**LESÃO INTRAEPITELIAL CERVICAL: INCIDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE BARREIRAS- BA**

Carolina de Souza Santos1

Pauline Castelo Branco2

**RESUMO**

Estudo descritivo exploratório, transversal e retrospectivo, do tipo documental, com abordagem quantitativa, cujo objetivo consiste em traçar a incidência e o perfil epidemiológico de mulheres com lesões intraepiteliais cervicais, em um centro de referência de saúde pública no município de Barreiras, BA. Verificou-se prevalência de lesões naquelas com idade entre 21 a 30 anos, matrimoniadas e, com segundo grau completo. Quanto aos fatores de risco, foi observado um elevado grau de subnotificação, dificultando a correlação dos co-fatores sobre a lesão, assim como, da progressão e regressão. Ao que se refere às infecções genitais, verificou-se percentual significativo do HPV. As lesões de maior incidência no município foram consideradas ou sugestivas de baixo grau, com grande probabilidade de cura. Em nível de terapêutica, constatou diversidade, com bastante omissão de informações, fato este contribuidor ao detrimento dos dados fidedignos, limitando a pesquisa e interferindo nos indicadores epidemiológicos. A partir dos resultados, salienta-se a necessidade de maior abordagem frente à doença, por meio de campanhas educacionais, implementação de medidas preventivas de acordo com o perfil destas mulheres, rastreamento de mulheres portadoras de lesões precursoras, e, comunicação entre gestores municipais e profissionais da saúde.

**Palavras Chave**: Lesão Intraepitelial Cervical; HPV; Câncer de Colo de Útero

**ABSTRACT**

A descriptive exploratory, transversal and retrospective type documentary with a quantitative approach, whose goal is to delineate the incidence and epidemiological profile of women with cervical intraepithelial lesions in a reference center for public health in Barreiras, BA. There was prevalence of injuries in those aged 21 to 30 years, and matrimoniadas with a high school degree. Regarding risk factors, we observed a high degree of underreporting, making the correlation of co-factors on the injury, as well as the progression and regression. In the case of genital infection, it has been found significant percentage of HPV. The higher incidence of injuries in the county were considered suggestive or low grade, with high probability of healing. Level of therapy, showed diversity, with plenty omission of information, a fact contributing to the detriment of reliable data, limiting the search and interfering epidemiological markers. From the results, we emphasize the need of a better approach to the disease through education campaigns, implementation of preventive measures in accordance with the profile of these women, screening of women with precursor lesions, and communication between city managers and health professionals

**Key words:** Cervical Intraepithelial lesion, HPV, Cervical Cancer.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1Discente do Curso de Enfermagem Bacharelado – Faculdade São Francisco De Barreiras- FASB (kroucarv@hotmail.com)**

**2Discente do Curso de Enfermagem Bacharelado – Faculdade São Francisco De Barreiras- FASB (**[**paulinecastelo@gmail.com**](mailto:paulinecastelo@gmail.com)**)**

**INTRODUÇÃO**

No Brasil, estima-se que o câncer cervical seja a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres. Estudos demonstram que surjam quinhentos mil novos casos por ano em todo o mundo, para o país esta estimativa é de cerca de 18.430 novos casos para o ano de 2010 e 2011 e o risco aumenta até atingir seu pico na faixa etária dos 45 aos 49 anos, sendo sua maior incidência na faixa etária entre 20 a 29 anos (VEIGA *et al*., 2006; OLIVEIRA *et al*., 2011).

O câncer de colo de útero representa um grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento por apresentar altos índices de prevalência e mortalidade em mulheres de nível sócio econômico baixo e em fase reprodutiva de sua vida (MELO *et al.*, 2009). Quando comparado a outras neoplasias malignas apresenta aspectos epidemiológicos e etiológicos bem definidos para sua detecção em estágios pré- malignos ou iniciais, como neoplasia intraepitelial cervical (NIC), uma condição pré-invasiva limitada ao epitélio cervical conforme a classificação histológica ou como lesão intraepitelial escamosa de acordo com o diagnóstico citológico (MOTTA *et al*., 2001; RAMA *et al*., 2008).

O principal fator relacionado a essa patologia, é a infecção pelo *Papilomavírus Humano* (HPV), o DNA (Ácido Desoxirribonucleico) do vírus é altamente oncogênico. O mesmo é detectado em 92,9% a 99,7% dos carcinomas cervicais invasivos (PEDREGOSA *et al*., 2010). O HPV associado à multiplicidade de parceiros sexuais, parição ou multiparição, início precoce da atividade sexual, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), histórico de doenças sexualmente transmissíveis, carência nutricional, tabagismo e estado imunológico são fatores predisponentes à lesão intra epitelial (STIVAL *et al.*, 2005 ;AMARAL *et al*., 2008).

A história natural da doença estende-se por um período de aproximadamente 15 a 20 anos, envolvendo episódios de infecção por HPV, persistência da infecção, progressão para lesão precursora e finalmente o desenvolvimento do carcinoma invasor, assim, a principal estratégia de prevenção de câncer cervical é a detecção precoce das lesões precursoras por meio de técnicas de rastreamento citopatológico em programas de saúde pública (PAIVA *et al*., 2009; FONSECA; TOMASICH & JUNG, 2011). No Brasil, o Ministério da Saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza o exame citopatológico e histológico para rastreamento das lesões intraepiteliais, cujo tratamento de primeira escolha incide na Cirurgia de Alta Frequência (CAF) (INCA, 2012).

A classificação citológica para diagnóstico de lesões precursoras seguem as normas do Sistema Bethesda, cujo tem-se por finalidade reduzir confusões diagnósticas entre alterações celulares benignas e realmente atípicas, introduzindo os termos citológicos de lesão intraepitelial de baixo grau (LIE-BG), lesão intraepitelial de alto grau (LIE-AG), ASC-US para denominação de células escamosas atípicas de significados indeterminados possivelmente não neoplásicos, ASC-H titulando as células escamosas atípicas, sugestiva de uma lesão intraepitelial de alto grau e as atípias em celulares glandulares de significado indeterminado (AGUS) (PAIVA *et al.,* 2005; VEIGA *et al*., 2006; GONÇALVES *et al*., 2010).

Diante do exposto, questiona-se qual a incidência e o perfil de mulheres portadoras de lesões intraepiteliais cervicais em um centro de referência de saúde pública no município de Barreiras, BA, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011?

Em resposta a esta problemática, o objetivo geral desta pesquisa versa em traçar a incidência e o perfil epidemiológico de mulheres com lesões intraepiteliais cervicais em um centro de referência de saúde pública no município de Barreiras, cujos objetivos específicos consistem em conhecer o perfil social destas mulheres; identificar os fatores de risco para ocorrência das lesões cervicais; conhecer o tratamento mais utilizado de acordo com cada citologia e por fim avaliar o percentual de regressão e evolução das mulheres portadoras de lesões intraepiteliais cervicais.

O presente estudo é relevante ao demonstrar que a incidência das lesões precursoras de câncer de colo de útero pode servir de prognóstico da incidência de câncer cervical no município de Barreiras, isso porque, no Brasil estudos apontam o aumento na incidência desta neoplasia maligna, consistindo em um grave problema de saúde pública, que diferentemente de outros tumores apresenta lesões precursoras tratáveis, sendo também necessário reforçar que os resultados desta pesquisa fornecem subsídio no direcionamento de ações para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.

A pesquisa consistiu em um estudo descritivo exploratório, transversal retrospectivo de abordagem quantitativa do tipo documental. Realizada mediante análise de prontuários referentes aos anos de 2010 e 2011, em um centro de referência no município de Barreiras, com um instrumento de coleta em forma de check-list abordando os seguintes dados: faixa etária, grau de escolaridade, estado civil, sexarca, uso de contraceptivo oral, antecedentes gestacionais, antecedentes de aborto, tabagismo, infecção genital, tipo de lesão intraepitelial, tratamento e evolução e regressão da lesão.

**METODOLOGIA**

Caracterizou-se por um estudo descritivo exploratório, transversal retrospectivo de caráter quantitativo, do tipo documental por meio de revisão de prontuários de mulheres com alterações citopatológicas, no período de janeiro de 2010 à dezembro de 2011, bem como pesquisa bibliográfica em artigos científicos, teses e dissertações.

A coleta dos dados foi realizada no município de Barreiras- BA, situado no Oeste da Bahia, com aproximadamente 137.427 mil habitantes, segundo dados oferecidos pelo Censo 2010. Há no município um Hospital da Mulher (CAM), uma instituição de referência, situada na Rua Antônio Coité, que antigamente funcionava como um posto de saúde com o objetivo de rastreamento de papanicolau e, posteriormente em 2003, teve-se por finalidade atender mulheres referenciadas por alterações de exames citopatológicos, gravidez de risco e planejamento familiar, atendendo as unidades de saúde do PSF 1 Dr. Jose Maria de Magalhães; PSF 2 Dr. Jose Maria de Magalhães; PSF 3 Alda Barros de Lacerda; PSF 4 CAIC; PSF 5 CAIC; PSF 6 João Gualberto de Almeida; PSF 7 Almiro Vieira de Melo; PSF 8 Crispiniana Ferreira de Souza; PSF 9 Antônio Lúcio Peixoto; ESF 10 Clara Cecilia Fernandes; ESF 11Gileno de Sá Oliveira; Unidade de Posto Herculano Farias de Neto; Unidade Posto Daniel Bueno; Unidade Posto Hanswerner; Unidade de Posto Jardim Ouro Branco; Posto Mucambo; Posto Tatu; Posto Barauna. O estabelecimento funciona de segunda a sexta-feira, nos horários de 7: 30 às 11: 30 e 13h30min às 17h30min, atendendo cerca de 80 mulheres por dia, oferecendo atendimento ginecológico, obstétrico e psicológico.

O Hospital da Mulher foi selecionado para o desenvolvimento desta pesquisa, por ser um local de referência municipal para as alterações citopatológicas.

A população constituiu em 327 prontuários e, a amostra compôs de 300 prontuários de mulheres com diagnóstico colpocitológico alterado, atendidas no Hospital da Mulher no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. Identificando- se, portanto, como alvo específico, as lesões intraepiteliais cervicais.

Foram inclusos nesta pesquisa todos os prontuários que apresentaram alterações citopatológicas no Hospital da Mulher, no período de janeiro de 2010 à dezembro de 2011, com idade entre 12 a 59 anos.

Como critério de exclusão da pesquisa, optou-se por aqueles prontuários que tivessem idade inferior a 12 e superior a 59 anos, que não se enquadrassem no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, apresentasse ilegibilidade e, indisponibilidade no momento da coleta.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi elaborado pelas próprias pesquisadoras, a fim de obter dados dos prontuários de mulheres com alterações citopatológicas, referentes ao período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, por meio de um instrumento estruturado em forma de check list, contendo 15 questões, referentes ao ano, idade, grau de escolaridade, sexarca, estado civil, uso de contraceptivo oral, uso de preservativos, histórico de tabagismo, antecedentes de gestação, antecedentes de aborto, infecções genitais, classificação da lesão, tratamento utilizado, regressão e evolução das lesões intraepiteliais.

