

RESULTADOS DE CITOLOGIA ONCÓTICA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2007-2008

ONCOTIC CYTOLOGY RESULTS IN A HEALTH CENTER IN THE PERIOD OF 2007-2008

RESULTADOS DE COLPOCITOLOGÍA ONCÓTICA EN UNA REGIONAL DE SALUD EN EL PERIODO DE 2007-2008

MAURÍCIA BROCHADO OLIVEIRA SOARES¹
SUELI RIUL DA SILVA²

A citologia oncótica é um exame de rastreamento capaz de detectar o câncer cérvico-uterino na fase inicial. Este estudo retrospectivo teve como objetivo descrever a frequência dos resultados dos exames de citologia oncótica coletados nos anos de 2007 e 2008 em 16 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VIII/São Paulo, por meio dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero. Foi realizada análise descritiva de 28.066 e 27.044 exames coletados nos anos de 2007 e 2008, respectivamente, destes 62,3% em 2007 e 59,5% em 2008 estavam dentro dos limites de normalidade. As alterações em células epiteliais escamosas representaram 0,2% e, 0,4% dos resultados em 2007 e 2008, e as alterações em células epiteliais glandulares 0,2% em 2007 e 2008. Neste contexto, percebe-se que as porcentagens de microbiologia e de atípicas celulares encontradas nesta pesquisa estão aquém dos resultados apresentados por outras pesquisas em diferentes regiões do país.

DESCRITORES: Prevenção de Câncer de Colo Uterino; Esfregaço Vaginal; Saúde da Mulher; Enfermagem.

The oncotoc cytology is a tracking test which can detect early cervical cancer. This retrospective study aimed to describe the frequency of the results of oncotoc cytology exam collected in the years 2007 and 2008 in 16 municipalities belonging to the Regional Health Department VIII/São Paulo, using data from the Information System for Uterine Cervical Cancer. A descriptive analysis of 28,066 and 27,044 tests collected in the years 2007 and 2008, respectively, of these 62.3% in 2007 and 59.5% in 2008 were within normal limits. The changes in flaky epithelial cells represented 0.2% and 0.4% of results the in 2007 and 2008, and changes in glandular epithelial cells by 0.2% in 2007 and 2008. In this context, it is noticed that the percentages of microbiology and of atypical cells found in this study fall short of the results presented by other studies in different regions of the country.

DESCRIPTORS: Cervix Neoplasms Prevention; Vaginal Smears; Women's Health; Nursing.

La colpocitología oncótica es un examen de rastreo capaz de detectar el cáncer de cuello uterino precoz. Este estudio retrospectivo planteó como objetivo describir la frecuencia de los resultados de las pruebas de colpocitología oncótica recolectadas en los años 2007 y 2008 en 16 municipios pertenecientes al Departamento Regional de Salud VIII / São Paulo, a través de datos del Sistema de Información de Câncer de Cuello Uterino. Se realizó un análisis descriptivo de 28.066 y 27.044 pruebas recolectadas en los años 2007 y 2008, respectivamente, de éstas 62,3% en 2007 y 59,5% en 2008 estaban dentro de los límites de normalidad. Las alteraciones en células epiteliales escamosas representaron 0,2% y, 0,4% de los resultados en 2007 y 2008, y las alteraciones en células epiteliales glandulares 0,2% en 2007 y 2008. En este contexto, se percibe que los porcentajes de microbiología y de anormalidades de atípicas celulares encontrados en esta investigación aparecen en inferior grado tocante a los resultados presentados por otras pesquisas en diferentes regiones del país.

DESCRIPTORES: Prevención de Câncer de Cuello Uterino; Frotis Vaginal; Salud de la Mujer; Enfermería.

¹ Enfermeira Obstétrica. Mestranda em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Bolsista da CAPES/DS. Endereço para correspondência: Rua Santa Catarina, 135 Centro Igarapava/SP. Brasil. E-mail: mauricia_olive@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba/MG. Brasil. E-mail: sueliriul@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer cérvico-uterino é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e está diretamente vinculado ao grau de desenvolvimento do país. Sua incidência é aproximadamente duas vezes maior em países menos desenvolvidos, se comparada a dos mais desenvolvidos. Quase 80% dos casos novos ocorrem em países em desenvolvimento⁽¹⁾.

