejamento e direcionamento no cuidado de mulheres atendidas no programa de rastreamento do câncer do colo do útero, com atenção especial às mulheres com síndrome do corrimento vaginal.

No Estudo proposto se evidenciou risco mínimo, pois a participante não foi submetida a nenhum procedimento evasivo que lhe acarretasse qualquer desconforto ou risco à sua vida, assim como foi mantido o anonimato da mesma.

A instituição participante da pesquisa não apresentou despesas e nem custos com materiais e recursos humanos envolvidos para a realização do estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No estudo foram identificadas 1.848 mulheres usuárias do Centro de Atenção à Saúde da Mulher (Casa da Mulher), que apresentaram alteração cervical, identificada pelo método do exame citológico do esfregaço cervical de Papanicolaou, do programa de controle do câncer cérvico uterino, por meio do rastreamento citológico, usado como estratégia na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo do útero. A seguir apresentamos o perfil das mulheres submetidas ao exame citopatológico do colo do útero, sobre os aspectos: Grupo etário, Situação anterior do exame citológico cervical, os diagnósticos de alteração citológica, o status de coinfeção e o padrão da microbiota cérvico-vaginal do grupo em estudo.

TABELA 1 – Frequência das usuárias com alteração cervical segundo a faixa etária. Centro de Atenção à Saúde da Mulher, no período de 2005 a 2010, Belém- Pará. 2013.

FAIXA ETÁRIA	<i>f</i>	%
10 a 20	78	4,2
21 a 30	327	17,7
31 a 40	473	25,6
41 a 50	465	25,2
51 a 60	291	15,7
61 a 70	136	7,4
Acima de 70	65	3,5
Sem Informação	13	0,7
TOTAL	1848	100,00

Fonte: Livro de registro do PCCU da Casa da Mulher

Na Tabela 1, tem-se a distribuição do grupo em estudo com as seguintes faixas etárias: o grupo de mulheres com idades entre 10 a 20 anos e o grupo na faixa etária acima dos 70 anos foram os que apresentaram as menores frequências de alterações citológicas do colo do útero, enquanto que as mulheres com idades, entre 21 a 60 anos apresentaram as maiores frequências destas alterações. Com

resultados expressivos na faixa etária de 31 a 50.

No Brasil, desde 1988 se estabeleceu como grupo alvo para o exame colpocitopatológico mulheres com idade de 25 a 60 anos para o rastreamento do câncer de colo do útero. A razão desta indicação é a história natural do tumor uterino, que permite a detecção precoce de lesões pré-neoplásicas e seu tratamento oportuno, em razão da lenta progressão da lesão para um estágio mais grave (INCA, 2006b).

Neste estudo observamos que o diagnóstico de alterações citológicas no colo do útero foi presente em todas as faixas etárias. Porém, apresentou seu ápice no grupo de mulheres adultas com idade de 21 a 60 anos, no qual a idade média do grupo foi de 41 anos. Estas mulheres são a população alvo do rastreio, recomendado pelas *Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer do Colo do Útero*, por apresentar a faixa etária com maior risco para o desenvolvimento de tumor uterino.

TABELA 2 - Distribuição sobre a situação da usuária quanto à realização do exame citológico cervical, no Centro de Atenção à Saúde da Mulher, no período de 2005 a 2010, Belém-Pará. 2013

Situação do PCCU	f	%
Exame de controle	1483	80,3
Primeiro exame	191	10,3
Sem informação	174	9,4
Total	1848	100,00

Fonte: Livro de registro do PCCU da Casa da Mulher.

A Tabela 2 apresenta a situação das usuárias submetidas ao exame citopatológico de Papanicolaou, entre as quais foram mais presentes mulheres em situação de exame controle (80,3%), Seguidas de 10,3% que estavam realizando pela primeira vez o exame citológico e 9,4% de ausência de informação.

No Centro de Atenção à Saúde da Mulher, os registros da sala de exame

citopatológico são de responsabilidade da equipe de Enfermagem, onde o servidor que realiza a coleta do exame é o mesmo que registra a informação, sendo então observado na tabela acima que quase 10% da informação de situação anterior deste exame, parâmetro importante na avaliação do programa de rastreamento do colo do útero, fica prejudicada. A ausência de registros pode revelar um ponto negativo dos serviços de saúde quanto às informações sobre a situação de saúde de uma população, importante para a avaliação dos Programas de Saúde.

O exame citopatológico cérvico-vaginal faz parte das ações de rastreamento populacional e oportunístico para a detecção precoce e tratamento de lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas em estágio inicial e fase assintomática (INCA, 2006).

A oferta do exame de Papanicolaou, mesmo que em uma unidade de referência secundária do Sistema Único de Saúde, como é o caso da Casa da Mulher, no município de Belém, oportuniza-se a realização do teste, que identifica usuárias (primeiro exame) com lesão cervical ainda em fase pré-clínica detectável. Atendendo a um dos princípios da estratégia do rastreamento do câncer do colo do útero, que é a disponibilidade do serviço para diagnóstico e tratamento acessível na fase pré-clínica.

O Centro de Atenção a Saúde da Mulher, no município de Belém é uma unidade de Referência Secundária que compõe o Sistema Único de Saúde para atendimentos das mulheres com alterações que não podem ser tratadas em suas unidades locais. Por esta razão identificamos uma maior ocorrência das usuárias em situação de exame controle, visto que provavelmente exames anteriores teriam sido realizados em suas unidades locais.

TABELA 3 - Frequência dos resultados com alteração citológica, segundo o tipo de lesão cervical. Centro de Atenção a Saúde da Mulher, no período de 2005 a 2010, Belém-Pará, 2013.

ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS	<i>f</i>	%
Lesão intraepitelial de baixo grau	933	50,5
Atipias de células escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica	808	43,7
Lesão intraepitelial de Alto grau	54	3,0
Outras alterações	35	1,9
Atipias de células glandulares de significado indeterminado	6	0,3
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão	5	0,2
Carcinoma epidermóide invasor	5	0,2
Adenocarcinoma invasor	1	0,1
Outras Neoplasias malignas	1	0,1
TOTAL	1848	100

Fonte: Livro de registro do PCCU da Casa da Mulher

Na Tabela 3 são apresentados os resultados com alterações citológicas de células escamosas e células glandulares, que caracterizam os tipos de lesão cervical. Segundo o consenso da Nomenclatura Brasileira para Laudo Cervical, foram observados 94,5% de lesão de baixo risco para o câncer do colo do útero (lesão intraepitelial de baixo grau, atipias de células escamosas, atipias de células glandulares), 5,1% de lesão de alto risco (lesão intraepitelial de alto grau, outras alterações, não podendo excluir microinvasão), 0,3% tumor cervical (carcinoma epidermóide, adenocarcinoma) e 0,1% de outras neoplasias.

A Nomenclatura Brasileira para Laudo Cervical inovou a classificação citológica do esfregaço cérvico-vaginal estabelecida pelo sistema de Bethesda (2001), criando expressões novas e subdivisões para as atipias de significado indeterminado, para dar ênfase nos achados de alterações citológicas evitando o diagnóstico dúbio (INCA, 2006a).

Os resultados acima apresentam alterações citológicas em estágio inicial em fases mais avançadas de modificação celular para o tumor cervical, o tumor cervical e outras neoplasias malignas. As lesões em células escamosas do epitélio cervical

foram as mais frequentes de todos os resultados alterados quando comparadas às alterações em células do epitélio glandular. Tal resultado se evidencia em outros estudos que pesquisam a dinâmica das alterações citológicas da cérvix uterina.

Os diagnósticos de alteração citológica do tipo, lesão intraepitelial escamosa de baixo grau e as atipias de células escamosas, possivelmente não neoplásicas foram as lesões do tecido cervical mais presentes neste estudo. Resultado semelhante foi observado no estudo realizado em Porto Alegre em 2006. No estudo de Porto Alegre, as lesões intraepiteliais escamosas do tipo atipias de significado indeterminado (ASC-US) e lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL/HPV) foram as alterações mais frequentes. Já no aspecto microbiológico, os lactobacilos foram os agentes da flora vaginal mais presentes em resultados com alteração citológica (BUFFON; SILVA; MATOS, 2006).

No município de Franca no Estado de São Paulo, em 2010, foi realizado estudo que teve por objetivo descrever os resultados citológicos de 16 municípios subordinados ao DRS VIII, nos anos de 2007 e 2008. Também foi identificada uma maior incidência de alterações cervicais em células epiteliais escamosas do que em células glandulares, onde as lesões mais frequentes foram as atipias de células de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas, seguido de lesão intraepitelial de baixo grau (SOARES; SILVA, 2010).

No Estado do Pará em 2010, segundo dados estatísticos do SISCOLO as alterações citológicas mais presentes nos exames citopatológicos foram as lesões intraepiteliais de baixo grau (2.093) e as atipias de células escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (1.715). Mantendo a mesma tendência de outros estados nos achados citopatológicos de Papanicolaou.

Os resultados demonstram que o exame citopatológico usado como

ferramenta na busca de mulheres em situação de risco para o câncer cervical atende a sua finalidade, ou seja, a detecção de alterações iniciais, e que podem evoluir para um comportamento invasivo, característico de lesões em alto grau de diferenciação celular precursora do tumor no colo do útero.

Os resultados de lesões simultâneas em células escamosas e glandulares, ou até no mesmo tipo de célula (escamosa), mas em diferentes graus de diferenciação (lesão intraepitelial de alto grau e atipias de células escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas), e que são apresentados na tabela 3, a qual denominamos de Outras Alterações, são importantes achados na observação microscópica de alteração celular, que pretendem orientar as condutas e tratamentos das lesões na prevenção do câncer cervical. As atipias celulares com comportamento para lesões mais graves, mesmo que em menor frequência, têm importância na vigilância de lesões com comportamento de risco para microinvasão. Quanto a outras neoplasias malignas, estas também estavam presentes nos resultados citológicos da investigação.

A preocupação dos estudiosos da área sempre foi descrever as modificações celulares observadas na gênese do tumor cervical. O consenso brasileiro, ao estabelecer uma nomenclatura para laudo cervical mais explicativo sobre os achados citológicos, com estabelecimento de expressões mais claras sobre as alterações de células do epitélio cervical e substituição dos acrônimos ASCUS (Atipia de células escamosas de significado indeterminado) e ASGUS (Atipia de células glandulares de significado indeterminado), por meio dos registros por extenso do que é identificado microscopicamente, dá ênfase aos achados de lesões de natureza neoplásica, diminuindo assim os diagnósticos duvidosos. Porém, a classificação citológica do Sistema de Bethesda, em Maryland nos Estados Unidos é

mantida no que se refere aos conhecimentos que incluem o diagnóstico diferenciado para células escamosas e glandulares; diagnóstico citomorfológico, sugestivo de infecção por HPV, dividindo as lesões intraepiteliais em baixo e alto grau, ressaltando a possibilidade de evolução para neoplasia invasiva e a análise da qualidade do esfregaço (INCA, 2006a).

TABELA 4 - Frequência dos casos de coinfeção nos resultados com alteração citológica - Centro de Atenção a Saúde da Mulher, no período de 2005 a 2010, Belém- Pará. 2013.

COINFEÇÃO	f	%
Não	1066	57,7
Sim	782	42,3
Total	1848	100,00%

Fonte: Livro de registro do PCCU da Casa da Mulher.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos casos de coinfeção, o que representa a presença simultânea de mais de um agente microbiológico nos diagnósticos com alteração e tumor cervical. Também se observa que em 42,3% dos casos foram identificadas alterações citológicas com a presença de coinfeção, resultado expressivo no estudo epidemiológico que avalia fatores predisponentes ao desenvolvimento de alterações citológicas com potencial oncogênico.

