



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**FACULDADE DE MEDICINA**

**PREVALÊNCIA DE LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS E NEOPLÁSICAS  
MALIGNAS DE COLO UTERINO NAS MULHERES ATENDIDAS NO  
HOSPITAL FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ.**

**Adriano Villacorta Lira de Araujo**  
**Diego Lobão Santiago**  
**Pamela Tolentino da Silva**

**BELÉM - PA**

**2007**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA

**PREVALÊNCIA DE LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS E NEOPLÁSICAS  
MALIGNAS DE COLO UTERINO NAS MULHERES ATENDIDAS NO  
HOSPITAL FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ.**

ADRIANO VILLACORTA LIRA DE ARAUJO  
DIEGO LOBÃO SANTIAGO  
PAMELA TOLENTINO DA SILVA

BELÉM-PA  
2007

ADRIANO VILLACORTA LIRA DE ARAUJO  
DIEGO LOBÃO SANTIAGO  
PAMELA TOLENTINO DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS E NEOPLÁSICAS  
MALIGNAS DE COLO UTERINO NAS MULHERES ATENDIDAS NO  
HOSPITAL FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado para obtenção do grau em  
Medicina pela Universidade Federal do  
Pará.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nara Macedo  
Botelho Brito.

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Waldenice Oliveira  
Viana.

BELÉM-PA  
2007

ADRIANO VILLACORTA LIRA DE ARAUJO  
DIEGO LOBÃO SANTIAGO  
PAMELA TOLENTINO DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS E NEOPLÁSICAS  
MALIGNAS DE COLO UTERINO NAS MULHERES ATENDIDAS NO  
HOSPITAL FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina  
pela Universidade Federal do Pará.

**Banca examinadora**

---

Orientadora

---

Nome / Instituição

---

Nome / Instituição

**Aprovado em:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Conceito:** \_\_\_\_\_

BELÉM-PA  
2007

Primeiramente, a Deus, por me ajudar a tornar todos os meus sonhos e objetivos em uma realidade promissora, além de ter colocado, em minha vida, pessoas maravilhosas que, orgulhosamente, chamo de pai e mãe.

Aos meus queridos pais, Luiz e Angelina, por sempre tentarem me ajudar nos momentos difíceis e por me mostrarem, cada um a sua maneira, que a vida sempre deve ser norteadada por virtudes como amor, humildade, responsabilidade e respeito ao próximo.

À minha namorada, Lorena, por toda a paciência e compreensão diante das minhas ausências e pelas importantes demonstrações de companheirismo diante dos momentos felizes e tristes que surgiram durante esses anos de graduação.

A todos os meus amigos, em especial àqueles que, juntamente comigo, concretizaram a realização deste projeto: Diego Santiago e Pamela Tolentino. Esta dedicatória tem muito mais valor do que o real sentido de sua palavra. Diante de noites longas, cansativas, hilárias e, até mesmo, estressantes, pude perceber como tenho sorte em tê-los ao meu lado.

A minha saudosa vovó Anita, que pôde presenciar, junto a mim, a primeira etapa desta vitória através da minha aprovação no vestibular e que, agora, continua a torcer e a zelar por mim em um cantinho muito especial ao lado do nosso Bom Senhor Jesus Cristo.

As grandes mestras, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Nara Brito e Prof<sup>ª</sup>. Waldenice Viana, pela disponibilidade, paciência e seriedade depositadas durante a elaboração deste projeto.

**Adriano Villacorta Lira de Araujo.**

A meu Senhor Deus, por ter me dado forças nos dias difíceis, serenidade nos dias felizes e coragem perante os problemas nessa jornada que parece sem fim.

Um dia, certo homem me disse: “A Medicina é um Dom que a gente recebe de Deus. Você não passou apenas no vestibular... Você foi abençoado. Ser Médico é possuir o poder de curar as pessoas, de prolongar vida e amenizar sofrimento. Saiba usar esse poder para o bem, que Deus saberá que o faz por amor aos outros e o recompensará.” Desde então, ao início da estrada que me trouxe aqui, tenho tentado seguir os passos dessa pessoa, que é meu tio Vagner, meu pai, meu amigo, meu mestre e meu espelho.