O número de casos novos de câncer cérvico-uterino esperado para o Brasil no ano de 2010 será de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. Quando não se considera os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer é o mais incidente na região Norte, ocupa a segunda posição nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, e a terceira posição nas regiões Sul e Sudeste⁽²⁾. Para o Estado de São Paulo estima-se uma taxa de 16,22 casos para cada 100.000 mulheres⁽¹⁾.

Na Regional de Saúde de Franca, local deste estudo, em 2007, ocorreram 612 óbitos por neoplasias (capítulo II do Código Internacional de Doenças — CID — 10). Destas, nove (1,74%) eram neoplasias de colo uterino, sendo um óbito na faixa etária de 20 a 29 anos, três de 50 a 59 anos, três de 60 a 69 anos e dois de 70 a 79 anos. Em 2008, ocorreram 674 óbitos por neoplasias (capítulo II do CID — 10). Destas, sete (1,03%) eram neoplasias de colo uterino sendo um na faixa etária de 40 a 49 anos, dois de 50 a 59 anos, dois de 60 a 69 anos, um de 70 a 79 anos e um de 80 anos e mais⁽³⁾.

A prevenção do câncer cérvico-uterino, no Brasil, se insere na atenção à saúde da mulher em 1984, quando o Ministério da Saúde implanta o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa tinha como objetivo oferecer ações de saúde dirigidas para o atendimento integral das necessidades de saúde da mulher⁽⁴⁾. Em 1997, o Ministério da Saúde implantou o projeto piloto Viva Mulher em quatro capitais brasileiras (Curitiba, Recife, Rio de Janeiro e Belém) e no Distrito Federal, e devido ao

seu êxito, em 1998, através da portaria GM 3.040/98, institui-se no país o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (PNCCU) — Viva Mulher. O objetivo deste Programa é reduzir os índices de morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e suas repercussões físicas, psíquicas e sociais nas mulheres, padronizando ações de baixo custo e fácil execução que foram implantadas e implementadas nos serviços básicos de saúde⁽⁵⁾.

Estas ações incluem o rastreamento da população alvo, a coleta de citologia oncológica, tratamento, reabilitação e acompanhamento das mulheres com possíveis resultados alterados, educação à saúde e orientações à população em geral.

Em 1998, criaram-se as coordenações estaduais do Viva Mulher e introduziu-se o *software* Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) para melhor gerenciamento das informações, com o intuito de auxiliar a consolidação das ações do PNCCU⁽⁶⁾.

Com o objetivo de aprimorar o SISCOLO na sua vertente tecnológica e, em decorrência da implantação da Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Condutas Preconizadas, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde — SUS (DATASUS), em parceria com o INCA, desenvolveu em 2006, uma nova versão, do *software*. Esta medida visou à estruturação da rede SISCOLO no país com intuito de melhorar o gerenciamento e o acompanhamento da evolução do programa⁽⁶⁾.

O SISCOLO destaca-se como importante instrumento de avaliação do PNCCU. Por meio dele podem-se obter informações referentes aos exames realizados, a qualidade das coletas e a frequência das lesões pré-neoplásicas e do câncer. O sistema permite a conferência dos valores de exames pagos em relação aos dados dos exames apresentados, além de fornecer dados para o monitoramento da qualidade dos exames orientando assim, os gerentes estaduais do programa sobre a qualidade dos laboratórios⁽⁶⁾.

Comparado a outras neoplasias, o câncer cérvico-uterino é altamente prevenível e apresenta duas características importantes, tem evolução lenta, uma célula normal leva em média 10 anos para atingir o estágio de câncer invasivo, e, dispõe de exame de rastreamento tecnicamente simples e eficaz na sua detecção. A citologia oncótica é capaz de detectar o câncer cérvico-uterino na fase inicial, tornando-o curável com medidas relativamente simples. É considerado um exame de baixo custo e seguro⁽⁴⁾.

A citologia oncótica é comumente conhecida como papanicolaou e pode apresentar outras denominações: exame citológico, exame de lâmina, citologia cervicovaginal ou exame citopatológico.