A presença simultânea de diferentes agentes infecciosos na cérvix uterina com alterações citológicas, em determinados estudos, é apresentada como um fator de risco ambiental importante na iniciação de alteração celular que possa desencadear a origem do tumor do colo do útero. Os pesquisadores sugerem que estudos sobre o padrão microbiológico em situação de coinfeção no tecido com alteração cervical sejam realizados para avaliação do efeito patológico sinérgico, ou seja, a possibilidade de um agente microbiológico potencializar a ação do outro e com isso favorecer as alterações citológicas agressivas, que caracterizam as lesões precursoras do câncer do útero (MY et al, 2010).

Estudos sobre a temática da coinfeção no trato vaginal e sua correlação com as alterações cervicais ainda são poucos e inconclusivos. Mas constituem importante problema de saúde pública, visto que problemas ginecológicos relacionados a alguns patógenos apresentam alta prevalência nos resultados citopatológicos.

TABELA 5 - Frequência dos agentes microbiológicos presentes nos resultados com alteração citológica, em situação ou não de coinfeção. Centro de Atenção a Saúde da Mulher, no período de 2005 a 2010, Belém-PA. 2013

MICRO-ORGANISMOS	CO-INFECÇÃO				Total
	SIM	%	NÃO	%	
Papiloma vírus humano (HPV)	-	-	295	34,6	295
Outros (BGN, Lactobacilos, T.V.F.I)	-	-	200	23,4	200
Cocos Gram positivos	-	-	181	21,2	181
<i>Gardenerella vaginalis</i>	-	-	115	13,5	115
Bacilo supracitoplasmático	-	-	50	5,9	50
<i>Cândida sp</i>	-	-	12	1,4	12
CGP, BGN, T.V	182	23,3	-	-	182
HPV, CGP, BGN	141	18,0	-	-	141
HPV, <i>Gardenerella vaginalis</i>	128	16,4	-	-	128
HPV,CGP	115	14,7	-	-	115
HPV, BGN, flora inaparente	65	8,3	-	-	65
HPV e bacilo supracitoplasmático	42	5,4	-	-	42
<i>Cândida sp</i> , CGP, BGN	17	2,2	-	-	17
CGP, HPV, <i>Candida sp</i> , BGN	14	1,8	-	-	14
<i>Cândida sp</i> , BGN	12	1,5	-	-	12
HPV, <i>Cândida sp</i> , BGN	12	1,5	-	-	12
HPV, <i>Cândida sp</i>	11	1,4	-	-	11
HPV, <i>Gardenerella vaginalis</i> , T.V	9	1,2	-	-	9
<i>Gardenerella vaginalis</i> , T.V, VHS	8	1,0	-	-	8
<i>Cândida sp</i> , CGP	6	0,8	-	-	6
<i>Cândida sp</i> , HPV, <i>Gardenerella vaginalis</i>	3	0,4	-	-	3
HPV,BGN, supracitoplasmático, T.V	3	0,4	-	-	3
<i>Gardenerella vaginalis</i> , <i>Cândida sp</i>	3	0,4	-	-	3
HPV, <i>Cândida sp</i> , BGN, Lactobacilo	2	0,3	-	-	2
Bacilo supracitoplasmático, T.V	2	0,3	-	-	2
HPV, <i>Cândida sp</i> , CGP,T.V	1	0,1	-	-	1
CGP,BGN, T.V	1	0,1	-	-	1
<i>Cândida sp</i> , esporos, Lactobacilos	1	0,1	-	-	1
CGP, HPV, <i>Cândida sp</i>	1	0,1	-	-	1
HPV, <i>Gardenerella vaginalis</i> , <i>Cândida</i>	1	0,1	-	-	1
<i>Cândida sp</i> , bacilo supracitoplasmático	1	0,1	-	-	1
<i>Gardenerella vaginalis</i> , CGP	1	0,1	-	-	1
TOTAL	782	100,0	853	100,0	1635

Fonte: Livro de registro do PCCU da Casa da Mulher.

Legenda: CGP: Cocos Gram positivos; BGN: Bacilos Gram negativos, Bacilo supracitoplasmático (*G. vaginalis* e *Mobiluncus*), T.V (*Tricomonas vaginalis*) HPV (Papiloma vírus humano); Vírus *Herpes simplex* (VHS).

Na Tabela 5 apresentamos o padrão microbiológico, que foi identificado em

88,47% (1635) de todos os resultados com alterações cervicais (1.848). Os resultados foram agrupados conforme a presença única ou múltipla dos agentes microbiológicos. Destes foram identificados 52,2% (853) com um agente microbiológico e 47,8% (782) com mais de um agente microbiológico.

Em presença microbiológica simples nos diagnósticos com alterações citológicas, foram identificados os seguintes patógenos: 34,6%(295) HPV; 23,4%(200) de outros agentes; 21,2%(181) de cocos Gram positivos; 13,5%(115) *gardenerella vaginalis*; 5,9%(50) bacilo supracitoplasmático e 1,4%(12) de *candida sp.*

Em situação de coinfeção nos resultados com alterações citológicas foram identificados os seguintes patógenos: 182(23,3%) de cocos, bacilos, *tricomonas vaginalis*; 141(18,0%) de HPV, cocos e bacilos; 128(16,4%) de HPV e *gardenerella vaginalis*; 115(14,7%) de HPV e cocos; 65(8,3%) de HPV, bacilos e flora inaparente; 42(5,4%) de HPV e bacilo supracitoplasmático; 17(2,2%) de cândida, cocos e bacilos; 14(1,8%) de HPV, cocos, cândida e bacilos; 12(1,5%) de *candida SP* e bacilos; 12(1,5%) de HPV e bacilos; 11(1,4%) de HPV e cândida; 9(1,2%) de HPV, *gardenerela vaginalis* e *tricomonas vaginalis*; 8(1,0) de *gardenerella vaginalis*, *tricomonas vaginalis* e herpes; 6 (0,8%)de cândida e cocos.

Ainda outras combinações com presença mista de patógenos foram identificadas em frequência de 3 (0,4%) a 1 (0,1%) conforme a tabela acima, sempre entre os agentes: HPV, *Gardenerella vaginalis*, cândida, bacilos, bacilo supracitoplasmático, *Trichomonas vaginalis*, esporos, cocos e lactobacilos nas mais diversas combinações.