Os dados foram coletados pelas próprias pesquisadoras, após autorização da Instituição e, aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade São Francisco de Barreiras, dado em julho de 2012, sob o CAAE nº 03593312.5.0000.5026. Que após anuência foi iniciado coleta de dados. Para tanto foi estabelecido pela coordenação do Hospital da Mulher um acordo em que seriam pegos pelas próprias pesquisadoras 20 prontuários diariamente de acordo o Livro de Registro, cujo constava o nome da paciente, o ano, o Posto de Saúde, endereço, tipo de lesão e, registro, onde por meio deste disponível, foi possível encontrar os prontuários, os quais encontravam-se dispostos nos arquivos da unidade. Os encontros aconteceram no período vespertino. Ficou pré-estabelecido entre as pesquisadoras e a coordenação do local, que em casos da paciente consultar, no momento em que seu prontuário estivesse sob a guarda das pesquisadoras, a mesma seria excluída da coleta, justificado pela necessidade do uso do prontuário pelos profissionais da instituição.

Os dados foram angariados sob forma manual, em um instrumento estruturado seguindo padrão de check list, com variáveis selecionadas para a pesquisa, como parâmetro de avaliação da incidência e características das mulheres acometidas por lesões intraepiteliais cervicais, registrada em uma planilha eletrônica de dados no programa *Microsoft Excel*® 2007 e, analisado conforme estatística descritiva, representado por tabelas segundo frequência absoluta e frequência relativa.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A presente pesquisa aborda a incidência e características epidemiológicas da lesão intraepitelial cervical em um centro de referência de saúde pública no município de Barreiras-BA. Caracteriza-se por um estudo descritivo exploratório, transversal retrospectivo de abordagem quantitativa do tipo documental, por meio de prontuários de mulheres diagnosticadas por alterações citopatológicas entre o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. Os dados foram coletados através de um instrumento estruturado seguindo o padrão de check list. A população constituiu em 327 prontuários, sendo que 12 foram excluídos por acessibilidade não disponível ao momento da coleta, 9 por faixa etária não condizente e, 6 por ilegibilidade. Dessa forma, para disposição dos resultados foi necessário análise de 300 prontuários.

Os dados foram agrupados de acordo com o perfil social, fatores de risco, associação das infecções genitais com as lesões intraepiteliais, incidência das lesões intraepiteliais cervicais, tratamento utilizado em cada lesão e, evolução ou regressão da lesão em mulheres atendidas em um centro de referência pública no município de Barreira-BA.

Inicialmente a pesquisa expõe em números e porcentagens, a distribuição das lesões intraepiteliais cervicais segundo o perfil social, avaliando faixa etária, grau de escolaridade e estado civil, como demonstra na tabela abaixo (Tabela 1).

**Tabela 1-** Distribuição das lesões intraepiteliais segundo o perfil social em número (N) e porcentagem (%) conforme os anos de 2010 e 2011.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FAIXA ETÁRIA** | **Ano de 2010** | | **Ano de 2011** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| 12- 20 anos | 5 | 3,4 | 15 | 9,7 |
| 21- 30 anos | 53 | 36,3 | 49 | 31,8 |
| 31- 40 anos | 47 | 32,2 | 41 | 26,7 |
| 41- 50 anos | 26 | 17,8 | 32 | 20,8 |
| 51- 59 anos | 15 | 10,3 | 17 | 11 |
| **TOTAL** | **146** | **100** | **154** | **100** |
| **GRAU DE ESCOLARIDADE** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Não alfabetizada | 2 | 1,3 | - | - |
| 1º grau incompleto | 16 | 10,9 | 13 | 8,4 |
| 1º grau completo | 12 | 8,2 | 12 | 7,8 |
| 2º grau incompleto | 2 | 1,3 | 8 | 5,2 |
| 2º grau completo | 25 | 17,1 | 17 | 11 |
| 3º grau incompleto | - | - | 3 | 2 |
| 3º grau completo | - | - | 2 | 1,3 |
| Dado subnotificado | 88 | 60,2 | 99 | 64,3 |
| **TOTAL** | **146** | **100** | **154** | **100** |
| **ESTADO CIVIL** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Casada | 70 | 47,9 | 75 | 48,7 |
| Solteira | 63 | 43,1 | 62 | 40,2 |
| Viúva | 1 | 0,6 | 2 | 1,3 |
| Divorciada | 1 | 0,6 | 2 | 1,3 |
| Dado subnotificado | 11 | 7,5 | 13 | 8,5 |
| **TOTAL** | **146** | **100** | **154** | **100** |

Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

No aspecto social, demonstrado na tabela 1, cognominado por distribuição das lesões intraepiteliais segundo o perfil social, constata-se na variável faixa etária que as mulheres com idade entre 12 a 20 anos corresponderam a 5 (3,4%) mulheres no ano de 2010 e, 15 (9,7%) no ano de 2011; na faixa de 21 a 30 anos constavam 53 (36,3%) mulheres em 2010 e, 49 (31,8%) em 2011; 31 a 40 anos com 47 (32,2%) pacientes em 2010 e, 41(26,7%) referente ao ano de 2011; 41 a 50 anos corresponderam a 26 (17,8%) individuas no ano de 2010 e, 32 (20,8%) em 2011; a ultima faixa etária analisada, de 51 a 59 anos representaram 15 (10,3%) clientes em 2010 e, 17 (11%) em 2011. Desse modo é possível verificar que a prevalência ocorreu nas mulheres entre a fase de 21 a 30 anos, tanto no ano de 2010 quanto em 2011.

Para Rama *et al*. (2008) a faixa etária de maior incidência de mulheres com alterações citológicas correspondeu aquelas entre 25 a 29 (29%) anos, dados conferíveis a esta pesquisa.

Silva (2006) em seu estudo caso-controle ao avaliar fatores de risco para neoplasia intraepitelial cervical através da colpocitologia oncótica, pesquisa de HPV, colposcopia e biópsia, observou associação entre faixa etária e lesão intraepitelial. Considerando o HPV o principal fator para desenvolvimento desse tipo de neoplasia, a idade é relevante, principalmente quando relacionada às ações de prevenção, visto que o início precoce da atividade sexual expõe à mulher a infecção por esse vírus, bem como a sua persistência no organismo gerando lesões.

Quanto ao grau de escolaridade, verifica-se no ano de 2010 somente 2 (1,3%), casos de mulheres que não possuíam grau de instrução e, no ano de 2011 não houveram registros de analfabetos; em relação ao 1º grau incompleto, verificou-se que em 2010 houve 16 (10,9%) episódios e em 2011 os registros apontaram uma redução, com 13 (8,4%) eventos; a escolaridade referente ao 1º grau completo exibiu valores em números idênticos, com 12 (8,2%) mulheres com essa escolaridade em 2010 e, 12 (7,8%) no ano de 2011; 2º grau incompleto foi relatado por 2 (1,3%) mulheres em 2010 e, 8 (5,2%) individuas em 2011; entre os dados notificados o título de 2º grau completo conferiram com maior prevalência com 25 (17,1%) mulheres em 2010 e, 17(11%) em 2011; o 3º grau incompleto foi referenciado apenas no ano de 2011 por 3 (2%) pessoas. Não foi verificado paciente com ensino superior completo no ano de 2010, porém no ano de 2011 houve 2 (1,3%) acontecimentos. Nesse quesito foi verificado 187 (62,3%) subnotificações no período analisado, 88 (60,2%) em 2010 e 99 (64,3%) em 2011.

Quanto a variante grau de escolaridade, Ribeiro (2005) sugere que essa relação com desenvolvimento de lesões intraepiteliais, pode ser justificada pela falta de conhecimento à cerca do exame de Papanicolau entre as mulheres menos instruídas. Carvalho e Queiroz (2011) acrescentam que o uso de linguagem inadequada e/ou termos técnicos podem dificultar a compreensão dessas patologias por parte das mulheres de baixa escolaridade, significando que o saber interfere em atitudes que beneficiarão ou não a percepção de risco a cerca de lesões pré- cancerígenas.

A maior parte da literatura manifesta significância ao comparar escolaridade, demonstrando que o risco para lesões cervicais cresce em mulheres com menos instrução, contudo observamos que houve maior incidência de dados subnotificados, revelando a dificuldade em analisar um dado isolado, uma vez que, sua associação deve levar em consideração outros fatores de risco.

Ao que se refere ao estado civil foi determinado pelos resultados que, no ano de 2010, as mulheres matrimoniadas correspondiam a 70 (47,9%) e, no ano de 2011 totalizaram 75 (48,7%); para as solteiras foram verificados no ano de 2010, 65 (43,1%) registros e, no ano de 2011, 62 (40,2%) pacientes; o estado civil de viúva apresentou uma pequena parcela com 1 (0,6%) mulher no ano de 2010 e, 2 (1,3%) pacientes em 2011; com a mesma proporção para as divorciadas, ora com 1 (0,6%) ocasião em 2010 e, 2 (1,3%) em 2011. Este fator social exibiu 11 episódios de omissão em 2010 (7,5%) e, 13 em 2011 (8,5%).

Neste estudo, as mulheres casadas foram as que mais apresentaram alterações, corroborando com Carvalho e Queiroz (2011), que mulheres com união conjugal adotam um padrão de confiabilidade e segurança em relação ao parceiro desfazendo-se de meios de prevenção de DST´s. Melo *et al*. (2009) menciona que a sociedade confere às mulheres casadas em relação as solteiras a falsa ideia que são possuidoras de certo grau de imunidade às doenças sexualmente transmissíveis. No estudo de Bezerra *et al.* (2005), 60% das mulheres com lesões cervicais eram casadas, sugerindo que a união matrimonial pode conduzir as esposas às doenças sexualmente transmissíveis, pois muitas vezes confiam na fidelidade de seus companheiros e não se protegem.

Quanto às lesões cervicais em viúvas e divorciadas, não foi possível qualquer tipo de relação, uma vez que a literatura não refere estes últimos como fatores de risco, já que o desenvolvimento de LIE e exposição para HPV dependem essencialmente de relação sexual. Nesse estudo apesar dessa condição civil, não há dados que relatam outros fatores de risco como o número de parceiros e uso de preservativo. Vale acrescentar que o uso de preservativo foi questionamento da pesquisa, porém houve 100% de subnotificação, obstando a avaliação do mesmo como fator de risco.