Agradeço à minha família, que é a base para tudo, o chão que piso e foi a água que bebi nesses dias secos.

Ao amor de minha vida, Danielle, minha fonte de ânimo, a pessoa em que lanço meus pensamentos nas horas mais difíceis para achar dentro de mim persistência, determinação e conforto.

Aos amigos que sempre me ajudaram, direta e indiretamente, na elaboração deste trabalho. Em especial, aos companheiros e cúmplices, Adriano Villacorta e Pamela Tolentino que estavam comigo na linha de frente contra as curtas madrugadas que passamos frente a papéis e monitores de computador.

Aos parentes e amigos que já se foram, e que vêem, lá de cima, essa nossa dura jornada, e certamente oram por nós.

Por fim, e não menos importante, às tutoras nesta obra, Prof<sup>a</sup>. Dra. Nara Brito e Prof<sup>a</sup>. Waldenice Viana, pelo empenho em nos guiar pelo árduo caminho científico.

**Diego Lobão Santiago.**

A Deus, por me guiar e iluminar o meu caminho, me protegendo em cada dia desses 6 anos em que precisei morar longe da minha família.

A meus pais, que acreditaram no meu potencial, me dando a oportunidade de realizar o meu sonho de exercer a medicina, mesmo longe deles, sempre me incentivando ao longo dessa jornada.

Aos amigos que conheci em Belém, que me proporcionaram momentos inesquecíveis e que me deram apoio nas horas difíceis, me mostrando que nunca estive sozinha. Em especial, aos amigos Diego e Adriano, companheiros na confecção deste projeto, sempre alegres, fazendo de nossas reuniões momentos extremamente agradáveis.

Aos velhos amigos de Santarém, em especial à minha amiga Ana Cristina, sempre disposta a ajudar com suas palavras doces e de conforto.

Ao meu namorado, pelo carinho e companheirismo ao longo desse último ano.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Nara e Prof<sup>ª</sup>. Waldenice, pela orientação nos dada e pelo conhecimento compartilhado, essenciais para a elaboração deste projeto.

**Pamela Tolentino da Silva.**

## **Agradecimentos**

Às grandes mestras, Prof<sup>a</sup>. Dra. Nara Brito e Prof<sup>a</sup>. Waldenice Viana, o nosso mais sincero agradecimento pelo apoio e auxílio despendidos durante todo o processo de pesquisa e elaboração deste projeto.

Às pacientes atendidas pelo serviço de Colposcopia do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, as quais foram peças fundamentais para a sedimentação do conhecimento até então adquirido, e para a formação ética e profissional de cada um de nós.

Ao Marcus, por toda a ajuda e disponibilidade durante o período de coleta de dados, fica aqui a nossa gratidão.

A todos que, de alguma forma, tiveram sua parcela de colaboração para a concretização desse projeto, o nosso muito obrigado.

**Os autores.**

*“É verdadeiramente velho o homem que pára de aprender, quer tenha 20 ou 80 anos.”*