Como *outros* (200 / 23,5%) foram categorizados nos resultados com alteração citológica do grupo em estudo os seguintes agentes microbiológicos

presentes na flora vaginal: bacilos (102), lactobacilos (94), *tricomonas vaginalis* (1), flora inaparente (2) e herpes (1).

Neste estudo, observamos nos laudos com anormalidade citológica a presença dos microorganismos como: vírus HPV, CGP, BGN, *tricomonas vaginalis*, *gardenerella vaginalis*, flora inaparente, bacilo supracitoplasmático (*Gardinerella vaginalis* e *Mobiluncus*), cândida, herpes, esporos e lactobacilos, estando estes em padrão de infecção simples ou simultânea, com a presença de dois ou mais patógenos. Entre todos estes agentes microbiológicos, apenas o Herpes e os Esporos não foram identificados em presença isolada na cérvix alterada.

É importante ressaltar que achados microbiológicos como: cocos, bacilos e lactobacilos são considerados, segundo o Manual de Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Conduta, agentes de uma flora vaginal normal. Quando presentes isolados no ambiente vaginal, não caracterizam infecção que necessitem de tratamento, desde que não haja nenhuma queixa associada (INCA, 2006b).

Portanto, considerando os postulados da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais, foram identificados: 377 (23,1%) dos achados microbiológicos agentes de uma flora vaginal normal e um ambiente cérvico-vaginal patológico em 1.258 (76,94%) do resultado acima referido, caracterizado pela presença dos seguintes patógenos: Papilomavírus humano (HPV), *Gardenerella vaginalis*, *Tricomonas vaginalis*, flora inaparente, bacilo supracitoplasmáticos, *candida sp*, herpes e esporos.

O Sistema de informação do câncer do colo do útero (SISCOLO) no Estado do Pará, entre os anos de 2006 a 2010, apresenta maior incidência dos seguintes agentes microbiológicos: lactobacilos; cocos; *tricomonas vaginalis*; bacilo supracitoplasmático; outros bacilos e *chlamydia*.

A presença de lactobacilos nos resultados microbiológicos deste estudo em situação isolada ou em associação a outro patógeno pode sinalizar uma reação do organismo na restauração da homeostase vaginal, visto que estes são elementos de defesa e reparo em situação de desequilíbrio do ambiente vaginal.

De acordo com Barcelos et al. (2007) os patógenos, *gardenerella vaginalis*, *tricomonas vaginalis*, flora inaparente, bacilo supracitoplasmático, *candida sp* e esporos evidenciados neste estudo são apontados em outras pesquisas como agentes microbiológicos que, associados a outros fatores, são responsáveis pela situação de desequilíbrio no ecossistema vaginal e são prevalentes em resultados de exames citopatológicos como agentes de agravos do tipo: vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase, que são causas frequentes pelas quais as mulheres procuram atendimento em ginecologia nos serviços de saúde.

Outro achado relevante foi a presença do Papiloma vírus humano (HPV), como o patógeno mais frequente nos resultados com alteração cervical, seja em situação isolada ou associado a outros agentes, como fungos, protozoários, vírus e bactérias.

O HPV esteve em situação isolada em 18,04% (295) dos resultados apresentados na tabela 5 e em 70,2% (548) nos eventos de associação. O comportamento deste vírus na presença de anormalidade citológica é objeto de estudo de vários pesquisadores. Em razão da relação deste com a gênese do câncer cervical.

Nogueres et al (2010) evidenciaram no estudo de coorte, em que 80 mulheres com lesão cervical, diagnosticada pelo método de colposcopia, apresentaram uma alta prevalência de HPV oncogênico, lesões intraepiteliais de baixo e alto grau mais comuns em mulheres com infecção por HPV, maior frequência

de vaginose bacteriana e candidíase em mulheres HPV positivo e uma redução da carga viral após o tratamento das neoplasias cervicais.

No referido estudo, o vírus HPV foi o agente microbiológico mais frequente nos laudos citológicos, tanto em situação isolada, como associado a outros patógenos. Mesmo não tendo sido realizados testes específicos para a detecção de HPV oncogênico.

Verteramo et al.(2009), ao avaliarem a associação da infecção do HPV com outros microorganismos do trato genital em 857 mulheres em consulta ginecológica, identificaram uma associação significativa do HPV positivo com *Chlamydia trachomatis* e com *Ureaplasma urealyticum*, mas não com a vaginose bacteriana, apesar de esta ser a mais comum em mulheres HPV positivo.

Os estudos que identificam agentes patológicos em resultados citológicos com lesão pré-clínica no câncer do colo do útero são necessários, visto que existem evidências de que estes parasitas associados às infecções crônicas estão presentes no processos de desenvolvimento dos tumores. No câncer de colo do útero, a infecção pelo HPV é um marcador do tumor cervical, devido ser alta a prevalência deste vírus em mulheres com carcinoma e lesão precursora de câncer do colo do útero (BRASIL, 2005).

TABELA 6 - Frequência dos casos de coinfeção, presentes nos resultados com alteração citológica, Centro de Atenção a Saúde da Mulher no período de 2005 a 2010, Belém- Pará. 2013.

ALTERAÇÃO CITOLOGICA	PRESENÇA DE COINFEÇÃO				Total
	SIM	%	NÃO	%	
Lesão intraepitelial de baixo grau	529	67,6	404	37,9	933
Atipias de células escamosas, possivelmente não neoplásicas	206	26,4	602	56,4	808
Lesão intraepitelial de alto grau	23	3,0	31	2,9	54
Outras Alterações citológicas	16	2,0	19	1,8	35
Atipias de células glandulares de significado indeterminado	5	0,6	1	0,1	6
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão	1	0,1	4	0,4	5
Carcinoma epidermoíde invasor	2	0,3	3	0,3	5
Adenocarcinoma invasor	-	-	1	0,1	1
Outras Neoplasias malignas	-	-	1	0,1	1
TOTAL	782	100,0	1066	100,0	1848

Fonte: Livro de registro do PCCU da Casa da Mulher.