Neste estudo foram investigados os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais, conforme demonstrado na tabela 2. Para tanto, Pedregosa *et al.* (2010), afirma que a infecção por HPV possui relação íntima com o desenvolvimento de lesões intraepiteliais, mas, acrescenta que esse evento conta com co-fatores como: sexarca, uso de contraceptivo oral, antecedentes gestacionais, aborto, tabagismo e outras infecções genitais (Tabela 2).

**Tabela 2-** Demonstração dos fatores de risco para o desenvolvimento de lesão intraepitelial cervical em número (N) e porcentagem (%) conforme os anos de 2010 e 2011

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEXARCA** | | **Ano de 2010** | | | **Ano de 2011** | |
| **n** | **%** | | **n** | **%** |
| Antes dos 15 anos | | 2 | 1,3 | | 1 | 0,6 |
| De 15 a 18 anos | | 2 | 1,3 | | 3 | 1,9 |
| Depois dos 18 anos | | - | - | | 1 | 0,6 |
| Dado subnotificado | | 142 | 97,2 | | 149 | 96,9 |
| **TOTAL** | | **146** | **100** | | **154** | **100** |
| **CONTRACEPTIVO ORAL** | | **n** | **%** | | **n** | **%** |
| Já usou | | 4 | 2,7 | | 5 | 3,2 |
| Usa | | 3 | 2 | | 4 | 2,6 |
| Nunca | | - | - | | 2 | 1,3 |
| Dado subnotificado | | 139 | 95,2 | | 143 | 92,9 |
| **TOTAL** | | **146** | **100** | | **154** | **100** |
| **ANTECEDENTES GESTACIONAIS** | | **n** | **%** | | **n** | **%** |
| Multípara | | 36 | 24,6 | | 42 | 27,3 |
| Nulípara | | 7 | 4,7 | | 5 | 3,2 |
| Dado subnotificado | | 103 | 70,5 | | 107 | 69,5 |
| **TOTAL** | | **146** | **100** | | **154** | **100** |
| **ANTECEDENTES DE ABORTO** | | **n** | **%** | | **n** | **%** |
| Sim | | 14 | 9,5 | | 17 | 11 |
| Não | | 6 | 4,1 | | 15 | 9,7 |
| Dado Subnotificado | | 117 | 80,1 | | 122 | 79,3 |
| **TOTAL** | | **146** | **100** | | **154** | **100** |
| **TABAGISMO** | | **n** | **%** | | **n** | **%** |
| Nunca | | 2 | 1,3 | | 2 | 1,3 |
| Já usou | | 1 | 0,6 | | - | - |
| Usa | | - | - | | 1 | 0,6 |
| Dado subnotificado | | 143 | 97,9 | | 151 | 98,1 |
|  | **TOTAL** | **146** | **100** |  | **154** | **100** |

Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

A análise da variável sexarca demonstrou que, 2 (1,3%) mulheres em 2010 e 1 (0,6%) no ano de 2011 tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos; para 2 (1,3%) pacientes e 3 (1,9%), a sexarca ocorreu entre 15 e 18 anos, dados respectivos aos anos de 2010 e 2011; esse evento após os 18 anos foi registrado apenas no ano de 2011, sendo representado por 1 (0,6%) episódio.

Para Rocha (2008) a associação entre a sexarca e o câncer não pode ser ignorada, por servir de auxílio no conhecimento da história natural da infecção por HPV e a consequente prevenção das lesões precursoras.

Nascimento *et al.* (2005) afirmam que há uma tendência feminina em iniciar a vida sexual tão cedo quanto os homens, implicando em uma maior vulnerabilidade à doenças sexualmente transmissíveis e gestações em idade cada vez mais jovem. Corroborando com essa pesquisa, onde as maiorias das mulheres iniciaram a vida sexual até os 18 anos, Albring, Brentano & Vargas (2006), acrescentam que tem sido demonstrado em vários estudos que caso a atividade sexual ocorra antes dos 16 anos, o risco dobra para o desenvolvimento de câncer comparado aquelas que iniciam depois dos 20 anos. Machado *et al*. (2005) explicam que esse fenômeno deve-se ao fato de que o início precoce da atividade sexual, expõe um epitélio cervical ainda em maturação à fatores oncogênicos como HPV e, traumas sobre esse epitélio, decorrente do processo inflamatório resultante. Todavia, essa variável apresentou elevado número de subnotificação, correspondendo a 97% do total de dados referentes à sexarca, o que leva a uma não associação do fator sexarca com o aparecimento da lesão intraepitelial na população estudada.

Em relação aos dados inerentes ao uso de contraceptivo oral, foi visto que 4 (2,7%) mulheres em 2010 e 5 (3,2%) em 2011 relataram ter feito uso do mesmo. Ao passo que no período analisado, houve 3 (2%) pacientes em 2010 e, 4 (2,6%) em 2011, que usavam contracepção oral. Entretanto, em 2010 não consta registros de pacientes que nunca fizeram uso desse método, enquanto que em 2011 houve 2 (1,3%) ocorrências.

Diversos estudos epidemiológicos estão sendo realizados para investigação da relação entre o uso de contraceptivos orais com o desenvolvimento do câncer cervical, Teles (2010) menciona que mulheres que fazem o uso desse método tem maior probabilidade de se expor ao HPV do que aquelas que usam método de barreira ou não tem relação sexual, provavelmente porque os contraceptivos orais parecem interferir nas lesões induzidas por HPV e intensificam a expressão genética viral.

Para Machado *et al.* (2005) a exposição ou o tempo de exposição da mulher ao contraceptivo oral não é tão relevante, relevado pelo fato de promover maior liberdade sexual quando o problema focado é a gravidez. Parellada & Campaner (2011), concordam com Machado *et al.* (2005) e acrescentam que em um estudo realizado com 22.000 suecas demonstrou que a terapia hormonal para contracepção parece não ter nenhuma influência na ocorrência de lesão intraepitelial, o risco de desenvolvimento de câncer de colo de útero e morte por essa malignidade entre usuárias de contraceptivos hormonais e não usuárias, foi o mesmo.

Nesta variante também prevaleceu as subnotificações com 94% em todo o período. Contudo, os resultados da pesquisa apontam que 5,3% das mulheres entre 2010 e 2011, cujo uso de contraceptivo oral foram descrito em prontuário, apresentaram algum tipo de lesão cervical e, portanto esse fator deve ser melhor analisado devido ao elevado número de subnotificação, tornando-o inconclusivo.

No que tange a paridade, 36 (24,6%) pacientes em 2010 e, 42 (27,3%) em 2011relataram ser multíparas, enquanto que 7 (4,7%) mulheres em 2010 e 5 (3,2%) em 2011 apresentaram-se como nulíparas.

Nesse estudo a maior prevalência de multíparas com lesão intraepitelial cervical, torna esse fator concordante com os estudos de Fredizzi *et al.* (2008), que observaram em sua pesquisa a prevalência de LIE em mulheres com três ou mais gestações completas, significando que mais de uma gravidez eleva a chance de ocorrer frequência inadequada de coleta do exame Papanicolau, em comparação a ter tido apenas uma gravidez. Barroso, Gomes e Andrade (2011) acrescentam que o número de gestações estão associados a exposição do epitélio de transição da ectocérvice ao HPV.

Para Pereira (2006), a paridade é um fator consistente no que tange às lesões cervicais, não tendo sido encontrado relação com abortos espontâneos ou provocados, isso devido ao trauma da cérvice uterina durante o parto e o aumento de susceptibilidade à infecção devido à imunossupressão, influencias hormonais e deficiências dietéticas.

Em relação ao aborto como fator de risco para o desenvolvimento de lesão intraepitelial cervical, 14(9,5%) mulheres apresentaram pelo menos um aborto em 2010 e, 17 (11%) em 2011. A não manifestação do abortamento observou-se nos registros de 6 (4,1%) mulheres em 2010 e, em 15 (9,7%) mulheres em 2011.

Um estudo realizado por Melo *et al.* (2009) em uma cidade norte do Paraná, 20% das pacientes já tiveram aborto, em Fortaleza Ceará, 35% relatam esse evento segundo a pesquisa de Bezerra *et al.* (2005). Todavia, nessa pesquisa, esse dado foi omitido em 239 prontuários. Nota-se, porém, o crescimento tanto de pacientes com histórico de aborto, como as que não relataram o acontecimento, demonstrando que os antecedentes de aborto devem ser melhor avaliados nessa população, para que o mesmo possa constituir um fator de risco consistente.

Neste contexto, vale mencionar que a subnotificação quanto aos antecedentes obstétricos, tanto quando se refere à gestação ou ao aborto, expõe-se de forma muito elevada, dificultando a dimensão real deste fator de risco para o desenvolvimento de uma lesão intraepitelial cervical.

E por fim, o último fator de risco avaliado nesta tabela para predisposição de LIE se deve ao tabagismo. Esse dado, registra que 2 (1,3%) mulheres em 2010 e outras 2 (1,3%) no ano de 2011 não são tabagistas; notou-se apenas 1 (0,6%) caso de ex-tabagista, fato que ocorreu no ano de 2010; enquanto que o uso de cigarro só foi registrado no ano de 2011 em 1 (0,6%) prontuário.

Segundo estudos, o tabagismo estabelece importante relação com desenvolvimento de câncer, e entre as mulheres essa incidência é crescente, devido à difusão do hábito de fumar entre o sexo feminino, assim, pesquisas apontam que mulheres tabagistas apresentam risco de desenvolver neoplasia intraepitelial 2,8 vezes maior se comparadas às não fumantes (ARCARO *et al*., 2010). Pinto, Túlio & Cruz (2002), apontam que a exposição, idade de início, período e frequência de consumo de cigarros, parece influenciar na incidência de lesões intraepiteliais e de câncer cervical, devido à exposição direta do DNA de células epiteliais cervicais às componentes do tabaco como nicotina e cotidina e às componentes da fumaça do cigarro, que segundo Teles (2010) essas substâncias parecem alterar a reposta imunológica local e danificar o DNA das células cervicais.

Esse fator relevante como é demonstrado em diversos estudos, apresenta-se bastante subnotificado nesta pesquisa, não podendo oferecer resultado efetivo quanto a sua relação com a predisposição do desenvolvimento de lesões intraepiteliais cervicais, na população estudada.

Ao que se refere às informações pautadas sobre a distribuição quanto à associação da lesão intraepitelial com as infecções genitais, verificou-se os seguintes dados, demonstrados na tabela a seguir (Tabela 3).