Inicialmente, o laudo de citologia oncótica procurava expressar se as células observadas eram normais ou não, atribuindo-lhes uma classificação. Atualmente, a classificação citológica do esfregaço cervical é o Sistema de Bethesda, Maryland, Estados Unidos. Essa classificação incorpora vários conceitos: o diagnóstico citológico deve ser diferenciado para as células escamosas e glandulares; inclusão do diagnóstico citomorfológico sugestivo da infecção por *Human Papiloma Virus* — HPV, divisão das lesões intra-epiteliais em baixo e alto graus, considerando a possibilidade de evolução para neoplasia invasora, e a introdução da análise da qualidade do esfregaço⁽⁷⁾.

Nesta perspectiva, estabelecemos como objetivo deste estudo descrever a frequência dos resultados dos exames de citologia oncótica coletados em 2007 e 2008 nos municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII de Franca/SP.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico, descritivo, transversal e retrospectivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido no DRS VIII do Estado de São Paulo, sendo sua sede situada na cidade de Franca que, está localizada no nordeste do Estado.

O material de estudo foi constituído dos dados em formato eletrônico, referentes aos exames coletados na rede pública municipal dos municípios do DRS VIII, nos anos de 2007 e 2008 e analisados no Laboratório Municipal de Citologia de Franca. Obtivemos um total de 28.066 e 27.044 exames coletados e analisados nos anos de 2007 e 2008 respectivamente.

Fizeram parte do estudo 16 municípios que atenderam os critérios de inclusão: fazer parte do DRS VIII, utilizar o banco de dados do SISCOLO desta regional e autorizar a realização da pesquisa.

Após receber as autorizações dos secretários municipais de saúde, do DRS VIII e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, procedemos a coleta de dados pelas pesquisadoras em outubro de 2009.

Consideramos a variável resultado dos exames de citologia oncótica que foram categorizados de acordo com a classificação do SISCOLO em normal e alterações celulares benignas que inclui: inflamação, metaplasia, reparação, atrofia e outros. A categoria outros inclui as associações entre inflamação e atrofia, inflamação e metaplasia, presença de sangue entre outras.

Em relação à análise microbiológica dos exames, os resultados foram classificados em: lactobacilos, cocos, bacilos cocóides, *chlamydia*, *actinomyces*, *candida*, *trichomonas vaginalis*, herpes, *gardnerella vaginalis* e outros. No banco do SISCOLO analisado, a categoria outros inclui estes mesmos agentes descritos acima, apesar de possuírem colunas específicas e, também flora inespecífica e flora mista.

Os resultados considerados alterados foram categorizados em atípicas de células epiteliais escamosas, atípicas de células epiteliais glandulares e atípicas de origem indefinida. A primeira classificação inclui: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) que podem ser possivelmente não neoplásico ou não se pode afastar lesão de alto grau, lesão intra-epitelial de baixo grau, lesão intra-epitelial de alto grau, lesão intra-epitelial de alto grau onde não se pode excluir microinvasão e, carcinoma. A segunda classificação inclui: células glandulares atípicas de

significado indeterminado (ASGUS) que podem ser possivelmente não neoplásico ou não se pode afastar lesão de alto grau e, adenocarcinoma. A terceira classificação pode ser possivelmente não neoplásico ou não se pode afastar lesão de alto grau.

Os dados foram submetidos à análise descritiva, a partir de distribuição de frequências absolutas e relativas, utilizando-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Acrescentamos que os valores percentuais apresentados a seguir foram aproximados para um decimal.

Foram considerados os aspectos éticos apontados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob protocolo número 1358/2009.

RESULTADOS

Em 2007, foram coletados e analisados 28.066 exames de citologia oncótica, sendo 62,3% dos resultados considerados dentro do limite de normalidade, seguidos por 36,7% considerados como resultado de inflamação, 5,3% foram categorizados em outros referindo-se as associações dos resultados e presença de sangue nos esfregaços, 2,1% teve resultados de atrofia, 0,6% metaplasia escamosa imatura e 0,1% com resultado de reparação.

Em 2008, foram coletados e analisados um total de 27.044 exames de citologia oncótica, número inferior de coletas em relação ao ano anterior, destes resultados 59,5% foram considerados dentro do limite de normalidade, 38,8% de inflamação, 5,8% na categoria outros, 2,0% atrofia, 0,5% metaplasia escamosa imatura e 0,1% reparação.

Salientamos que os resultados de inflamação, metaplasia, atrofia e reparação que representaram 39,5% em 2007 e 41,4% em 2008, podem ser associados à possível sintomatologia referida pelas mulhe-

res e, estas devem ser encaminhadas para avaliação ginecológica e, então prosseguir com a rotina de rastreamento citológico.