Na Tabela 6 apresentamos os 1848 resultados com alteração citológica, distribuídos conforme a ocorrência de coinfeção. Onde o padrão deste evento foi observado em 67,6% (529) com lesão intraepitelial de baixo grau; 26,3% (206) com atipias de células escamosas; 2,9% (23) com lesão intraepitelial de alto grau; 2,0%(16) com outras alterações citológicas em estágios agressivos; 0,6%(5) com atipias de células glandulares de significado indeterminado; e 0,3%(2) com carcinoma epidermoíde invasor; 0,1%(1) com lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão.

A presença de agente microbiológico em situação simultânea ocorreu em 782 (42%) dos resultados com alteração citológica e em 1.066 (58%) destas alterações não ocorreu a coinfeção. A coinfeção foi mais frequente em lesões cervicais de baixo risco para o câncer do colo do útero. Enquanto que as alterações de maior risco para o tumor cervical apresentaram a menor ocorrência para este padrão. Os tipos de alteração citológica mais frequentes em situação de coinfeção foram as lesões intraepiteliais de baixo grau e a lesão com menor frequência desta situação foi do tipo lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir

microinvasão. Ainda foi identificado que lesões do tipo outras neoplasias malignas e adenocarcinoma ocorreram sem a presença de coinfeção.

Entre os eventos identificados sem coinfeção, as lesões do tipo atipias de células escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas, foram os diagnósticos citológico mais incidentes.

Na literatura existem vários estudos que apresentam o padrão comportamental das anormalidades citológicas precursoras do câncer do colo do útero relacionados a processos infecciosos do trato vaginal, tendo por objetivo identificar o agente microbiológico envolvido no processo, pois as lesões cervicais de baixo risco são as mais prevalentes das alterações cervicais e apresentam uma relação significativa com flora vaginal patológica.

Tabela 7- Frequência dos resultados com alteração cervical e o tipo de flora vaginal. Centro de Atenção a Saúde da Mulher no período de 2005 a 2010, Belém-Pará. 2013

DIAGNÓSTICO	TIPO DE FLORA				TOTAL
	Normal	%	Patológica	%	
Lesão intraepitelial de baixo grau	101	17,1	832	66,2	933
Atipias de células escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica	446	75,5	362	28,9	808
Lesão intraepitelial de alto grau	22	3,7	32	2,5	54
Outras alterações	15	2,5	20	1,6	35
Atipias de células glandulares de significado indeterminado	1	0,2	5	0,4	6
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão	2	0,3	3	0,2	5
Carcinoma epidermóide invasor	2	0,3	3	0,2	5
Adenocarcinoma invasor	1	0,2			1
Outras neoplasias malignas	1	0,2			1
TOTAL	591	100	1257	100	1848

Fonte: Livro de registro do PCCU da Casa da Mulher.

A Tabela 7 apresenta os resultados das alterações cervicais e o tipo de flora vaginal, onde as lesões intraepiteliais de baixo grau apresentam-se em 66,2% (832)

de uma flora vaginal patológica e 17,1% (101) de flora normal; as atipias de células escamosas, possivelmente não neoplásicas foram identificadas em 75,5% (446) de flora normal e 28,9% (362) em flora patológica; lesão intraepitelial de alto grau em 3,7% (22) de flora normal e 2,5% (32) de flora patológica; outras alterações cervicais em 2,5% (15) de flora normal e 1,6% (20) de flora patológica; atipias de células glandulares em 0,4% (5) patológica e 0,2% (1) flora normal; lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão em 0,3% (2) flora normal e 0,2% (3) flora patológica; carcinoma epidermóide invasor em 0,3 (2) flora vaginal normal e 0,2% (3) flora patológica; adenocarcinoma invasor (1) e outras neoplasias malignas (1) ocorreram em flora vaginal normal.

O ambiente cérvico-vaginal foi caracterizado como normal e patológico de acordo com o tipo de agente microbiológico presente. Segundo a Nomenclatura Brasileira para laudos cervicais, os microrganismos lactobacilos, bacilos e cocos são considerados agentes de uma flora normal. Sendo então considerada como flora vaginal patológica neste estudo a flora vaginal com presença dos patógenos: vírus HPV, bacilo supracitoplasmático, *gardenerella vaginalis*, *tricomonas vaginalis*, herpes, *candida sp* e flora inaparente).

No estudo, 68% das alterações cervicais ocorreram em presença de uma microbiologia vaginal patológica e 32% em uma microbiota normal. Não foram avaliados outros elementos que caracterizam um processo inflamatório, mas observou-se que alterações cervicais de alto risco para o câncer cervical não apresentaram uma flora com muitas alterações entre o normal e o patológico, pelo critério adotado neste estudo. Os resultados com lesão em células glandulares e outras neoplasias ocorreram em uma flora aparentemente normal sem registro da presença de microbiológico.

Em Zagreb, capital da Croácia, Kos et. al (2005) realizaram um estudo, no qual obtiveram como resultado citológico pelo método de Papanicolaou em mulheres na faixa etária entre 17 a 79 anos anormalidades cervicais, sendo mais frequentes as alterações do tipo NIC I, que são consideradas lesões intraepiteliais de baixo grau. Quanto ao processo inflamatório, o mesmo foi significativo no grupo de mulheres com alterações cervicais, confirmando, dessa maneira, a existência de uma relação entre a microbiota vaginal patológica com as alterações de células cervicais.

Os resultados do estudo demonstraram que a situação de coinfeção e o

ambiente vaginal patológico podem ser um fator de risco ambiental a lesões pré-clínica do câncer de colo do útero.

Considerando os dados da Organização Mundial da Saúde, em que 40% das mortes por câncer podem ser evitadas e que o risco para desenvolver o câncer está relacionado com a exposição do indivíduo a fatores ambientais, como processos infecciosos, exposição a substâncias nocivas que como causa externa estão associados com 80% a 90% dos casos de câncer, faz da prevenção uma estratégia essencial no plano de cuidado às mulheres atendidas no programa de rastreamento do câncer de colo do útero. O desenvolvimento das atividades educativas intenta a diminuir ou evitar a exposição a fatores de risco e estabelecer na comunidade uma cultura de proteção com adoção de hábitos saudáveis de vida, visto que a relação entre os fatores de risco e os fatores de proteção condiciona ou não os indivíduos a adoecer. Cabe então aos profissionais de saúde a tarefa de promover o conhecimento sobre os fatores de risco e os de proteção que a população feminina possa utilizar a favor de uma melhor qualidade de vida e a prática de hábitos saudáveis que diminuam a morbimortalidade por câncer do colo do útero.