***Henry Ford.***

**Resumo:**

O câncer invasor de colo uterino ocupa, em contexto mundial, a segunda posição entre as neoplasias malignas mais freqüentes e é a mais comum em países em desenvolvimento. Neste contexto, esta pesquisa objetiva verificar a prevalência de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas malignas do colo uterino nas mulheres atendidas no serviço de colposcopia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Dessa forma, realizou-se um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo, a partir da revisão dos prontuários das pacientes atendidas no serviço de colposcopia do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007, que foram submetidas à biópsia de colo uterino, sendo desconsiderada a análise da colpocitologia oncótica. Após a aplicação dos critérios de exclusão, obteve-se uma amostra de 222 pacientes, as quais apresentaram idade média de 37,5 anos; 22,5% com o 2º grau completo; 36,9% eram solteiras e apenas 14,9% das pacientes afirmaram ser tabagistas. Quanto aos antecedentes gineco-obstétricos, observou-se: maior prevalência em coitarca entre os 15 e 18 anos de idade (43,2%), assim como multiparidade (46,8%) e até 5 parceiros durante a vida sexual (62,6%). Em relação à freqüência dos achados colposcópicos, 81,5% eram normais, 2,3% eram de miscelânea e apenas 7,7% eram sugestivos de câncer invasor. No entanto, 8,6% dos prontuários não apresentaram a descrição da colposcopia de forma válida para a pesquisa. Quanto à freqüência dos achados histopatológicos, houve um predomínio dos achados que determinam normalidade (45,9%), seguido por 13,1% dos casos correspondendo a Carcinoma de Células Escamosas Invasor, e por Lesão de Alto Grau, com 11,3%. Ao fazer a correlação entre os achados colposcópicos e os resultados histopatológicos, evidenciou-se um alto grau de concordância entre os dois métodos diagnósticos, o que mostra um alto valor preditivo positivo para a colposcopia. Apesar destes achados, vale ressaltar que a realização de biópsia é imprescindível para a confirmação do diagnóstico de lesões cervicais. Em vista das altas taxas de câncer de colo uterino observadas, bem como de suas lesões pré-neoplásicas, é importante que se realizem campanhas educacionais, visando conscientizar a população da necessidade do exame preventivo. Além disso, a elaboração de um sistema de convocação das mulheres, principalmente aquelas que se encontram na faixa etária de maior risco e que nunca fizeram o exame, seria de grande valia. Esse sistema de

convocação pode ser realizado pelos agentes de saúde do Programa Saúde da Família, programa este que vem apresentando grande sucesso em termos de prevenção em todas as áreas da medicina.

**Palavras-chave:** Câncer cervical, Colposcopia, Histopatológico.

**Astract:**

The invasive cancer of uterine cervix occupies, in a world context, the second position between the MOST frequent malignants neoplasias and it is the most common in developing countries. The objective of this research is to verify the prevalence of the pre-neoplasics and malignant neoplasics of the uterine cervix in women taken care of in the service of colposcopy of the Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Therefore, became realized an epidemiologist, descriptive, retrospective study, from the analysis of the medical records of the patients taken care of at the Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, in the period of January 2006 to June 2007, that had been submitted in the biopsy of uterine cervix, being disrespected the analysis of the oncotic colpocitology. After the application of the exclusion criteria, entered, in the study, 222 patients, which had showed average age of 37.5% years old, 22.5% with the secondary incompleted grade, 36.9% were unmarried and just 14.9% of the patients had affirmed that smoke. In gineco-obstetrics antecedents, was verified: major prevalence in the first sexual relationship age between the 15 and 18 years old (43.2%), patients with a lot of childbirths (46.8%) and 62.2% had presented up to 5 partners in their sexual life. In relation to the prevalence of the colposcopic findings, 81.5% were normal; 2.3% were miscellany and only 7.7% were suggestive of invasive cancer. However, 8.6% of the medical records had not presented the description of the colposcopic findings in a valid form for the research. About the frequency of the histopatologics findings, it had a predominance of the findings that determine normality (45.9%), followed for 13.1% of invasive squamous cells carcinoma and for injury of high degree (11.3%). When made the correlation between the colposcopic findings and the histopatologics results, was evidenced one high degree of agreement of the two disgnostic methods, what shows one high positive predictive value for the colposcopia. Although these findings, it became important to express that the accomplishment of the biospy is essential for the confirmation of the diagnosis of cervical injuries. To reduce the high taxes of uterine cervix cancer observed, as well as preneoplastic injuries, it is important that educational campaigns become realized, aiming at to acquire knowledge to the population of the necessity of the preventive examination. The elaboration of a system of convocation of the women, mainly those that are situated in the age band of bigger risk and that they had never made the examination, would

be of great value. This system of convocation can be carried through by the agents of health of the Family Health's Program, that comes presenting great success in terms of prevention in all the areas of the medicine.