Concernente à análise microbiológica dos resultados dos exames de citologia oncótica, pode-se observar na Tabela 1, que em 2007, predomina a categoria outros com 51,6%, seguida pela flora vaginal normal representada por 30,0% de Lactobacilos. De modo semelhante, no ano de 2008, a categoria outros representou 54,0% dos resultados de citologia oncótica e, a flora normal (Lactobacilos), 29,2%.

No ano de 2007, houve maior frequência de *Candida sp* (5,1%) seguida por Cocos (3,6%), *Trichomonas vaginalis* (0,6%), *Actinomyces sp* (0,2%) e *Gardnerella vaginalis* (0,1%). Em 2008, verificamos maior frequência de Cocos (3,9%), *Candida sp* (3,5%), *Trichomonas vaginalis* (0,7%) e *Actinomyces sp* (0,2%), *Gardnerella vaginalis* não estava presente em nenhum resultado. Nestes anos, houve ausência de resultado indicando presença de bacilos cocóides e *Clamidia*. A categoria definida como outros inclui resultados de citologia oncótica com presença de flora mista e flora inespecífica, mas percebemos nesta categoria a inclusão de microorganismos como *Gardnerella vaginalis* que possui coluna específica para digitação.

Tabela 1 — Distribuição das frequências dos resultados de citologia oncótica, segundo a microbiologia no Departamento Regional de Saúde VIII, nos anos de 2007 e 2008. Franca, SP, Brasil, 2010

| Resultados | 2007 | | 2008 | |
|------------------------------|--------|-------|--------|-------|
| | N | % | N | % |
| Outros | 14.488 | 51,6 | 14.607 | 54,0 |
| Lactobacilos | 8.420 | 30,0 | 7.905 | 29,2 |
| <i>Candida SP</i> | 1.439 | 5,1 | 952 | 3,5 |
| Cocos | 1.006 | 3,6 | 1.059 | 3,9 |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> | 173 | 0,6 | 175 | 0,7 |
| <i>Actinomyces SP</i> | 49 | 0,2 | 48 | 0,2 |
| <i>Gardnerella vaginalis</i> | 25 | 0,1 | - | - |
| Sem referência de agente | 2.466 | 8,8 | 2.298 | 8,5 |
| Total | 28.066 | 100,0 | 27.044 | 100,0 |

Referente aos resultados das citologias oncóticas, segundo alterações em células epiteliais escamosas, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2007, observamos maior frequência de ASCUS — possivelmente não neoplásicos (n=22; 0,1%), lesão intra-epitelial de baixo grau estava presente em 20 (0,1%) resultados, lesão intra-epitelial de alto grau — não exclui microinvasão, estava presente em um resultado. Não houve nenhum resultado apontando carcinoma. Em 2008, observamos maior frequência de ASCUS — possivelmente não neoplásicos (n=49; 0,2%), ASCUS — não se pode afastar lesão de alto grau representou 27 (0,1%) resultados e, um resultado (0,0%) de carcinoma.

Em relação às frequências dos resultados de citologia oncótica, segundo alterações em células epiteliais glandulares e de origem indefinida, nos municípios do DRS VIII, no ano de 2007, verificamos maior porcentagem de resultados de ASGUS — não se pode afastar lesão de alto grau (n=19; 0,1%), ASGUS — possivelmente não neoplásico (n=13; 0,0%), origem indefinida (n=11; 0,0%). Não houve resultado de adenocarcinoma ou adenocarcinoma invasor. Em 2008, constatamos maior porcentagem nos resultados de alterações em células de origem indefinida (n=23; 0,1%), ASGUS — possivelmente não neoplásico (n=22; 0,1%) e, ASGUS — não se pode afastar lesão de alto grau (n=16, 0,1%). Também não houve resultado de adenocarcinoma ou adenocarcinoma invasor.

Em 2007, as alterações em células epiteliais escamosas (n=63) e glandulares (n=43) foram responsáveis cada uma por 0,2% dos resultados de citologia oncótica coletados nos municípios do DRS VIII. Em 2008 as alterações em células epiteliais escamosas (n=103) e glandulares (n=61) foram responsáveis por 0,4% e 0,2% respectivamente, dos resultados de citologia oncótica coletados nos municípios do DRS VIII.