**Tabela 3-** Distribuição quanto à associação de lesão intraepitelial com as infecções genitais em número (N) e porcentagem (%) conforme os anos de 2010 e 2011

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFECÇÕES GENITAIS** | **Ano de 2010** | | **Ano de 2011** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| *HPV* | 47 | 27,9 | 53 | 32,3 |
| *Gardinerela* | 21 | 12,5 | 17 | 10,4 |
| *Candidiase* | 15 | 8,9 | 14 | 8,5 |
| *Clamidia* | 7 | 4,2 | 2 | 1,2 |
| *Tricomoniase* | 7 | 4,2 | 1 | 0,6 |
| Paciente não apresentou/  Dado subnotificado | 70 | 41,7 | 77 | 46,9 |
| **TOTAL** | **168** | **100** | **164** | **100** |

Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

De acordo com a tabela acima, as infecções genitais mais registradas foram: o HPV com 47 (27,9%) casos em 2010 e, 53 (32,3%), em 2011; seguida por gardinerela com 21 (12,5%) episódios em 2010 e, 17 (10,4%) no ano de 2011; a candidiase foi diagnosticada em 15 (8,9%) mulheres em 2010 e em 14 (8,5%) no ano de 2011; Clamidia em 7 (4,2%) pacientes em 2010 e, em 2 (1,2%) correspondente ao ano de 2011; a Tricomoníase apresentou 7 (4,2%) incidências em 2010 e 1 (0,6%) em 2011. Neste aspecto houve predominância dos dados subnotificados ou daqueles com ausência de infecções genitais por parte da população estudada, totalizando 70 eventos (41,2%) no ano de 2010 e, 77 em 2011 (46,9%). É cabível relatar que nesta variável também se optou em registrar os números de pessoas infectadas pelo HIV, porém não houve sequer uma ocorrência entre os prontuários analisados, considerando 100% de subnotificação.

É válido mencionar que neste estudo uma mesma mulher apresentou-se como portadora de mais de uma infecção genital em algumas ocasiões, dado condizente ao se comparar os valores totais de prontuários investigados, perfazendo 300, com os valores ora proporcionados, totalizando 332, como demonstra a tabela 3.

Há estudos que relatam, que as lesões intraepiteliais cervicais tem ligação expressiva com as DST’s. Dentre outras, a infecção por *Clamydia trachomatis*, Gonorréia, Herpes simples, tricomoníase, HIV, podem favorecer ao manifesto de lesão intra epitelial cervical, chance, cinco vezes maior sobre aquelas que não possuem DST’ s. Ainda não há uma explicação exata, levando a considerar que podem agir como co-fatores no acionamento dos mecanismos de alteração celular.

O HPV desempenha papel fundamental na carcinogênese do colo de útero, associados com outros fatores que influenciam de forma direta ou indireta na disposição ou não de mudanças no epitélio escamoso cervical que podem progredir para o câncer, visto que o *Papilomavírus humano* é um parasita intracelular obrigatório capaz de infectar células mitoticamente ativas do epitélio pavimentoso da camada basal, fato que elucida o comprometimento por lesões na junção escamocolunar, parte composta por células basais e parabasais do epitélio (PINTO, TÚLIO & CRUZ, 2002).

O risco de mulheres com HPV desenvolverem o câncer cervical estabelece uma margem de 100 a 300 vezes maior sobre aquelas que não apresentam tal infecção. Essa associação está relacionada ao tipo de HPV, carga viral, constância de agressão e outros fatores Atualmente a correlação entre a lesão intra epitelial e o HPV, é um fato vastamente aceito, porém nem todas as mulheres que são infectadas pelo HPV desenvolverão câncer cervical (BORY *et al.*, 2002; BEZERRA *et al.*, 2005; BEKKERS *et al.*, 2006). Estudos de Wallboomers *(1999)* corrobora presença de HPV em 99,7% das amostras avaliadas, fato este não condizente com os dados mensurados, já que não houve predominância da presença de HPV no grupo amostra, relevado pelo grau de subnotificação encontrado na pesquisa.

A presença de infecções por *Gardinerella vaginalis* e *Candida sp.* neste estudo manteve valores não tão significativos quando comparados à amostra. Quanto a essas infecções genitais, foram encontrados poucos estudos relacionando-as ao desenvolvimento de lesões intraepiteliais. Araujo (2009) expõe 11,8% de mulheres com infecção por gardinerella e, 5,7% por candidiase. Outro estudo comparando a prevalência de gardinerella e tricomoníase, infecção logo mais discutida, realizado por Costa & Barros (2011), evidenciou percentagem de 3,3% e 1,7% respectivamente. Fundamentando-se em tais ressalvas notam-se valores aproximáveis aos da pesquisa.

Ao abordar infecção como a clamydia notou-se também que houve incidência com pouca relevância. Felice (2005) cita em seus estudos, que a *Clamydia trachomatis* sintetiza uma proteína (heat schot proteínas 60- HSP60), a qual durante uma infecção persistente age de modo anti- apoptótica, assim, as proteínas clamydianas poderiam sensibilizar os linfócitos, respondendo de modo cruzado com as proteínas de choque térmico (PCT) humanas, facilitando na carcinogênese pelo mecanismo de hipersensibilidade tardia.

Pelas investigações observa-se que os resultados quando se refere à associação das lesões precursoras da cérvice com a *Clamydia trachomatis* mostram-se contraditórios, já que não evidenciou valor significativo nos períodos abordados na pesquisa. Deste modo, contradiz estudos como aquele realizado por Oliveira *et al.* (2008), representado por 70 mulheres atendidas no ambulatório especializado no ano de 2007 em Recife, o qual expôs ao final, que há uma correlação das alterações citológicas do útero com a apresentação de *Clamydia trachomatis*, justificada pela expressiva frequência desta infecção em pacientes que apresentavam alterações na cérvice uterina, correspondente a 80%. Em outro estudo realizado na Argentina, por meio de técnicas com ácidos nucleicos, realizado por Golijow *et al*. (2005), 67% da amostra que tinha alteração citológica possuía infecção por *Clamydia trachomatis* e, 99% por HPV. Entretanto estudos como o de Reesink- Peters *et al*. (2001) e, Edelman *et al*. (2000) demonstraram condizer aos resultados aqui encontrados por não estabelecer significância entre a citologia e a microbiota cervicovaginal ora discutidas.

Segundo estudos mulheres com tricomoníase tem predisposição a infertilidade, câncer cervical e doença inflamatória pélvica (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Em uma investigação realizada por Gram *et al.* (1992), 39% das mulheres infectadas pelo Trichomonas vaginalis exibiam lesão intra epitelial cervical, colocação desfavorável aos resultados desta pesquisa. Em uma análise similar a tal comparação Araújo (2009) constatou uma menor incidência da tricomoníase com 1,2%, resultado aproximado aos da pesquisa no município de Barreiras-BA.

Nesse contexto, fica explicito a prevalência da subnotificação ou da ausência de uma das infecções abordadas na tabela acima detalhada. Desta forma, a correlação da lesão intraepiletial cervical com a infecção genital tornar-se difícil devido a quantidade de prontuários que omitiram a informação, oscilando quantos aos dados devido a não certeza se a informação foi omitida ou se a paciente não apresentava alguma infecção.

Ao que diz respeito a variável das alterações citológicas indicativas de lesão intraepitelial cervical, foi possível observar os seguintes dados, abordados na tabela subsequente (Tabela 4).

**Tabela 4-** Categorização das alterações citológicas indicativas de lesão intraepitelial cervical em número (N) e porcentagem (%) conforme os anos de 2010 e 2011

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS** | | **Ano de 2010** | | | **Ano de 2011** | |
| **n** | **%** | | **n** | **%** |
| AGUS | | 6 | 4,1 | | 6 | 3,9 |
| ASC-US | | 59 | 40,4 | | 55 | 35,8 |
| LIE-BG | | 58 | 39,8 | | 77 | 50 |
| ASC-H | | 1 | 0,7 | | 4 | 2,6 |
| LIE- AG | NIC 2 | 5  7  10 | 3,4    4,8    6,8 | | 4  5    3 | 2,6  3,2  1,9 |
| NIC 2/3 |
| NIC 3 |
| **TOTAL** |  | **146** | **100** |  | **154** | **100** |

Fonte: Pesquisa de campo, 2012.

No requisito referente à distribuição das alterações citológicas sugestivas de lesão intraepitelial cervical verificou-se prevalência das lesões de baixo grau com 58 (39,8%) eventos no ano de 2010 e, 77 (50%) em 2011, observando o aumento de 6,3%; seguidas pela presença de Atipias em Células Escamosas de Significado Indeterminado- ASCUS, correspondente a 59 (40,4%) o ano de 2010 e, 55 (35,8%) em 2011; logo após constatou 22 casos de lesões de alto grau em 2010, distribuídos por 7 (4,8%) do tipo NIC 2/3, 10 (6,8%) do NIC 3 e, 5 (3,4%) do NIC 2, no ano de 2011 evidenciou 12 episódios, 5 (3,2%) satisfaz ao tipo NIC 2/3, 3 (1,9%) ao NIC 3 e, 4 (2,6%) ao NIC 2, totalizando 15% no primeiro ano e 7,7% no ano conseguinte; as Atipias em Células Glandulares de Significado Indeterminado (AGUS), com estimas similares em número, totalizando 6 (4,1%) em 2010 e, 6 (3,9%) em 2011. Abaixo vem na classificação ASC-H conferindo 1 (0,7 %) evento referido ao ano de 2010 e, 4 (2,6%) ao ano de 2011, dados dispostos conforme informado na tabela acima (Tabela 4).

Diante dos subsídios disponíveis houve compatibilidade nos resultados encontrados de acordo com Junior *et al.* (2009), já que em seu estudo deparou 48% de LSIL, seguido por HSIL com 29%, 17% de ASC-US, 3% de carcinoma invasor e 3% de AGUS.

LSIL é considerada de ignóbil risco, cuja procedência em sua maioria ocorre no epitélio escamoso maduro da cérvice (KOSS; GOMPEL, 2006). Nesta possui células basais bem determinadas, estratificação horizontal, distinção escamosa para superfície e, figuras de mitoses, sobretudo acima da lamina basal (DEMAY, 2005). Vale referir que as irregularidades nucleares são ínfimas, é comum notar coilócitos, modificações citopáticas encontradas na espessura total do epitélio, devido infecção pelo HPV (BRITO, 2011).

Nas pesquisas consideradas Pias & Vargas (2009) relatam que de 115 laudos a maioria eram compostas por ASC com prevalência de 53% e, Gontijo *et al.* (2004) expõe que de 209 alterações, 157 (75%) equivale a esta. Portanto, a alíquota de ASC-US nesta pesquisa contradiz, entretanto demonstra significância, justificado por valores elevados.

É cabível acrescer segundo Silveira, Mendes & Pereira (2007), que as células de significado indeterminado e lesões de baixo grau são encontradas com maior frequência em achados citológicos anormais. Afirmação análoga às informações ora encontradas.

As células Escamosas Atípicas são anormalidades nas células indicativas de lesão intraepitelial cervical, com núcleos de duas a três vezes maiores que aqueles encontrados normalmente nas células intermediárias, o seu contorno comumente é bem definido, fino e liso, mas em algumas ocasiões pode ser ligeiramente irregular, apresentando hipercromasia, cromatina regular, continua e, sem granulosidade, porém não é possível definição conclusiva em nível de insuficiência quanti/qualitativamente (MEISELS & MORIN, 1997; BETHESDA, 2001).