**Key-words:** Cervical cancer, Colposcopy, Histopatology.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	OBJETIVOS.....	22
1.1.1	GERAL.....	22
1.1.2	ESPECÍFICOS.....	22
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	32
4	RESULTADOS.....	34
5	DISCUSSÃO.....	53
6	CONCLUSÃO.....	59
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
	APÊNDICES.....	64
	ANEXOS.....	66

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- GRÁFICO 01** - Faixa etária das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007..... 34
- GRÁFICO 02** - Grau de escolaridade das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007..... 35
- GRÁFICO 03** - Procedência das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007..... 36
- GRÁFICO 04** - Situação conjugal das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007..... 37
- GRÁFICO 05** - História de tabagismo das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007..... 38
- GRÁFICO 06** - Coitarca das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007..... 39
- GRÁFICO 07** - Paridade das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007..... 40

<b>GRÁFICO 08</b> - Número de parceiros das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	41
<b>GRÁFICO 09</b> - Método contraceptivo das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	42
<b>GRÁFICO 10</b> - Achados colposcópicos das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	43
<b>GRÁFICO 11</b> - Achados histopatológicos das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	44
<b>GRÁFICO 12</b> - Relação da idade com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	46
<b>GRÁFICO 13</b> - Relação do tabagismo com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	48
<b>GRÁFICO 14</b> - Relação da paridade com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	50
<b>GRÁFICO 15</b> - Relação da colposcopia com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	52

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 01 -</b>	Faixa etária das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	34
<b>TABELA 02 -</b>	Grau de escolaridade das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	35
<b>TABELA 03 -</b>	Procedência das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	36
<b>TABELA 04 -</b>	Situação conjugal das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	37
<b>TABELA 05 -</b>	História de tabagismo das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	38
<b>TABELA 06 -</b>	Coitarca das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	39
<b>TABELA 07 -</b>	Paridade das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	40

<b>TABELA 08 -</b>	Número de parceiros das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	41
<b>TABELA 09 -</b>	Método contraceptivo das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	42
<b>TABELA 10 -</b>	Achados colposcópicos das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	43
<b>TABELA 11 -</b>	Achados histopatológicos das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	44
<b>TABELA 12 -</b>	Relação da idade com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	45
<b>TABELA 13 -</b>	Relação do tabagismo com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	47
<b>TABELA 14 -</b>	Relação da paridade com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	49
<b>TABELA 15 -</b>	Relação da colposcopia com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ACHO** – Anticoncepcional Hormonal Oral

**ACI** – Anticoncepcional Injetável

**ADC** – Adenocarcinoma.

**CCEI** – Carcinoma de Células Escamosas Invasor.

**HPV** – Papiloma Vírus Humano.

**JEC** – Junção Escamo-Colunar.

**LAG** – Lesão de Alto Grau.

**LBG** – Lesão de Baixo Grau.

**LT** – Laqueadura Tubária

**MIS** – Miscelânea.

**NIC** – Neoplasia Intra-epitelial Cervical.

**PM** – Preservativo Masculino

## 1. Introdução

O câncer, mesmo sendo de conhecimento comum durante muitos séculos, vem atraindo a atenção de maneira mais forte somente nas últimas décadas, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial (INCA, 2003). Confirmado pela Organização Mundial de Saúde (2003), que faz estimativas de 15 milhões de novos casos de câncer diagnosticados por ano, a partir de 2020.