Neste sentido, consideramos ser necessária a elaboração da Tabela 2, que apresenta os resultados

positivos para atipias celulares por faixa etária. Percebemos que a faixa etária de 35 a 39 anos possui a maior frequência de resultados alterados representando 16,0% em 2007 e 18,3% em 2008.

Tabela 2 — Distribuição das frequências de resultados de atipias celulares escamosas, glandulares e de origem indefinida, segundo faixa etária, no Departamento Regional de Saúde VIII, em 2007 e 2008. Franca, SP, Brasil, 2010

| Faixa etária | 2007 | | 2008 | |
|--------------|------|-------|------|-------|
| | N | % | N | % |
| 10-14 | - | - | 2 | 1,2 |
| 15-19 | 7 | 6,6 | 14 | 8,5 |
| 20-24 | 8 | 7,6 | 21 | 12,8 |
| 25-29 | 15 | 14,2 | 14 | 8,5 |
| 30-34 | 10 | 9,4 | 18 | 11,0 |
| 35-39 | 17 | 16,0 | 30 | 18,3 |
| 40-44 | 16 | 15,1 | 17 | 10,4 |
| 45-49 | 11 | 10,4 | 25 | 15,2 |
| 50-54 | 3 | 2,8 | 9 | 5,5 |
| 55-59 | 7 | 6,6 | 4 | 2,4 |
| 60-64 | - | - | 1 | 0,6 |
| 65-69 | 4 | 3,8 | 7 | 4,3 |
| 70-74 | 3 | 2,8 | 2 | 1,2 |
| 75-79 | 5 | 4,7 | 1 | 0,6 |
| DRS VIII | 106 | 100,0 | 164 | 100,0 |

Em 2007, o resultado de lesão intra-epitelial de alto grau sem excluir micro-invasão foi na faixa etária de 55 a 59 anos. Em 2008, o resultado de lesão intra-epitelial de alto grau sem excluir micro-invasão e o carcinoma foi na faixa etária de 40 a 44 anos.

DISCUSSÃO

Analisando os resultados das citologias oncóticas com laudo de resultado dentro dos limites da normalidade, verificamos que em estudo realizado no município de Campinas/SP, através da análise de dados dos prontuários das mulheres submetidas ao exame de citologia oncótica em uma Unidade Básica de Saúde, observou-se uma porcentagem de exames

normais de 68,9%⁽⁸⁾, dado semelhante ao encontrado nesta pesquisa.

Em contrapartida, a porcentagem de diagnóstico de inflamação dos exames de citologia oncológica nesta pesquisa é superior ao estimado pelo Ministério da Saúde, onde considera-se que aproximadamente 30% das mulheres que realizam o exame de citologia oncológica podem necessitar de tratamento por apresentar resultado de inflamação⁽⁹⁾.

Os casos de inflamação podem ser associados a possíveis queixas ginecológicas que necessitam de tratamento. Através de estudo realizado com as mulheres submetidas ao exame de papanicolaou, em um município do Estado do Ceará, as autoras verificaram que o principal motivo que levou estas mulheres a realizar o exame foi à presença de sinais e sintomas ginecológicos⁽¹⁰⁾.

A citologia oncológica é um exame que detecta lesões pré-neoplásicas que, quando tratadas precocemente, previnem o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino, mas seus laudos, também fornecem informações referentes à presença de microorganismos responsáveis por DSTs, sintomáticas ou não. Estas, uma vez diagnosticadas, devem ser tratadas corretamente, visto que são um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino.

Em relação à análise microbiológica dos resultados dos exames de citologia oncológica, é necessário ressaltar que os Lactobacilos ou bacilos de Doderlein, são responsáveis por manter o pH da vagina ácido (3,8 a 4), onde estes, na presença do glicogênio liberado pela descamação do epitélio vaginal, desdobram-se em substâncias mais simples, como ácido láctico que mantém a acidez vaginal⁽¹¹⁾, o que constitui-se em fator de proteção.

Nesse contexto, apontamos um estudo retrospectivo realizado em Puebla/México com o objetivo de investigar a presença de quantidade normal, exagerada ou a ausência de bacilos de Doderlein em esfregaços citológicos, onde se verificou que 14% das amostras apresentaram quantidade normal, 76% não

possuíam os bacilos e 8% possuíam uma quantidade excessiva de bacilos, sendo que na análise estatística observou-se que a ausência de bacilos de Doderlein favorece a propagação de microorganismos potencialmente patogênicos⁽¹²⁾.