6 CONCLUSÃO

O Programa Nacional de Controle do Câncer estabelece o exame citopatológico, pelo método de Papanicolaou, como ferramenta para o rastreamento do grupo de risco ao câncer do colo do útero, que no mundo e no Brasil se apresenta como o segundo tipo de neoplasia mais frequente entre as mulheres. Conforme estimativa do Instituto Nacional do Câncer, o Estado do Pará apresenta maior incidência deste tipo de câncer na população feminina.

O exame do esfregaço cervical é o método de escolha no programa de rastreamento para a detecção de lesões precursoras do câncer uterino, que também apresenta alta sensibilidade a processos infecciosos do trato vaginal.

No estudo, o grupo de mulheres com maiores frequências de alterações cervicais encontram-se na faixa etária de 31 a 50 anos, com uma média de idade de 41 anos e com situação anterior de exame citológico. As alterações citológicas mais prevalentes foram do tipo lesão intraepitelial de baixo grau, seguida das atipias de células escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas, consideradas como lesões de baixo risco para o câncer do colo do útero. A presença de coinfeção foi de 42,42% dos resultados com alterações citológicas, podendo indicar um fator de risco para a iniciação das alterações cervicais precursoras do câncer de colo do útero.

A flora vaginal patológica esteve presente em 68,1% de todos os resultados com alteração do grupo em estudo, onde os patógenos mais frequentes foram os tipos: vírus HPV, *gardnerella vaginalis*, cândida, BGP, CGP e bacilo supracitoplasmático e menos prevalentes os agentes do tipo *tricomonas vaginalis*, flora inaparente, herpes e esporos. Dentre os microorganismos mais prevalentes, o vírus HPV foi o mais presente, seja em situação única ou associado a outro patógeno, dessa forma indicando a forte relação de infecções por este vírus com as alterações citológicas do tecido cervical.

Um ambiente cérvico-vaginal com presença simultânea de agente microbiológico foi mais frequente em lesões cervicais de baixo risco (67% de lesão intraepitelial de baixo risco e 26% de atipias de células escamosas possivelmente não neoplásicas), agentes microbiológicos em associação mista foram menos frequentes em lesões cervicais de alto risco para o câncer cervical.

O exame citopatológico pelo método de Papanicolaou, apesar de acessível e de baixo custo, usado como método de escolhas no rastreamento do câncer cérvico-uterino por alguns países como o Brasil, ainda apresenta o risco de resultados falso-negativos e de a sua adesão rotineira não representar redução nas taxas de mortalidades para o câncer de colo do útero em algumas regiões. Portanto, necessitamos estabelecer um controle de qualidade que diminua a ocorrência dos resultados falso-negativos, por meio de investimentos na qualificação dos profissionais e uso de estratégia para o controle de qualidade que promova melhoria do procedimento técnico dos serviços dos laboratórios de citopatologia (TAVARES, 2007).

Embora o programa de rastreamento do câncer do colo do útero tenha por objetivo a identificação de lesões pré-clínica, deve-se dar atenção especial aos achados microbiológicos, indicando processo infeccioso propenso à iniciação das alterações cervicais, principalmente aos patógenos em situação simultânea que, como demonstrado neste estudo, apresentam-se em grande frequência nas alterações citológicas, sendo necessários novos estudos para avaliação da ação sinérgica que possa estar presente na associação destes, favorecendo o surgimento das alterações citológicas no tecido parasitado ou até se as lesões cervicais servem como substrato para o crescimento destes microrganismos.

Como contribuição na prevenção do câncer do colo do útero, sugerimos incluir no atendimento das usuárias do Programa, além da coleta do esfregaço cérvico-vaginal, orientação à mulher sobre a prevenção e identificação de processos infecciosos do trato vaginal, assim como direcionamento às queixas destes processos. Onde sejam enfatizados tanto a necessidade de realização regular do exame citopatológico quanto um tratamento adequado aos achados microbiológicos alterados com potencial para o desenvolvimento das alterações cervicais.

Para a Enfermagem, estes resultados são importantes para estabelecer um plano de cuidado, que valorize as queixas e os laudos microbiológicos das usuárias submetidas ao exame citopatológico nos serviços de saúde, direcionando as atividades educativas a praticas do sexo seguro; medidas de higiene adequadas das genitálias, alimentação saudável e valorização dos resultados inflamatórios, assim como desenvolver novas investigações sobre a dinâmica dos fatores de risco ambiental, como os processos de coinfeção e sua relação com a iniciação de lesões pré-neoplásicas.

REFERÊNCIAS

AIDÉ, Susana; ALMEIDA, Gutemberg; VAL, Isabel; VESPA JUNIOR, Nelson; COMPANER, Adriana B. Neoplasia Intraepitelial Cervical. **Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p. 167-168, set. 2009. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista21-4-2009/3-Neoplasia%20Intraepitelial.pdf>. Acesso em 03.08.2011

BARCELOS, Mara Rejane Barroso; VARGAS, Paulo Roberto Mercon; BARON, Carla; MIRANDA, Angélica Espinosa. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Espirito Santos, v. 30, n. 7, p.349-354, 2008.

BELEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Casa da Mulher: Centro de Atenção à Saúde da Mulher**, Belém, 2001.

BEZERRA, Saiwori JS; GONÇALVES, Polyanna C.; FRANCO, Eugênio S.; PINHEIRO, Ana KB.. Perfil de mulheres portadora de Lesões Cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para o Câncer de colo uterino. **Jornal Brasileiro Doenças sexualmente transmissível**, v.17, n. 2, p. 143-148, 2005.