O câncer invasor de colo uterino ocupa, em contexto mundial, a segunda posição entre as neoplasias malignas mais freqüentes e a mais comum em países em desenvolvimento. Ressalte-se que, a cada ano, são diagnosticados 470 mil novos casos de câncer cervical e registrados 230 mil óbitos decorrentes desta neoplasia, da qual 80% ocorrem em países em desenvolvimento (OMS, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (INCA, 2002), no Brasil, entre os anos de 1979 e 1983, o câncer do colo do útero foi responsável por 7,83% dos óbitos por câncer em mulheres, segundo localização primária do tumor e por 7,22% entre 1995 e 1999.

Dados da Organização Mundial de Saúde (2003) mostram que o câncer de colo uterino é a neoplasia maligna que apresenta a segunda taxa de mortalidade no Brasil, perdendo apenas para câncer de mama e pele.

De acordo com a estimativa de incidência no Brasil, o câncer do colo do útero foi o terceiro tipo de câncer mais comum ente as mulheres no ano de 2006, perdendo apenas para o câncer de pele do tipo não-melanoma e para o câncer de mama (INCA, 2007).

Campos (2004) descreveu, em estudo retrospectivo de 20 anos, dois momentos estatísticos. De 1982 a 1997, as taxas de mortalidade por câncer de colo uterino mantiveram-se estáveis. Enquanto que no segundo período estudado (1998–2001), observou um aumento das mortes pela patologia cervical maligna, sugerindo em sua análise uma falha nos programas de detecção e controle da neoplasia.

No Estado do Pará, o câncer de colo de útero foi responsável por 19,69% do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor entre os anos de 1979 e 1983, e por 15,55% entre os anos de 1995 e 1999 (INCA, 2002).

De acordo com Parkin et al. (1997 apud PINHO, 2003, p. 96), as maiores taxas de incidência de câncer cervical, ajustadas por idade, na América Latina, no ano de 1990, foram observadas no Brasil, na cidade de Belém do Pará, seguida pelo Peru, na cidade de Trujillo.

De acordo com Moraes (1997, apud SANTOS et al., 2002), embora o carcinoma invasor do colo do útero seja um tipo de câncer evitável, no Brasil é um importante problema de saúde pública, apresentando nos últimos anos mortalidade estacionária na maior parte do país e decrescente em apenas alguns municípios.

Baixo nível socioeconômico e cultural, múltiplos parceiros, multiparidade, idade precoce ao início de atividade sexual e tabagismo são fatores classicamente descritos como predisponentes para esta neoplasia (PARKIN et al., 2000 apud GUARISI et al., 2004, p. 8).

Tais fatores de risco podem ser usados para se chegar a um diagnóstico mais precoce que, de acordo com INCA (2002), deve ser realizado com base no exame citopatológico associado à colposcopia e ao histopatológico.

Vários trabalhos apontam controvérsias entre os resultados das avaliações citopatológica, histopatológica e colposcópica, na dependência dos critérios e classificações utilizados, apesar da correlação já estabelecida entre esses diagnósticos (TUON et al., 2002, p. 142).

Cabe aos diferentes países e regiões adaptar as ações e recomendações a respeito da melhor estratégia a ser seguida pelos programas de *screening*, segundo as necessidades epidemiológicas e sociais de cada região e da disponibilidade de recursos financeiros (PINHO, 2003, p. 99).

A associação do método colposcópico ao citológico é eficaz na detecção das alterações neoplásicas do colo do útero. Na identificação das categorias de maior

dificuldade diagnóstica, como nas lesões de baixo grau, a correlação cito-colpohistológica é de fundamental importância. Este fato mostra a necessidade do direcionamento de esforços para a uniformização de critérios entre os clínicos e patologistas, lembrando que a colposcopia deve sempre ser indicada quando houver suspeita clínica de câncer, mesmo quando a citologia for negativa (TUON et al., 2002, p. 143).

Atualmente existe uma grande preocupação com a melhoria dos programas de rastreamento do câncer cervical, e também com a necessidade de se estabelecer um protocolo mais adequado para ser utilizado nos serviços de referência para patologia cérvico-uterina.