Em pesquisa realizada no Serviço Integrado e Tecnológico em Citopatologia do INCA, no Estado do Rio de Janeiro, com esfregaços cérvico-vaginais, detectou-se que 47% das lâminas apresentaram bacilos de Doderlein⁽¹³⁾. Em outra pesquisa realizada na Rede Básica de Saúde de Mozarlândia/GO verificou-se uma porcentagem de 42,45% de Lactobacilos⁽¹⁴⁾. Ambos com porcentagem superior ao encontrado nesta pesquisa.

A categoria definida como outros inclui resultados de citologia oncológica com presença de flora mista e flora inespecífica. O SISCOLO permite a digitação em coluna específica de microorganismos como *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis* e *Trichomonas vaginalis*, mas, ao analisar a categoria outros percebemos que a presença destes microorganismos estão nos resultados dos exames ali descritos. Este fato impede uma discussão mais abrangente e confiável dos dados, visto que estes microorganismos podem apresentar uma porcentagem superior ao descrito neste estudo.

Neste sentido, questionamos a possibilidade de falhas no processo de digitação dos dados que fornecem as informações para o SISCOLO, tendo em vista que, os microorganismos acima citados são os agentes mais frequentes das colpites e merecem tratamento medicamentoso.

Candida albicans é um fungo com preferência por meio ácido, sendo o causador da candidíase. Aproximadamente 50% das mulheres convivem com o fungo, sendo sadias e assintomáticas. Pode provocar corrimento leitoso, odor ácido, prurido e disúria, hiperemia, edema e grumos brancos na mucosa vaginal e eritemas vulvar e perineal⁽⁵⁾.

Trichomonas vaginalis é um protozoário flagelado que tem preferência por meio básico; é o agente da tricomoníase e provoca corrimento amarelo-esverdeado, abundante, odor fétido, prurido vulvovaginal,

polaciúria, disúria e dispareunia, hiperemia e edema da mucosa vaginal. *Gardnerella vaginalis* é uma bactéria gram-negativa com preferência por meio básico, provoca corrimento homogêneo, levemente espumoso, acinzentado ou branco e odor fétido, não há irritação da mucosa vaginal. Nestes casos, há necessidade de tratamento também do parceiro⁽⁵⁾.

A *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis* são bactérias que podem causar cervicite, inflamação da mucosa glandular do colo uterino, caracterizada por corrimento mucopurulento, polaciúria, disúria e dispareunia. O Herpesvírus causa a cervicocolpíte, inflamação da mucosa escamosa, caracterizada por lesões vesiculares, ulcerativas, dolorosas e corrimento profuso⁽⁵⁾.

O Ministério da Saúde refere que a colpíte mais incidente é a vaginose bacteriana (*Gardnerella vaginalis*) seguida pela candidíase (*Candida sp*) e tricomoníase (*Trichomonas vaginalis*)⁽¹⁵⁾, informações que diferem desta pesquisa onde a maior incidência ocorreu pela presença de *Candida albicans* e Cocos.

Observamos, na literatura científica, diversos estudos onde a incidência de resultados de citologia oncótica segundo a microbiologia é variável em relação à porcentagem e ordem de incidência, apresentando divergências entre si e em comparação a esta pesquisa^(8, 13-14, 16).

Nas diferentes regiões do país a proporção dos achados de *Gardnerella vaginalis* variou de 2,9%⁽⁸⁾ a 21,8%⁽¹³⁾ e a presença de *Trichomonas vaginalis* foi de 1,4%⁽⁸⁾ a 4,49%⁽¹⁶⁾, valores superiores aos encontrados nesta pesquisa.

Os achados de *Candida sp* variaram de 2,4%⁽¹³⁾ a 24%⁽¹⁶⁾, valores que incluem os dados encontrados nesta pesquisa. Em relação à presença de *Actinomyces sp* observou-se 0,01%⁽¹⁶⁾, valor inferior ao encontrado nesta pesquisa.

Ressaltamos que, esta pesquisa utiliza dados secundários, estando propensos a falhas na digitação dos dados, falta de digitação de informações ou digitação de dados em campos errados. Este sentido, é

necessário que os profissionais de saúde envolvidos neste processo sejam capacitados e acompanhados periodicamente em suas funções, visto a relevância do SISCOLO para a avaliação das ações direcionadas à prevenção do câncer cérvico-uterino.