A ocorrência de LIE-AG de acordo com Uchimura *et al.* (2012) foi superior ao deparado na respectiva pesquisa, com maior coeficiente de lesão de alto grau (33,2%), seguida por lesão de baixo grau (20,4%), câncer invasor (7%) e cervicivite crônica (39,4%). Nesta esfera observa-se contradição com os dados informados, porém outros autores já mencionados abordam resultados semelhantes, ainda vale ressaltar, que Uchimura *et al.* não incluiu as atipias de significado indeterminado, item aqui empregado.

Relacionado aos valores de AGUS, foi observado que houve a mesma quantificação entre os anos, porém quanto tal alteração houve precariedade literária na comparação dos valores, com porcentagens aproximáveis aos da pesquisa de Junior *et al.* (2009) que demonstrou menor índice com equivalência de 3%.

Quanto ao indicante de ASC-H não foi encontrado bibliografias que comprovassem sua incidência, fato que dificulta a comparação entre os dados aqui mencionados, talvez a insuficiência pode ser elucidada pela classificação imprecisa, que não a classifica como uma LIE-AG, porém não exclui como hipótese diagnóstica.

Ao que se refere o tratamento mais utilizado em lesões consideradas ou sugestivas de baixo grau, notou-se os seguintes valores, abaixo demonstrados (Tabela 5).

**Tabela 5-** Distribuição quanto ao tratamento mais utilizado em lesões consideradas ou sugestivas de baixo grau: LIE-BG, ASC-US e AGUS, em número (N) e porcentagem (%) conforme os anos de 2010 e 2011

(Continua)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LIE-BG** | **Ano de 2010** | | **Ano de 2011** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Tratamento de controle | 1 | 1,7 | 20 | 25,9 |
| Tratamento medicamentoso | 11 | 18,9 | 8 | 10,4 |
| CAF | 5 | 8,6 | 13 | 16,9 |
| Tratamento medicamentoso e CAF | 6 | 10,3 | 4 | 5,2 |
| Tratamento medicamentoso e controle | 1 | 1,7 | 6 | 7,8 |
| CAF e tratamento de controle | - | - | 5 | 6,5 |
| Cauterização | 1 | 1,7 | 2 | 2,6 |
| Tratamento medicamentoso e cauterização | 2 | 3,4 | - | - |
| Tratamento medicamentoso, conização e CAF | 1 | 1,7 | - | - |
| Conização e CAF | 1 | 1,7 | 1 | 1,3 |
| Tratamento medicamentoso e Histerectomia | - | - | 1 | 1,3 |
| Conização | 1 | 1,7 | - | - |
| Dado subnotificado | 28 | 48,2 | 17 | 22 |
| **TOTAL** | **58** | **100** | **77** | **100** |
| **ASC-US** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Tratamento medicamentoso | 14 | 23,7 | 9 | 16,3 |
| Tratamento de controle | 3 | 5 | 13 | 23,6 |
| Tratamento medicamentoso e CAF | 7 | 11,9 | 5 | 9 |
| Tratamento medicamentoso e controle | - | - | 1 | 1,8 |
| CAF | - | - | 5 | 9,1 |
| Tratamento medicamentoso e histerectomia | 1 | 1,7 | - | - |
| Cauterização | 1 | 1,7 | 2 | 3,6 |
| CAF e conização | - | - | 2 | 3,6 |
| Conização | 1 | 1,7 | - | - |
| Cauterização e tratamento de controle | - | - | 1 | 1,8 |
| Tratamento medicamentoso, cauterização e CAF | 1 | 1,7 | - | - |
| Dado subnotificado | 32 | 54,2 | 17 | 31 |
| **TOTAL** | **59** | **100** | **55** | **100** |

**Tabela 5-** Distribuição quanto ao tratamento mais utilizado em lesões consideradas ou sugestivas de baixo grau: LIE-BG, ASC-US e AGUS, em número (N) e porcentagem (%) conforme os anos de 2010 e 2011

(Conclusão)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AGUS** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Tratamento medicamentoso | 2 | 33,3 | 2 | 33,3 |
| Tratamento medicamentoso e CAF | 1 | 16,6 | - | - |
| Tratamento de controle | - | - | 1 | 16,6 |
| Dado subnotificado | 3 | 50 | 3 | 50 |
| **TOTAL** | **6** | **100** | **6** | **100** |

Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Para o diagnóstico de LIE-BG o acompanhamento de controle foi realizado em 1 (1,7%) paciente no ano de 2010 e em 20 (25,9%) no ano seguinte; a terapia medicamentosa foi a escolha para 14(23,6%) mulheres em 2010 e para 8 (10,4%) em 2011; o uso da CAF foi necessário em 5 (8,6%) pacientes em 2010 e, em 13 (16,9%) no ano de 2011; a associação de medicamento com CAF foi útil em 6 (10,3%) casos em 2010 e 4 (5,2%) no ano de 2011; medicamento associado ao controle foi verificado em 1 (1,7%) prontuário em 2010, enquanto 6 (7,8%) registravam esse método em 2011; CAF em associação ao controle foi o procedimento para apenas 5 (6,5%) pacientes, cuja informação consta somente no ano de 2011; a cauterização foi realizada em 1 (1,7%) paciente em 2010 e em 2 (2,6%) no ano seguinte, associação da terapia medicamentosa com a cauterização ocorreu somente no ano de 2010 para 2 (3,4%) mulheres; o uso da associação da terapia medicamentosa, conização e CAF foi necessário para 1 mulher (1,7%) em 2010, não havendo registros dessa conduta em 2011; a conização junto com CAF foi adotado para 1 mulher representando 1,7% em 2010 e 1,3% em 2011; o tratamento medicamentoso com histerectomia apresentou uma referência, e apenas no anos de 2011, com um caso (1,3%); e a conização foi o tratamento de escolha para 1 mulher (1,7%), informação registrada apenas em 2010.

Neste estudo o principal tratamento utilizado foi o controle, seguido pela terapia medicamentosa, cujo Roberto Neto *et al.* (2001) corroboram em tratar dos processos inflamatórios com uso de medicamentos e acrescenta que há necessidade em realizar novo exame após seis meses. Sendo relevante abordar que durante a coleta de dados, o tratamento medicamentoso foi utilizado com objetivo de promover a cicatrização tissular e por isso mesmo também está relacionado à procedimentos como CAF, cauterização e conização, e diante das diretrizes do PNCC, o controle deve ser o método mais abordado perante esse diagnóstico. A histerectomia apresentou pouca frequência, porém, para Aidé *et al*. (2009) esse método não deve ser utilizado para LIE-BG, todavia, na análise de prontuário, notou-se que esse procedimento foi realizado em uma paciente, o que significa a ocorrência de subnotificação a respeito da evolução da lesão justificando a conduta.

De acordo com o diagnóstico de ASC-US, as condutas mais frequentes foram: o tratamento medicamentoso em 14 (23,7%) mulheres em 2010 e 9 (16,3%) em 2011; o controle foi o método de escolha para 3 (5%) pacientes em 2010 e para 13 (23,6%) no ano de 2011; a associação de medicamento com CAF foi necessária em 7(11,9%) casos no ano de 2010 e em 5 (9%) em 2011; o uso de medicamento simultaneamente ao controle verificado apenas em 1(1,8%) episódio registrada em 2011; a CAF foi realizada em 5 mulheres (9,1%) em 2011, não houve informação a cerca desse método no ano de 2010; o tratamento medicamentoso e a histerectomia apresentou 1 (1,7%) registro, que consta no ano de 2010; a cauterização foi necessária para 1 (1,7%) paciente em 2010 e, para 2 (3,6%) no ano seguinte; o uso de CAF associado a conização foi feito em 2 mulheres (3,6%), constando informação apenas em 2011; a conização foi o método de escolha para apenas 1(1,7%) mulher, cuja informação consta apenas no ano de 2010; a associação de cauterização e controle foi referida apenas no ano de 2011 como tratamento realizado por 1 paciente (1,8%); e por último, o tratamento medicamentoso, associado à cauterização e CAF apresentou um episódio, no ano de 2010, sendo necessária para apenas 1 (1,7%) cliente.

Nesta pesquisa, houve prevalência do tratamento medicamentoso em mulheres com diagnóstico de ASC-US. Para esse diagnóstico, Barcelos (2008), sugere que duas estratégias poderiam ser adotadas: a realização de teste para HPV, se positivo para genótipo de alto risco, realiza-se a colposcopia, ou o controle semestral. Todavia, de acordo com a revisão do Sistema Bethesda em 1991, a conduta para as ASC-US, deve seguir os seguintes critérios: em episódios que favorecem o processo reacional (benigno), sugere-se o rastreamento de controle, porém, se o resultado favorecesse neoplasia a colposcopia era recomendada, e em casos de ASC-US, sem qualificação, tratar o processo inflamatório e realizar controle em intervalos mais curtos era aconselhado (CYTRYN, 2008). Ainda segundo o mesmo autor, o uso da terapia medicamentosa justifica-se a medida que a definição da citologia ASC-US é dificultada com a presença de alterações inflamatórias, degenerativas ou dessecamento com aumento nuclear, podendo mascarar lesões mais agressivas.

Das mulheres com lesões diagnosticadas AGUS, em 2010 2 (33,3%) pacientes realizaram o tratamento medicamentoso e outras 2 (33,3%) pacientes no ano seguinte também utilizaram o tratamento medicamentoso; a associação de medicamento com CAF foi o método de escolha para 1 (16,6%) paciente no ano de 2010 e o controle foi feito em 1(16,6%) mulher com registro apenas no ano de 2011.

Pinto *et al.* (2006), ao analisar o comportamento biológico e o tipo histológico alterado na biopsia, em mulheres com diagnóstico prévio de AGUS, observou o predomínio de alterações histológica benignas em células glandulares (reacionais ou inflamatórias). Campaner *et al.* (2007) acrescenta que AGUS pode subdividir-se em: células glandulares atípicas endocervicais ou endometriais, quando o estudo morfológico permite essa diferenciação, ou, células glandulares atípicas sem outras especificações, quando não a definição de sua origem. Diante do exposto, a conduta recomendada pelo INCA (2012) independentemente do tipo de AGUS é a conização, contrapondo a utilização da terapia medicamentosa que apareceu mais frequente na população estudada.

Em relação ao tratamento mais utilizado em citologias consideradas ou sugestivas de lesão de alto grau, têm-se os seguintes dados (Tabela 6).