Em vista das altas taxas de incidência e prevalência da referida doença, o presente trabalho tem como objetivo verificar a prevalência de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas malignas de colo uterino em mulheres atendidas no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, avaliando os fatores de risco envolvidos, a faixa etária mais acometida e os resultados dos exames colposcópicos, confrontando-os com os histopatológicos. Além disso, objetiva contribuir na complementação da base de dados regionais. Assim, seria possível proporcionar uma melhor visualização da distribuição dessa neoplasia em cenário nacional, o que permitiria potencializar a estratégia na distribuição de esforços e recursos para o controle dessa enfermidade através de ações a nível central, estadual e municipal.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Geral**

Verificar a prevalência de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas malignas do colo uterino nas mulheres atendidas no serviço de colposcopia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

### **1.1.2 Específicos**

Descrever o perfil epidemiológico da população de estudo.

Observar a prevalência de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas malignas de colo uterino de acordo com a faixa etária da população de estudo.

Avaliar a prevalência de câncer de colo uterino de acordo com os fatores de risco.

Relacionar os resultados colposcópicos com os histopatológicos.

## 2. Revisão da Literatura

O colo uterino apresenta um revestimento determinado por dois tipos celulares: Epitelial Pavimentoso e Epitelial Colunar. O epitélio pavimentoso, tecido que se encontra imaturo até pouco tempo antes dos 18 anos da mulher, reveste o colo em sua porção visível no fundo da vagina, e tem como funções: proteção mecânica e biológica. A primeira é devido a sua estratificação celular, já a segunda é baseada na transformação do glicogênio presente no interior das células em ácido láctico por ação dos Bacilos de Döderlein, mantendo o pH vaginal ácido (PESSINI; SILVEIRA, 1988, p. 1788).

O epitélio colunar reveste o canal cervical e tem como principal função produzir mucina, que origina o muco protetor da cavidade uterina. A região limítrofe entre os tecidos colunar e epidermóide é denominada Junção Escamo-Colunar (JEC), a qual é de grande importância por ser o sítio das metaplasias típicas e atípicas (PESSINI; SILVEIRA, 1988, p. 1788).

Existem situações que podem alterar a posição da JEC: 1) ação de anticoncepcionais e ação hormonal da gestação promovem o deslocamento da JEC para fora do orifício externo do colo. Desta maneira, o tecido colunar fica exposto às agressões físicas (do coito), químicas (da acidez vaginal) e biológicas (da microbiota normal ou patológica da vagina); 2) na menopausa a JEC se desloca para dentro do canal cervical, impossibilitando sua visualização (PESSINI; SILVEIRA, 1988, p. 1789).

Quando a JEC situa-se para fora do orifício externo do colo temos a ectopia ou eversão. O epitélio colunar dessa região de ectopia fica em contato com o ambiente ácido da vagina, que é hostil às suas células, o que estimula a transformação das células colunares em células mais adaptadas, caracterizando a metaplasia escamosa. Este novo epitélio, situado entre os epitélios originais é denominado zona de transformação. É nessa zona onde se localizam mais de 90% dos cânceres do colo do útero (BRASIL, 1997).

Nas neoplasias intraepiteliais, a estratificação do epitélio pavimentoso fica desordenada. Quando essa desordenação ocorre nas camadas mais basais, estamos diante de uma neoplasia intra-epitelial cervical grau I ou NIC I (BRASIL, 1997).

O termo Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC) é utilizado por patologistas para fazer referência a lesões tidas como precursoras ao câncer invasivo. Para a detecção da NIC, são essenciais o exame colposcópico e a citologia esfoliativa (SINGER; MONAGHAN, 1995, p. 47).

A NIC de baixo grau é caracterizada principalmente por alterações da organização epitelial e por modificações na citologia individual celular, que são causadas pela infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), representando os efeitos citopatogênicos clássicos provocados pelo vírus. Nessas lesões, raramente as células basais atípicas ocupam mais que o terço inferior da espessura do epitélio (SINGER; MONAGHAN, 1995, p. 4).