Em relação à categoria lesão intra-epitelial de baixo grau, além das atipias celulares incluí-se aqui também as lesões compatíveis com o HPV. O laudo laboratorial do exame de citologia oncótica pode sugerir a presença de lesões citopáticas compatíveis com HPV, mas a partir da emissão deste laudo é necessário uma investigação mais apurada como a colposcopia e/ou exames específicos para o HPV. O SISCOLO não apresenta uma coluna específica para o HPV, dificultando assim a comparação destes dados com outros estudos.

De forma semelhante a microbiologia, podemos observar variedades nas porcentagens de resultados de atipias celulares nas diversas regiões do país^(14,16-17), sendo todos superiores ao encontrado nesta pesquisa

Em estudo realizado em um município de Goiás detectou-se uma frequência de 2,8% de atipias em células escamosas, 2,08% com lesão intra-epitelial de baixo grau, 1,39% como lesão intra-epitelial de alto grau e 0,17% como carcinoma invasor⁽¹⁴⁾. No Estado do Rio Grande do Norte, constatou-se uma frequência de 6,4% de exames positivos para alterações celulares epiteliais escamosas e glandulares⁽¹⁶⁾. No Amazonas verificou-se percentual de 5,13% de presença de atipias celulares no ano de 2001 que diminuiu para 1,00% em 2005⁽¹⁷⁾.

Frente a estes dados, torna-se necessário analisar as frequências dos resultados de citologia oncótica segundo as alterações celulares epiteliais escamosas e glandulares de forma mais específica, pois é possível que as mulheres com fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino e/ou as mulheres com alterações citológicas não estejam comparecendo ao serviço de saúde para a realização do exame de citologia oncótica, o que ocultaria possíveis frequências mais elevadas.

Através de pesquisa foi demonstrado que grande porcentagem das mulheres obtêm o diagnóstico de câncer cérvico-uterino quando a doença encontrava-se nos estágios mais avançados, o que dificulta a cura e exige maiores recursos financeiros dos serviços de saúde⁽¹⁸⁾. Isto poderia ser explicado por outros estudos que apontam o medo e a vergonha como os principais sentimentos referidos pelas mulheres quando se submetem ao exame de citologia oncótica^(10,19).

Em estudo realizado em Campinas/SP, observou-se que a faixa etária predominante para resultado de citologia oncótica alterada foi de 21 a 25 anos (17,6%)⁽⁸⁾. Entretanto, em pesquisa realizada em Franco da Rocha/SP, através da análise de prontuários de mulheres que realizaram biópsia de colo uterino, associou-se a idade de 35 a 49 anos com o diagnóstico de NICII/III⁽²⁰⁾. Estes dados reforçam a importância do fator idade na prevenção do câncer cérvico-uterino.

Neste contexto, é necessário que os municípios analisem de forma mais ampla e profunda o seu programa de prevenção do câncer cérvico-uterino, verificando o acesso das mulheres ao exame de citologia oncótica, o fornecimento de recursos financeiros e materiais para a realização do exame, a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na coleta e análise laboratorial, o tratamento disponibilizado e o acompanhamento das mulheres com resultados alterados. Somente um programa estruturado adequadamente nestas questões pode favorecer a diminuição da morbimortalidade por câncer cérvico-uterino.

CONCLUSÃO

Nos anos de 2007 e 2008 foram realizados respectivamente 28.066 e 27.044 exames de citologia oncótica, onde verificamos em 2007, que 62,3% dos resultados foram considerados dentro do limite de normalidade e 36,7% com laudo de inflamação. Em 2008, ocorreu diminuição da porcentagem dos resultados considerados dentro do limite da normalidade (59,5%)

e, aumento nos resultados de inflamação (38,8%).

Quanto à análise de microbiologia, constatamos que a categoria outros foi predominante nos anos de 2007 (51,6%) e 2008 (54,0%), seguida por Lactobacilos (30,0%), *Cândida albicans* (5,1%) e Cocos (3,6%) em 2007. Em 2008, seguida por Lactobacilos (29,2%), Cocos (3,9%) e *Candida albicans* (3,5%).