**Tabela 6 -** Distribuição quanto ao tratamento mais utilizado em lesões consideradas ou sugestivas de alto grau: LIE-AG e ASC-H em número (N) e porcentagem (%) conforme os anos de 2010 e 2011.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LIE-AG** | **Ano de 2010** | | **Ano de 2011** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| CAF | 5 | 22,7 | 3 | 25 |
| Tratamento medicamentoso e CAF | 4 | 18,2 | 1 | 8,3 |
| Conização | 2 | 9,1 | 1 | 8,3 |
| Conização e CAF | 1 | 4,5 | 2 | 16,7 |
| Tratamento medicamentoso | 1 | 4,5 | - | - |
| Tratamento medicamentoso e cauterização | 1 | 4,5 | - | - |
| Conização, CAF e tratamento de controle | - | - | 1 | 8,3 |
| Tratamento de controle | - | - | 1 | 8,3 |
| Tratamento não esclarecido | 8 | 36,4 | 3 | 25 |
| **TOTAL** | **22** | **100** | **12** | **100** |
| **ASC-H** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Tratamento medicamentoso e CAF | - | - | 1 | 25 |
| LEEP | - | - | 1 | 25 |
| Tratamento de controle | - | - | 1 | 25 |
| Tratamento não esclarecido | 1 | 100 | 1 | 25 |
| **TOTAL** | **1** | **100** | **4** | **100** |

Fonte: Pesquisa de Campo, 2012

As lesões intraepiteliais de alto grau, foram tratadas com CAF em 5 (22,7%) casos no ano de 2010 e, em 3 (25%) no ano seguinte; a terapia medicamentosa junto com CAF foi o método de escolha para 4 (18,2%) pacientes em 2010 e para 1 (8,3%) em 2011; o uso da conização foi indicado em 2 (9,1%) casos em 2010 e 1 (8,3%) no ano seguinte; a associação de conização com a CAF foi necessária em 1 (4,5%) mulher em 2010 e, em 2 mulheres (16,7%) no ano de 2011; o tratamento medicamentoso apresentou apenas 1(4,5%) uma indicação, com registro somente no ano de 2010; a terapia medicamentosa associada a cauterização foi o método de escolha para 1 (4,5%) paciente no ano de 2010, não havendo registro desta conduta em 2011; a conização associada a CAF e ao controle foi realizado em 1 mulher (8,3%) em 2011, assim como o método de controle indicado para 1mulher (8,3%) nesse mesmo ano, não havendo portanto, registros desta conduta no ano de 2010.

De acordo com o Manual de Orientação do Trato Genital Inferior da (BRASIL, 2010), em pacientes com LIE-AG com idade inferior a 20 anos, é possível realizar o controle semestralmente, caso a paciente seja assídua nos seus retornos entretanto, em pacientes acima de 20 anos de difícil controle o tratamento de escolha é a excisão da zona de transformação através da CAF, método utilizado com mais frequência neste estudo. Para Oliveira *et al.* (2011) ainda não há consenso quanto a abordagem terapêutica, porém se há confirmação para LIE-AG também recomenda CAF, exceto em mulheres grávidas. Fonseca, Tomasich & Jung (2011), apontam que essa escolha pode estar relacionada com menor risco de recorrência quando comparada a conização.

O diagnóstico de ASC-H foi o menos frequente, de acordo com a tabela nº 6, das 4 pacientes com esse tipo de lesão, houve 1 mulher (25%) em 2010 com o tratamento não esclarecido. Em 2011, 1 paciente (25%) fez uso de medicamento associado à CAF; 1 (25%) foi tratada somente com CAF, e 1 (25%) fez apenas o controle.

Cytryn (2008) definiu ASC-H como anormalidades celular que se assemelham às LIE-AG, porém, carecendo de critérios definitivos para tal. Deste modo, Martins & Focci (2005) sugerem a investigação através da biopsia se é uma LIE-AG, e obtendo a confirmação deve ser realizada a CAF como no presente estudo. A Sociedade Americana de Colposcopia e Patologia Cervical (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology – ASCCP) esclarece que essa conduta é em razão a maior probabilidade de resultado positivo para HSIL quando comparado a citologia de ASC-US. ASC-H é um diagnóstico impreciso de lesão de alto grau, a precariedade literária a respeito das condutas terapêuticas pode estar relacionada ao fato de que a decisão do tratamento depende do resultado da colposcopia, e não somente da alteração, explicando o uso do método de controle.

Quanto aos dados da evolução e regressão da lesão intraepitelial cervical em mulheres diagnosticadas citopatologicamente, observam-se as seguintes informações, conforme demonstrados na tabela consecutiva (Tabela7).

**Tabela 7-** Disposição quanto à evolução e regressão das lesões intraepitelias em número (N) e porcentagem (%) conforme os anos de 2010 e 2011.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EVOLUÇÃO/ REGRESSÃO** | | | **Ano de 2010** | | **Ano de 2011** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| **EVOLUÇÃO** | ASC-US/ LIE-BG | | 7 | 4,8 | 4 | 2,5 |
| ASC-US/ LIE-AG | | 4 | 2,7 | 2 | 1,3 |
| ASC-US/ Carcinoma *insitu* | | 1 | 0,7 | - | - |
| LIE-BG/ LIE-AG | | 6 | 4,1 | 7 | 4,5 |
| LIE-BG/ carcinoma  *insitu* | - | | - | 1 | 0,6 |
| **REGRESSÃO** | LIE-BG/ ASC-US | | - | - | 1 | 0,6 |
| LIE-BG/ AGUS | | - | - | 1 | 0,6 |
| ASC-H/ LIE- BG | | - | - | 1 | 0,6 |
| LIE-AG/ LIE-BG | | 2 | 1,3 | 2 | 1,3 |
|  | Dado subnotificado/ Quadro mantido | | 126 | 86,4 | 135 | 87,7 |
| **TOTAL** |  | | **146** | **100** | **154** | **100** |

Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

Conforme observado na tabela citada acima referente ao quesito evolução da doença, notou-se de uma forma geral que pacientes com LIE-BG desenvolveram LIE-AG em maior incidência, totalizando em 2010, 6 (4,1%) evidências e, 7 (4,5%) em 2011; seguidas pela modificação ASC-US para LIE-BG com 7(4,8%) evoluções em 2010 e, 4 (2,5%) em 2011; ASC-US para LIE-AG registrou 4 (2,7%) episódios em 2010 e 2 (1,3%) em 2011; a alteração de ASC-US para carcinoma *in situ* registrou apenas 1 caso em 2010, não se apresentando no ano de 2011. A evolução de LIE-BG/ Carcinoma *insitu*, observou-se somente no ano de 2011, com 1 (0,6%) episódio.

As lesões de baixo grau segundo Murta *et al.* (2000) pode regredir, persistir ou evoluir para câncer cervical, o que acontece em quase 1 a 3% dos eventos. Isso denota pouca relevância, já que a maioria das LIE-BG tendem a regressão espontânea, caso ocorra de forma adequada o tratamento controle ou seguimento das pacientes, sem necessidade de outro tratamento (AERSSENS *et al*., 2009).

O que sobreveio no estudo ora exposto foi uma maior progressão das lesões de baixo grau, esses acontecimentos podem ser esclarecidos pela conduta terapêutica não adequada, ou, devido à subnotificação que não nos revela de forma fidedigna o que aconteceu com essas neoplasias, se elas persistiram, regrediram ou progrediram.

As lesões de alto grau tem uma forte tendência em evoluir para um câncer invasor, isso se não houver acompanhamento terapêutico (ZURHAUSEN, 2000). Nesta pesquisa observou-se com menor índice tal progressão, demonstrando que de 12 casos em 2011, apenas 1 progrediu para um carcinoma e, de 22 em 2010, nenhum houve alteração.

Quanto aos casos em que houve regressão da doença foram registrados entre os anos de 2010 e 2011 no total 7, ocorrendo com maior frequência regressão da LIE-AG para LIE-BG, correspondendo 2 (1,3%) eventos em 2010 e, 2 (1,3%) em 2011; acompanhado pelos casos de LIE-BG/ ASC-US, LIE-BG/ AGUS e, ASC-H/ LIE-BG, as quais não foram verificados no ano de 2010 e tiveram 1 ocorrência em 2011 (0,6%).

Fundamentando-se em estudos, a lesão que tem maior chance de regressão corresponde aquelas de baixo grau, justificado pela localização da alteração, cuja se encontra exposta ao meio externo (KOSS; GOMPEL, 2006). Isso fica evidente em dados encontrados por Costa & Barros (2011), que mencionam regressão em 60% de pacientes com LIE-BG, já em relação à tendência de uma lesão de alto grau regredir, foi verificado que não é um dado insignificante, porém a maioria persistiu com o quadro e, a minoria evoluiu, informações cabíveis a tal contexto.

É válido mencionar neste aspecto que os episódios em que houve registro de regressão e evolução foram poucos considerando o grupo amostra. No entanto o grau de subnotificação, ou, mesmo dados que correspondem à persistência da lesão sem progressão ou regressão, é muito grande, dificultando a analise dos dados, assim como a correlação com outras literaturas, impedindo a avaliação da eficácia do tratamento proposto. Vale referir que diante de todos os prontuários analisados, não constavam informações sobre a finalização do tratamento. Nesta situação os subsídios a cerca da evolução e regressão das lesões intraepiteliais cervicais, reflete a precariedade no acompanhamento destas pacientes pelo serviço de saúde, desde à sua entrada na unidade até a alta.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo surgiu do interesse em compreender a incidência das lesões precursoras do câncer de colo de útero no município de Barreiras-BA, assim como o prognóstico da incidência de um câncer cervical, já que o aumento deste carcinoma no Brasil é tão significativo, constituindo um grave problema de saúde pública e ressaltando a importância no direcionamento de ações para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.

A pesquisa considerou 300 prontuários, mediante dados inerentes as alterações citopatológicas, em um período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. Logo, neste estudo, efetivado no município de Barreiras-BA, em que a idade das pacientes variou de 12 a 59 anos, a alteração citopatológica mais frequente foi a LIE-BG ou também conhecida como LSIL, atingindo pacientes em sua maioria com a faixa etária entre 21 a 30 anos, matrimoniadas e, com escolaridade de nível médio.

Os fatores de risco que envolve essa população foi um quesito com elevado grau de subnotificação, não proporcionando resultados fidedignos quanto à relação com o desenvolvimento de lesões, obstando a compreensão quanto à velocidade de evolução ou regressão.

Quanto às infecções genitais foi observado que o HPV, apesar de não demonstrar maior prevalência, devido o grande percentual de dados subnotificados, mostrou-se significância, evidenciando concordância com outros estudos que mulheres com HPV estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de câncer cervical.

A notificação é um exercício de extrema relevância no que diz respeito à prática de proteção à saúde pública e intervenção adequada na assistência à saúde dos indivíduos. Porém, o que foi observado nesta pesquisa, é que essa ação, em muitos aspectos foi pouco realizada, limitando o trabalho e favorecendo para o detrimento de dados reais e necessários, interferindo diretamente nos indicadores epidemiológicos.