As formas pré-invasivas do câncer cervical são de difícil diagnóstico. Tais lesões podem coexistir com neoplasia intra-epitelial escamosa ou metaplasia. Do mesmo modo, em 50% dos casos, o adenocarcinoma está localizado no canal, sendo inacessível ao exame colposcópico (RIBALTA; FOCCHI, 2005, p. 505).

A maioria dos cânceres cervicais é antecedida de uma lesão pré-cancerosa. Durante um período de até 20 anos, essa lesão pode estar apresentada em um estado não-invasivo. As lesões pré-cancerosas devem ser avaliadas levando-se em consideração os seguintes aspectos: 1) representam um *continuum* de alteração morfológica, com limites relativamente indistintos; 2) não irão evoluir invariavelmente para o câncer e podem sofrer regressão espontânea, aumentando o risco de persistência ou progredindo para o câncer de acordo com a gravidade da alteração pré-cancerosa; 3) estão associadas ao papilomavírus, e os tipos de HPV de alto risco são encontrados com frequência crescente nas lesões precursoras de maior grau (CRUM, 1999, p. 941).

Quando a desordenação do epitélio pavimentoso do colo avança até os três quartos da sua espessura, preservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Já o desarranjo que acomete toda a espessura do epitélio é classificado como NIC III (BRASIL, 1997).

Ao se encontrar uma lesão inequivocamente precursora do câncer, tal lesão deve ser diagnosticada como NIC de alto grau (SINGER; MONAGHAN, 1995, p. 6).

Tem-se o carcinoma invasor quando as células desordenadas invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio pavimentoso estratificado (BRASIL, 1997).

O carcinoma espinocelular representa 80 a 90% dos casos de neoplasia invasiva, sendo o restante compreendido por vários tipos de adenocarcinomas da endocérvice e raros sarcomas (RIBALTA; FOCCHI, 2005, p. 504).

Dentre os diversos tipos de câncer, o câncer de colo do útero é o que possibilita uma melhor documentação sobre os notáveis efeitos da prevenção, do diagnóstico precoce e da terapia curativa sobre a taxa de mortalidade (CRUM, 2000, p. 940).

O câncer do colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, já que possui uma evolução, na maioria das vezes, de forma lenta, passando por fases pré-clínicas que podem ser detectadas e curadas. Apenas uma pequena porcentagem encontra-se em mulheres com menos de trinta anos, apresentando seu pico de incidência entre mulheres de 40 a 60 anos de idade (INCA, 2007).

É marcante a associação do câncer do colo do útero com o baixo nível socioeconômico, em todas as regiões do mundo (INCA, 2002), como mostra um estudo epidemiológico realizado no Hospital do Câncer do Ceará, entre os anos de 2000 e 2002, no qual 74,2% das mulheres com câncer de colo uterino eram analfabetas ou apresentavam apenas o 1º grau incompleto, sendo a profissão de doméstica a mais freqüente, com 62,2% (GUEDES et al., 2005, p. 207).

O perfil epidemiológico das pacientes que apresentam neoplasia invasiva do câncer do colo uterino é semelhante ao perfil das pacientes com câncer de endométrio, pois é duas a três vezes mais comuns em pacientes diabéticas, hipertensas e obesas (RIBALTA; FOCCHI, 2005, p. 505).

A OMS considera que a persistência da infecção pelo HPV em altas cargas virais é o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. Sabe-se ainda que essa infecção é essencial, porém não é suficiente para a evolução do câncer. É necessária a existência de fatores associados à infecção, como paridade elevada, início precoce da atividade sexual, número de parceiros sexuais, além da tipagem e carga viral do HPV (BRASIL, 1997).