As alterações em células epiteliais escamosas representaram 0,2% e, 0,4% dos resultados em 2007 e 2008, e as alterações em células epiteliais glandulares 0,2% em 2007 e 2008. A alteração em células epiteliais mais frequente foi ASCUS possivelmente não neoplásico representando 0,1% em 2007 e 0,2% em 2008.

Considerando que as porcentagens de microbiologia e de atipias celulares encontradas nesta pesquisa estão aquém dos resultados apresentados por outras pesquisas em diferentes regiões do país e que o SIS-COLO fornece informações que auxiliam na avaliação do programa de prevenção do câncer cérvico-uterino permitindo melhor delineamento das ações e programas de saúde de modo regionalizado, ressaltamos a necessidade de que a Regional de Saúde reavalie seu programa de prevenção do câncer cérvico-uterino no intuito de verificar a baixa frequência de diagnósticos de lesão pré-neoplásica, contribuindo para a redução da morbimortalidade por este tipo de câncer.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
3. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Sistema de Informação sobre mortalidade — SIM [citado

- 2010 jan 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.
4. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
 5. Gerk MAS. Prática de enfermagem na assistência ginecológica In: Barros SMO, organizador. Enfermagem obstétrica e ginecológica. Guia para a prática assistencial. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2009. p. 429-70.
 6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero — SISCOLO. Manual para o módulo laboratório. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
 7. Ministério da Saúde (BR). 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. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
 8. Santos JO, Silva SR, Santos CF, Araújo MCS, Bueno SD. Alterações cérvico-uterinas em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde no município de Campinas-SP. *Rev Min Enf.* 2007; 2(4):439-45.
 9. Ministério da Saúde (BR). Prevenção do câncer do colo do útero. Manual técnico — organizando a assistência. Brasília; 2002.
 10. Moura ADS, Silva SMG, Faria SLM, Feitoza AR. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. *Rev Rene.* 2010;11(1):94-104.
 11. Bastos AC. Períodos da evolução genital e funções dos órgãos genitais. In: Bastos AC. *Ginecologia.* 11ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 28-35.
 12. Sánchez-Hernández JÁ, Coyotécatl-García LL, Enríquez-GuerraMA, Mendoza-López E, Muñoz-Zurit G, Rivera-Tapia JÁ. Incidencia del bacilo de Doderlein y su influencia em la presencia de otros microorganismos en el canal vaginal. *Univ Méd Bogotá.* 2008;49(2):172-9.
 13. Tavares TG, Krunn P, Costa EI, Padilha CML, Pinto AP. Cervicites e seus agentes na rotina dos exames colpocitológicos. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 2007;19(1):30-4.
 14. Cardoso AC, Araújo IV, Silva PR, Gouveia DDS, Freitas RC, Tavares SBN. et al. Prevenção do câncer do colo do útero no município de Mozarlândia-GO. *Rev Eletr Farm.* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2010 jan 15]; 2(2 Supl):41-3.
 15. Ministério da Saúde (BR). Prevenção do câncer do colo do útero. Manual técnico — profissionais de saúde. Brasília; 2002.
 16. Medeiros VCRD, Medeiros RC, Moraes LM, Menezes Filho JB, Ramos ESN, Saturnino ACRD. Câncer de colo de útero: análise epidemiológica e citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte. *Rev Bras Anal Clin.* 2005;37(4):227-31.
 17. Nobre JCAA, Lopes Neto D. Avaliação de indicadores de rastreamento do câncer do colo do útero no Amazonas, Norte do Brasil, de 2001 a 2005. *Rev Bras Cancerol.* 2009;55(3):213-20.
 18. Calazan C, Luiz RR, Ferreira I. O diagnóstico do câncer do colo uterino invasor em um centro de referencia brasileiro: tendência temporal e potenciais fatores relacionados. *Rev Bras Cancerol.* 2008;54(4):325-31.
 19. Sousa IGS, Moura ERF, Oliveira NC, Eduardo KGT. Prevenção do câncer de colo uterino: percepções de mulheres ao primeiro exame e atitudes profissionais. *Rev Rene.* 2008; 9(2):38-46.
 20. Guarisi R, Hardy E, Derchain SFM, Fonseca-Carvasan GA, Borges JBR. Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasor de colo uterino no município de Franco da Rocha, SP. *Rev Bras Cancerol.* 2004;50(1):7-15.

RECEBIDO: 15/06/2010

ACEITO: 04/11/2010