A prevalência nesta comuna de mulheres portadoras de lesões consideradas ou sugestivas de baixo grau, determinadas pela LIE-BG e ASC-US, evidencia probabilidade de cura muito grande, justificado pela lenta evolução das lesões intraepiteliais e classificação considerada de baixo risco. Para tanto, faz-se necessário manter a conduta correta, aumentando a expectativa de alta por cura da paciente. O que se vê após análise dos dados, é que as condutas terapêuticas frente essas lesões, muitas vezes são realizadas precipitadamente, persistindo o quadro da paciente. Entretanto, notou-se que o seguimento, conduta mencionada pelas literaturas como a mais apropriada, apresentou uma elevação muito significativa de um ano para o outro, o que possibilita corroborar que os profissionais desta cidade estão conduzindo melhor sua clientela.

Neste contexto, é válido mencionar que o diagnóstico da paciente não pode ser analisado isoladamente por uma citologia, necessitando de uma avaliação correlacionada com a colposcopia e a biópsia.

O estudo demonstrou que a mortalidade por câncer de colo de útero é evitável, isso porque é uma patologia de evolução lenta que apresenta lesão precursora detectável no exame de citologia oncótica, e diante das características da população pesquisada a perspectiva de cura é elevada, entretanto, medidas preventivas e educativas devem ser estudadas, implantadas e direcionadas com base no perfil descrito e nos fatores de riscos apontados pela literatura, principalmente o tabagismo, para que haja redução na incidência e o tratamento de lesões seja mais efetivo, ressaltando a importância da comunicação entre os gestores municipais e os profissionais de saúde.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABRÃO, F.S, **Tratado de Oncologia Genital e Mamária,** 1ª Ed, Editora Roca, São Paulo, 1995.

ACEVEZ, S. J. G. **El colposcópio.** Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior, México,n. 1, p. 27-29, out 2009. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2009/tgi091e.pdf>. Acesso em 10 ago.12.

AIDÉ, S. *et al*. **Neoplasia intraepitelial cervical.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Niterói (RJ), n. 4, p. 166-170, 2009.

ALVARENGA, J.C. *et al.* **PapilomavirusHumano e Carcinogenese no Colo do útero.** DST- Jornal Brasileiro de Doenças sexualmente transmissíveis*, n 1, p.22-38, 2000.*

AMARAL, R. G. et al. **Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, n. 11, p. 566-560, 2008.

ANJOS, S. J. S. B. **Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, n.4, p.912-20, 2010.

ALBRING, L.;BRENTANO, J. E.; VARGAS. **O câncer do colo do útero, o Papilomavírus Humano (HPV) e seus fatores de risco e as mulheres indígenas Guarani:** estudo de revisão. Revista Brasileira de Análises Clínicas.n.2, p. 87-90, 2006.

AERSSENS, A. *et al*. **Prediction of recurrent disease by cytology and HPV testing after treatment of cervical intraepithelial neoplasia**. Cytopathology**,** v. 20, p.27-35, 2009.

ARAÚJO, P. B. **Controle do Câncer de colo de útero**: uma analise de dois anos de coleta do exame citopatológico em uma Unidade de Saúde da Familia.2009. f.36.Pós graduação(Especialização em Saúde Pública)- Curso de Especialização em saúde pública.UFRS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ÁRCARO, F. **Comparação dos resultados de exames preventivos e de rastreamento de câncer de colo do útero em mulheres brasileiras.** Rev Inst Adolfo Lutz. São Paulo ,n.1, p.119-125, 2010.

BEZERRA, S. J. S. **Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino**. J Bras Doenças Sex transm, 17 (2), p.143-148, 2005.

BEKKERS, R.L., *et al*. **Effects of HPV detection in population-based screening programmes for cervical cancer:** a Dutch moment. Gynecol Oncol. 2006;100(3):451-4

BRASIL. **Prevenção do Câncer de Colo do Útero**. Profissionais da Saúde: **Manual Técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL**. Neoplasia Intraepitelial cervical (tratamento**). Manual de Orientação do trato genital inferior**.** Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**. Cadernos de Atenção Básica**.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. ***Nomenclatura brasileira para laudos cervicais*** ***e condutas preconizadas: recomendações para*** ***profissionais de saúde***. Rev Bras Ginecol Obstet.,28(8), p.486-504, 2006b.

BARROS, A.J.S.; LEHFELD,N.A.S.; **Fundamentos de Metodologia Cientifica:** Um Guia Para a Iniciação Cientifica. 2ª Ed. São Paulo: Pearson Education, 2000.

BARROSO, M. F.; GOMES, K. R. O.; ANDRADE, J. X. **Frequência da colpocitologia oncótica em jovens com antecedentes obstétricos**

**em Teresina, Piauí, Brasil.** Rev Panam Salud Publica, n.3, p. 162-168, 2011.

**BETHESDA** 2001. Disponível em http: /www.bethesda2001.cancer.gov.br. Acesso

16 de junho de 2012.

BONILHA, J. L.**Incidência de HPV em colo de útero de gestante HIV positivas atendidas no Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP.** Einsten, São Paulo (SP), n.3, p. 334-340, 2009.

BORNSTEIN J. **Terminologia colposcópica do colo uterino IFCPC 2011.**

BORY, J. P., *et al.* **Recurrent human papillomavirus infection detected with the hybrid capture II assay selects women with normal cervical smears at risk for developing high grade cervical lesions**: a longitudinal study of 3,091 women. Int J Cancer. 2002;102 (5):519-25

BOSCH, F.X. et al. ***Prevalence of human papillomavirus in cervical câncer: A worldwide perspective.*** Internationalbiological study on cervical câncer (IBSCC) Study Group. J. Natl. Câncer Inst., Jun 7;87(11):796-802. **1995.**

BRITO, V. P. S. **Aspectos citomorfológicos e histomorfológicos das lesões intra-epitelial escamosa de baixo grau (lsil) e das lesões intra-epitelial escamosa de alto grau (hsil).**2011.F.Monografia (Exigência do curso de pós graduação Lato Sensu em citologia clinica). UPCCE- Universidade Paulista e Centro de Consultoria Educacional.Recife.

CAMPANER, A. B. et al. **Células glandulares atípicas em esfregaços cervicovaginais:** significância e aspectos atuais.Jornal Brasileiro de Patologia Médica e Laboratorial, n. 1,p. 37-43,2007.

CARVALHO, M. C. M. P.; QUEIROZ, A. B. A. **Mulheres Portadoras de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero e HPV:** Descrição do Perfil Scioeconômico e Demográfico. DST - J bras Doenças Sex Transm, n.1, p. 28-33, 2011.

CORDEIRO, M. R. A. **Inspeção visual do colo uterino após aplicação de ácido acético no rastreamento das neoplasias intra-epiteliais e lesões induzidas por HPV.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, n. 2, p. 51-57, 24 jan 2005.

COSTA, R. F.; BARROS, S. M. O. ***Prevalência de lesões intraepiteliais em atipias de significado indeterminado em um serviço público de referencia para neoplasias cervivais***. Acta Paul Enferm, São Paulo, 24 (3). p. 400-6, 2011.

CYTRYN, A. ***Risco de lesão intra-epitelial de alto grau e câncer cervical nas pacientes com diagnóstico de células escamosas atípicas, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau.*** 2008.f.62. Dissertação (Mestrado em ciências, área da saúde da criança e da mulher)- Curso de pós-graduação em Saúde da criança e da mulher. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

DEMAY, R.M. **The Pap Test**. ASCP Press, Chicago, 2005.

DE PALO, G. ***Colposcopia e Patologia do Trato Genital Inferior*.** Rio de Janeiro: Medsi Editora, 2. ed., **1996**.

DIOGENES, M. A. R., et al. **Fatores de risco para câncer cervical e adesão ao exame papanicolau entre trabalhadoras de enfermagem.** Rev Rene. 2012; 13(1):200-10, Fortaleza

DURCHAIN, S. F. M.; FILHO, A. L., SYRJANEN K. J. **Neoplasia intraepithelial cervical: diagnostico e tratamento.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Campinas (SP), n.7, p. 425-433, 2005.

EDELMAN, M., *et al.* ***Cervical Papanicolaou smear abnormalites and Chlamydia trachomatis in sexually active adolescent females***. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2000;13:65-9.Disponivel em: onlinelibrary.wiley.com/doi /10.10020/ (SICI)1097-0142(19990825)87:4<184::AID-CNCR>3.0.CO;2-%23)abstract

Acesso em: 19 de agosto de 2012.

FRANCO, E.L. *et al*. ***Epidemiology of acquisition and clearance of cervica human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer*.** J Infect. Dis., Nov, 180(5):1415-1423, 1999

FELICE,V., *et al*. **Is Chlamydia l heat shock protein 60 a risk factor for oncogenesis?** Cell Mol Life Sci.

2005;62:4-9.

FERENCZY, A., FRANCO, E. ***Persistent human papillomavirus infection and cervical neoplasia*.** Lancet Oncol., 3, 11-16, **2002.**

FREDIZZI, E. et al. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em Mulheres de Florianópolis, Santa Catarina. **J Bras Doenças Sex Transm**; 20 (2); 73-9; 2008.

FUSCO, E. **History of colposcopy: a brief biography of Hinselmann.** Journal of Prenatal Medicine, United States of America, n.2, p. 19-24, Apr – Jun 2008. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279084/> **.** Acesso em 10 ago.12.

FONSECA; F. V.; TOMASICH, F. D. S.; JUNG, J. E. **Lesões cervicais intraepiteliais de alto grau**: avaliação dos fatores determinantes de evolução desfavorável após conização. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Curitiba (PR), n. 11, p. 334 – 340, 2011.

FREDIZZI, E. N. et al.**Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) em mulheres de Florianópolis, Santa Catarina.**DST – J bras Doenças Sex Transm, n.2, p. 73-79, 2008.

GIRALDO, P. C. **Prevencao da Infecção por HPV e lesões associadas**

**com o uso de vacinas.** DST – J bras Doenças Sex Transm , n.2, p.132-140, 2008.

GONÇALVES, Z.R. et al.. **Lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau: condutas em mulheres adultas.** Feminina. Teresópolis (RJ), n. 7, p. 321-325, 2010.

GOLIJOW, C.D. *et al.* ***Chlamydia trachomatis and Human papillomavirus infections in cervical disease in Argentine women***. Gynecol Oncol. 2005;96:181-6. Disponivel em : [www.ncbi.nlm.gov/pubmed/15589598](http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/15589598)

Acesso em: 19 de agosto de 2012

GONTIJO, R. C. et al. **Avaliação de métodos alternatives à citologia no rastreamento de lesões cervicais:** Detecção de DNA-HPV e inspeção visual. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. n. 4, p. 260-274, 2004.