BIFULCO, Vera Anita; FERNANDES JÚNIOR, Hézio Jardim; BARBOSA, Alessandra Bigal. Neoplasias da Mulher. In: _____. **Câncer: uma visão Multiprofissional**. São Paulo: Manole, 2010. p. 60-61.

BORSATTO, Alessandra Zanei; VIDAL, Maria Luzia Bernardo; ROCHA, Renata Carla Nencetti Pereira. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do colo do Útero: Subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 67-74, 2011.

BRENNA, Syliaia Michelina Fernandes; HARDY, Ellen; ZEFERINO, Luiz Carlos; NAMURA, Iara. Conhecimento, atitude e prática do exame Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-914, jul./ago, 2001. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5296.pdf. Acesso em: 17.12.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.040, de 21 de junho de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23.06.98 Seção I Pág. 102

_____. **Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>. Acesso em: 20.11.2012.

_____. **Sistema de Informações de Câncer do colo do útero (SisColo): Versão 4.0.** Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscolo/princ.html>. Acesso em: 20.11.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único de Saúde. Legislação Federal. Programas de Prevenção do Câncer de Colo Uterino. **Portaria/SAS/MS Nº 408, de 30 de julho de 1999.** Disponível em: www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/11179-408.html. Acesso em: 20.11.2012.

BUFFON, Andréia; CIVA, Mariema; MATOS, Virginia Frota. Avaliação de lesões intraepiteliais escamosas e microbiologia em exames citológicos realizados em um laboratório de Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Análise clínica.** Porto Alegre, v. 38, n. 2, p.83-85, 2006. Disponível em: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_02/rbac3802_04.pdf. Acesso em 12.05.2011

CARVALHO, M. C. de M. P.; QUEIROZ, A. B. A.. Lesões Precursoras do Câncer Cervicouterino: Evolução Histórica e subsídios para consulta de Enfermagem Ginecológica. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 617-624, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300026>. Acesso em 05.06.2011.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto. Métodos e técnicas de pesquisa. In:_____. **Metodologia Científica.** 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

FELICIANO, C.; CHRISTEN, K.; VELHO, Manuela Beatriz. Câncer de colo uterino: Realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. **Revista de Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 74-79. Jan/mar. 2010.

FONTELLES, Mauro José. A Pesquisa Científica. In: _____. **Bioestatística Aplicada a Pesquisa Experimental.** Belém: O Autor, 2010. v. 1. p. 27-34.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.** Lyon, France, v. 83, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais. In: _____. **Nomenclaturas Brasileira para Laudos**

Cervicais e Condutas Preconizadas: Recomendações para Profissionais de Saúde, Rio de Janeiro, 2006a. p. 17-20.

_____. _____ 2. ed., Rio de Janeiro, 2006b.

_____. A Situação do Câncer no Brasil. In: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Ações de controle.** Rio de Janeiro, 2006. p. 84-86.

_____. Fisiopatologia do câncer. In: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-aprendizagem. 3. ed., Rio de Janeiro, 2008a .CAP. 2, p. 49-60.

_____. Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer. In: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed., Rio de Janeiro, 2008b .CAP. 5, p. 170-183.

_____. Intervenção de enfermagem no controle do câncer. In: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed., Rio de Janeiro, 2008c .CAP. 6, p. 294- 298.

_____. Síntese de Resultados e Comentários. **Estimativa 2010:** Incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro, 2009, p. 4-6

_____. Coordenação geral de ações Estratégicas. Divisão de Apoio a Rede de Atenção Oncológica. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero:** Sumário executivo, programa nacional de controle do câncer do colo do útero, Rio de Janeiro, 2010, p. 9-17.

_____. Introdução. In: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro, p. 17-18. 2011a.

_____. Colo do útero. **Tipos de câncer.** 2011b. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/defini.... Acesso em: 15.12.2011.

_____. Síntese de Resultados e Comentários. **Estimativa 2012:** Incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro, p. 36-37. 2011c

KOS, M.; GOLUB-SARKANJ, R.; CUPIC, H.; BALICEVIC, D.. The correlation of inflammation and epithelial changes in the pap smears of cervix uteri. **Acta Med. Croatica**. v. 59, n. 4, p. 297-302. 2005.

LIMA, Carlos Anselmo; PALMEIRA, José Arnaldo Vasconcelos; CIPOLLOTTI, Rosana. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, out. 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/14.pdf. Acesso em: 11.05.2011.

MENDES, E. C. Microbiologia e Conteúdo Vaginal. In: MOREIRA, Manoel de Almeida (Coord.). **Tocoginecologia Atual**. Belém: UEPA, 2008 Cap. 4, p. 67-70.

MY, Zheng; ZHAO, H. L.; DI, J. P; LIN, G.; LIN, Y.; LIN, X.; MO, Zheng. Association of human papillomavirus infection with other microbial pathogens in gynecology. **Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi**, v. 45, n. 6, p. 424-428. jun. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21029592>. Acesso em: 11.05.2011.

NAKAGAWA, Janete Tamani Tomiyoshi; SCHHRIRMER, Janine; BARBIERI, Marcia. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, mar./abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000200021&script=sci_arttext. Acesso: 23.06.2011.

NOGUERES, Izabella Bartholomeu; ZIMMERMANN, Juliana Barroso; GONÇALVES, Luciana Guimarães; FONTES, Leandro Caldeira; ALVES, Leticia Ferreira; GANTITO, Cora Coralina. Associação entre a infecção pelo Papilomavírus (HPV) e outras infecções genitais femininas. **HV Revista**. Minas Gerais, v. 36, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 2010.

OLIVEIRA, Adriana Borges; FRANÇA, Carlos André da Silva; SANTOS, Taiany Bicalho; GARCIA, Maria Alice Freitas; TSUTSUMI, Mihoko Yamamoto; BRITO CARDOSO, Junior Lacy. Prevalência de Gardnerella e Mobiluncus em exames de colpocitologia em Tomé-Açu-Pará. **Revista Paraense de Medicina**. v. 21, n.4, dez. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo>. Acesso em: 08.05.2011

OLIVEIRA, Michele de Lucena; AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; ALBUQUERQUE, Lucia Cristina Bezerra; Costa, Aurélio Antônio Ribeiro. Infecção por chlamydia em Pacientes com e sem Lesões Intraepiteliais Cervicais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 6, nov./dec., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302008000600014&script=sci_arttext. Acesso em: 15.05.2011.