GRAM, I.T.; AUSTIN, H.; STALBERG, H. **Cigarette smoking and the incidence of cervical itraepithelial neoplasia**, grade III. And cancer of the cervix uteri. Am J Epidemiol., 135(4):341-6 1992. Disponivel em : <http://aje.oxfordjournals.org/content/135/4/341.abstract>.

Acesso em 3 de julho de 2012

INCA. Ministério da Saúde. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.**  Divulgação por meio de mídia eletrônica, 1996.

INCA. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero.** Brasília, 2012. Disponível em:http://www.redecancer.org.br. Acesso em 11 jun 2012.

JORGE, R. J. B. et al. **Exame Papanicolau:** sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. Ciência & Saúde Coletiva, n.5, p. 2443-2451, 2011.

JUNIOR, et al. **Citologia Oncótica, Colposcopia e Histologia no**

**Diagnóstico de Lesões Epiteliais do Colo Uterino. *NewsLab*** , 2004

KEMP, C. G. M.; SAKANO, C. R. S. B.; MARTINS, N. V.Citologia Oncológica: Técnica, Melhora e Controle de Qualidade. In: MARTINS & RIBALTA. **Patologia do Tratado Genital Inferior. Diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Editora Roca, 2005. Cap. 33, p. 415-423.

KOSS, L. G. – **Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas**. São Paulo: Editora ROCA LTDA, 2006.

LIMA, M. I. M.  **Conização com cirurgia de alta frequênciana neoplasia intraepitelial cervical:**quando usar a alça de canal?. Feminina, n.4, 183-188, 2011.

MACHADO, M. S. *et al*. **Estudo Retrospectivo do Câncer de Colo do**

**Útero das Pacientes Atendidas no Hospital de**

**Base do Distrito Federal**. Maranhão: Newslab, p. 82-89, 2005

MARTINS, N. V.; FOCCHI, J. Conduta Frente aos Achados Citológicos com Base no Sistema Bethesda. In: MARTINS & RIBALTA. **Patologia do Tratado Genital Inferior. Diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Editora Roca, 2005. Cap. 36.

MELO, S.C.C.S. *et al.* **Alterações Citopatológicas e fatores de risco para ocorrência do Câncer de Colo Uterino.** Revista Gaucha de Enfermagem, Porto Alegre (RS), n. 4, p. 602-608, 2009.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde Materno-Infantil. **Programa de saúde do adolescente.** Bases programáticas. 2ª ed. Brasília; Ministério da Saúde; 1996.

MOTTA, E.V.; *et al.* **Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva.** São Paulo (SP): Rev. Ass. Med. Brasil, 2001; 47(4): 302-310.

MURTA,E. F. C. et al. **Histerectomia:**Estudo de Caso de 554 pacientes. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, n. 5, p. 307, 2000.

KOSS, L.; GOMPEL, C. **Introdução à citopatologia com correlações histológicas**

**e clínicas**. Ed. Roca, 1 edição, p.79-108, 2006.

KOSS, L. G. – **Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas**. São Paulo: Editora ROCA LTDA, 2006.

NADAL, S. R. ; MANZIONE CR. **Vacinas Contra o Papiloma Virus Humano.** Rev Bras Coloproct, São Paulo (SP), n3, p. 337-340, 2006.

NADAL, L. R. M.; NADAL, S. R. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Indicações da Vacina Contra o HPV. **Rev Bras Coloproctol**. 28 (1); 124-125; 2008. Disponível em http://www.sbcp.org.br/pdfs/28\_1/19.pdf>.

NASCIMENTO, M. I. et al. **Características de um grupo de adolescentes com suspeita de neoplasia intraepitelial.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, n.10, p. 619-26, 2005.

NAUD, P. *et al.* **História da Colposcopia:**do Invento de Hinselmann aos ensaios clínicos atuais. Feminina, n. 9, p. 597-605, 2006.

**NBR 6023: Informação e documentação, referências, elaboração.** Rio de Janeiro. 2002a.

OLIVEIRA, M. L. *et al*. ***Infecção por chlamydia em pacientes com e sem lesões intra-epiteliais Cervicais.*** Rev Assoc Med Bras, *Campina Grande, 54 (6) ,* p.506-12, 2008.

OLIVEIRA, P. S. et al. **Conduta na lesão intraepitelial de alto grau em mulheres adultas.** Rev Col Bras. n. 4, p. 274-279, 2011.

ORTH, J.S. Percepção das usuárias de uma unidade básica de saúde acerca da consulta de enfermagem na coleta do exame de papanicolau. 2010. F.60.Monografia (Barachel em Enfermagem), Universidade Feevali, Novo Hamburgor.

PAIVA, L.C.F. *et al*. **Lesões cancerosas e pré-cancerosas do colo uterino: uma análise citopatologica na região Nordeste do Paraná.** Maringá (PA):RBSAC, 2009; 41(2): 147-150.

PARELLADA, C. I.; CAMPANER, A. B. **Contracepção e terapia hormonal em mulheres infectadas com HPV.** Rev Bras Pat Trato Gen Inf,n.1, p. 16-19, 2011.

PEREIRA, C. R. N.**Fatores de risco para lesões intraepiteliais cervicais de alto grau e câncer cervical.** Um estudo de caso-controle no serviço de Patologia Cervical do HUAP.2006. f.103. Dissertação (Pós-Graduação em Ciências Médicas), Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói.

PEDREGOSA, J. F.; et al. **Perfil sócio-econômico-cultural e fatores de riscos em pacientes com neoplasia intraepitelial cervical persistente.** Arquivo de Ciências da Saúde, São José do Rio Preto (SP), n. 1, p.42-47, 2010.

PEIXOTO DO VALE, D. B. A. et al.**Avaliação do rastreamento do câncer do colo doútero na Estratégia de Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro (RJ), n. 2, p. 383-390, 2010.

PELLOSO,S. M, CARVALHO, M.D.B, HIGARSHI, I.H. **Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino**. Acta Sci. Health Sci. 2004; 26(2):319-24.

PIAS, A. A.; VARGAS, R.A.V**. Avaliacao dos exames citologicos de papanicolaou com celulas epitelais atipicas e respectivos exames colposcopicos com relacao aos exames histopatológicos RBAC, vol. 41(2): 155-160, 2009**

PINTO, A. P.; TULIO, S. and CRUZ, O.R.. **Co-fatores do HPV na oncogênese cervical**. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2002, vol.48, n.1, pp. 73-78. ISSN 0104-4230. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302002000100036.

PITTA, D. R. et al.**Prevalência dos HPV 16, 18, 45, e 31 em mulheres com lesão cervical.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, n.3, p. 316-320, 2010.

QUEIROZ, A. M. A.; CANO, M. A. T.; ZAIA, J. E. **O papiloma vírus humano (HPV) e mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas- MG.** Revista Brasileira de Análises Clínicas. n.2, p 151-157, 2007.

RAMA, C.; et al. **Rastreamento anterior para câncer de colo uterino em mulheres com alterações citológicas ou histológicas.** Revista de Saúde Pública , São Paulo (SP),n. 3, p. 411-419 2008.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. São Paulo: Loyola, 2002.

REESINK-PETERS, N., *et al*. **No association of anti-Chlamydia trachomatis antibodies and severity of cervical neoplasia**. Sex Transm Infect . 2001;77:101 2. Disponível em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11287686](http://WWW.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11287686).

Acesso em 19 de agosto

RIBEIRO, A. F. **Detecção do Papilomavírus Humano de alto risco oncogênico e avaliação dos seus fatores de risco nas lesões intra-epiteliais escamosas de baixo grau do colo uterino.** 2005. f.37.Monografia (Graduação em Medicina), Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed.Rev.& ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

RIVOIRE, W. A. **Neoplasias do corpo uterino**. In: FREITAS, F. et al.**Rotinas em Ginecologia.** São Paulo: ARTMED, 2006. Cap. 31, p. 350-361.

ROBERTO NETO, A. et al. **Avaliação dos métodos empregados Np Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino do Ministério da Saúde.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, n. 4, p. 209-215.

ROCHA, V. R. **Perfil das Usuárias do Sistema Único de Saúde de Divinópolis-Mg com lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de Colo Uterino.** 2008. f. 73.Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais), Universidade do Estado de Minas Gerais, UEMG, Divinópolis.

SANTANA, E. A.**Câncer cervical:** etiologia, diagnóstico e prevenção. Arq Ciênc Saúde, n.4, p.199-204, 2008.

SCARINCI, I. C., et al. **Cervical** **cancer prevention: new tools and old barriers. Cancer.** 2010;116(11):2531-42.

SILVA, T. T.; *et al*. - **Identificação de tipos de papilomavirus e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical**. Rev. bras. ginec., mai 2006.

SILVEIRA, L. M. S; MENDES, J. C; PEREIRA, I. P. ***Estudo das Atipias escamosas indeterminadas em relação às informações clinicas***. Rio de Janeiro: Newslab, p.170-182, 2007.

STIVAL, C. O. et al. **Avaliação comparativa da citopatologia positiva, colposcopia e histopatologia**: destacando a citopatologia como método de rastreamento do câncer do colo do útero. Revista Brasileira de Análises Clínicas, Rio Grande do Sul (RS), n.4, p. 215-218, 2005.

SOUZA, N. S. T.; MELO, V. H.; CASTRO, L. P. F. **Diagnóstico da Infecção pelo HPV em Lesões do Colo do Útero em Mulheres HIV+: Acuidade da Histopatologia.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, n.6, p.355-361, 2001.

TELES,C. C. G. D. **Estudo Epidemiológico de mulheres com lesões precursoras para câncer do colo uterino na região sudoeste de Mato Grosso.**2010.f.96. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Curso de pós-graduação em Ciências da Saúde.UNB, Universidade de Brasília, Brasília.

UCHIMURA, N.S., *et al.* **Avaliação da conduta conservadora na lesão intraepitelial cervical de alto grau.** Rev Saúde Pública 2012;46(3):466-71

VEIGA, F. R., et al. **Prevalência das lesões intraepiteliais de alto grau em pacientes com citologia com diagnóstico persistente de ASCUS**.: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro (RJ) , n. 2, p 75-80, 2006.

WALBOOMERS, J.M., *et al*..**Human papillomavirus and the development of cervical cancer: concept of carcinogenesis.** Ned Tijdschr Geneeskd.,144(35):1671-4, 2000.

WRIGHT, J.T.C. **Pathology of HPV infection at the cytologic and histologic**

**levels:basis for a 2-tiered morphologic classification system**. International

Journal of Gynecology & Obstetrics**,** v 94, n. 1, p. s22-31, 2003.

ZUR HAUSEN, H. **Intracellular surveillance of persisting viral infections**. Human genital 28 cancer results from deficient cellular control of papillomavirus gene expression. **Lancet,** v. 29 2, p. 489-91, 1986