POLIT, Denise F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação**

e utilização. 5. ed. Trad. Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2004. CAP. 13, p. 313-323.

RABACHINI, Tatiana; SICHERO, Laura. Câncer de colo Uterino. In: FERREIRA, Carlos Gil; ROCHA, José Cláudio Casali da. **Oncologia Molecular**. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap. 21, p. 294-297.

RIBEIRO, Andrea Alves et al. Agentes microbiológicos em exames citopatológicos: estudo de prevalência. **RBAC**. Goiás, v. 39, n. 3, p. 179-181. fev. 2007. Disponível em: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_03/rbac_39_3_05.pdf. Acesso em: 22.05.2011.

RIVOIRE, W. A.; CAPP, E.; CARLETA, H. E.; SILVA, I. S. B. Bases biomoleculares da oncogênese cervical. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, p.179-184, 2001.

RIVOIRE, Waldemar Augusto; CORLETE, Helena Von Eye; BRUM, Ilma Simoni; CAPP, Edson. Biologia molecular do câncer cervical. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/12.pdf>. Acesso em: 22.06.2011.

SOARES, Marílu Correa; MISHIMA, Silvana Martins; MEINCKE, Sonia Maria Konzgen; SIMINO, Giovana Paula Rezende. Câncer de colo uterino: Caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**. Brasil, v. 14, n. 1, p. 90-96, 2010.

TAVARES, S. B. do N. et al. Controle de Qualidade em citopatologia cervical: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 355-364, 2007.

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER (UICC). Câncer de Colo do Útero e Lesões Precursoras. In: _____. **Manual de Oncologia Clínica**. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

WEINBERG, Robert A. A Natureza do Câncer. In: _____. **A Biologia do Câncer**. Tradução Bruna Selbach et al. Porto Alegre: Artmed, 2010 Cap. 2, p.25-56.

VERTERAMO, Rosita; PIERANGELI, Alessandra; MANCINI, Emanuela; CALZOLARI, Ethore; BUCCI, Mauro; OSBORN, John; NICOSIA, Rosa; CHIARINI, Fernanda; ANTONELLIN, Guido; DEGENER, Anna Marta. Human papillomaviruses and genital co-infections in gynaecological outpatients. **BMC Infectious Diseases**. Roma, v. 9, n. 16, Feb. 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO DA COINFEÇÃO DO TRATO VAGINAL NAS NEOPLASIAS INTRAEPITELIAIS CERVICAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa com coorte retrospectivo e tem como objetivo principal: Analisar a frequência de infecção vaginal em mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial cervical, usuárias do Centro de Saúde da Mulher no município de Belém.

Convidamos você a participar desta pesquisa, autorizando a coleta dos dados sobre o resultado do seu exame preventivo que encontra-se no livro de registro da sala de coleta. Caso você sinta-se constrangida terá total liberdade para não participar.

Ao participar desta pesquisa você não terá benefício direto, entretanto esperamos que o estudo traga informações importantes que irão subsidiar um melhor planejamento e direcionamento no cuidado de mulheres atendidas no programa de rastreamento do câncer do colo do útero e atenção especial às mulheres com síndrome do corrimento vaginal, com a confecção de um folder contendo orientações de Enfermagem para este seguimento.

Em nenhum momento a coleta de dados oferecerá risco a sua dignidade assim como não será feito nenhum procedimento que lhe acarretará qualquer desconforto ou risco à sua vida, em razão da preservação do sigilo e anonimato do resultado citológico, que for utilizado como dado para a pesquisa.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é Maria do Socorro Pascoa Viegas, que pode ser encontrada no endereço Rua Mundurucus, 4487, telefones 91-32016626/ 91857177, ainda com a orientadora a Prof^a Dr^a Mary Elizabeth de Santana, telefone 91-91465969, se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), no mesmo endereço ou pelo telefone 91-32016754, e e-mail: cephujbb@yahoo.com.br.

Declaro que li as informações sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma. Declaro ainda que, por minha livre vontade, autorizo a coleta dos dados, que encontra-se no livro de registro dos resultados de exame citológico, para serem usados no estudo. Ficando claro que minha participação é isenta de despesa e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do sujeito/ representante legal

Belém, ____/____/____

Assinatura da testemunha (para casos de sujeitos menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Belém, ____/____/____

Assinatura do sujeito que colheu o T.C.L.E.

Belém, ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.

Nome: Maria do Socorro Pascoa Viegas

Endereço: Rodovia Mario Covas Nº 4901

Telefone: (91) 32780146

Registro no Conselho: COREN-47155

Belém, ____/____/____

ANEXO

ANEXO A

FORMULÁRIO

I- IDENTIFICAÇÃO

Nº de ordem: _____

Idade da mulher (em anos): _____

Data da realização do exame PCCU: ____/____/____

Situação da realização do exame PCCU: () 1º vez () Segmento

II- DIAGNÓSTICO

1- Tipo de alteração encontrada no colo uterino

1.1 Alteração de células escamosas

- () Lesão intraepitelial de baixo grau
- () Lesão intraepitelial de alto grau
- () Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão
- () Carcinoma epidermóide invasor

1.2 Atipias

- () átipia de célula.

1.3 Alteração de células glandulares

- () Adenocarcinoma in situ
- () Adenocarcinoma invasor

1.4 Outras

- () outras Neoplasias Malignas

- Presença de Coinfecção.

- () Sim () Não

- Tipo de agente infeccioso presente na cérvix uterina.

- () Efeito citopático compatível com vírus HPV
- () *Gardenerela vaginalis*
- () *Cândida sp*
- () Cocos
- () Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivo de *Gardenerella/Mobiluncus*)
- () HPV e *Gardenerela vaginalis*
- () HPV e Candidíase
- () Outros. Qual: _____

OBS: Construído a partir do traçado do livro de registro da sala do exame preventivo.