A prevalência do HPV em mulheres sexualmente ativas é de aproximadamente 5 a 20%. Cerca de 20 tipos de HPV possuem tropismo pelo epitélio escamoso do trato genital inferior, sendo conhecidos atualmente mais de 100 subtipos. Os subtipo 6, 11, 26, 40, 42, 53-55, 57, 59, 66 e 68 são considerados de baixo risco para o desenvolvimento de câncer, e os de números 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 59 são considerados de médio-alto risco e estão relacionados a lesão de alto grau, como NIC II, III e câncer (INCA, 2002).

Segundo Ribalta e Focchi (2005, p. 507) os tumores induzidos por HPV de alto risco são mais agressivos que aqueles causados pelos vírus de médio ou baixo risco. Além disso, outros autores correlacionam a infecção por HPV com ambos os tipos histológicos de tumores de colo uterino, carcinoma de células escamosas e adenocarcinoma, como é o caso de Stefanescu (2007, p. 111).

A associação do uso de anticoncepcionais com o câncer de colo uterino se deve ao comportamento sexual desse grupo de mulheres, que geralmente não utilizam métodos de barreira, sendo mais expostas ao risco de contrair HPV (INCA, 2002). Além disso, autores como Syrjänen et al (2006, p. 26) afirmam que os anticoncepcionais não têm influência como fatores de risco independentes.

A incidência deste câncer também se encontra aumentada em situações de imunossupressão, como no tabagismo, diabetes, corticoterapia, lúpus e AIDS (INCA, 2002).

A história natural do câncer do colo uterino é descrita como uma doença que se inicia com transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para um câncer invasor dentro de 10 a 20 anos (INCA, 2003).

O exame citopatológico é o método mais empregado na detecção precoce do câncer do colo uterino no Brasil, por ser de alta eficácia, baixo custo e indolor, além de ser bem aceito pela população. Porém, o diagnóstico citopatológico não é de certeza, devendo ser confirmado pela histopatologia, através de biópsia realizada sob visualização colposcópica para evitar presença de resultados falso-negativos (INCA, 2002).

A sensibilidade da citologia na detecção da neoplasia intra-epitelial de alto grau, como NIC II ou III, está na faixa de 70 a 80%. Sua sensibilidade na detecção de casos que foram histologicamente comprovados como lesão intra-epitelial escamosa de alto grau foi de 68,1% (RIBALTA; FOCCHI, 2005, p. 504).

A colposcopia permite localizar lesões pré-malignas e o carcinoma que afetam os epitélios do trato genital inferior. Consiste na visualização do colo uterino através do colposcópico, após aplicação de soluções de ácido acético, entre 3 e 5 %, e lugol. As alterações que sugerem NIC exibem lesões com diferentes morfologias, como mosaicos, pontilhados, epitélio acetobranco, leucoplasia e vasos atípicos (INCA, 2002).

As lesões podem ser classificadas em alterações maiores ou menores, de acordo com as variações de espessura, contorno, relevo e alterações vasculares avaliadas pelo exame colposcópico (INCA, 2003).

A coleta de material para estudo histopatológico deve ser realizada por meio de biópsia incisional dirigida, biópsia em cone, biópsia excisional através de cirurgia de alta frequência (CAF) ou curetagem endocervical (INCA, 2002).

Quando a JEC não é visualizada à colposcopia, considera-se o procedimento como insatisfatório (INCA, 2006).

A colposcopia não deve ser considerada como um método de primeira escolha na condução de pacientes que apresentam alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásico, uma vez que esse método possui alta sensibilidade (96%), porém baixa especificidade (48%), elevando a taxa de sobrediagnóstico e sobretratamento (BRASIL, 2006, p. 27).

Se uma das citologias de repetição apresentar resultado sugestivo de alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásico ou outra alteração mais grave, a paciente deverá ser referida à Unidade de Média Complexidade para colposcopia imediata (BRASIL, 2006, p. 27).

É necessária a realização de biópsia sempre que houver lesão colposcópica, independente do laudo citopatológico de repetição (BRASIL, 2006, p. 29).

Em casos de atipias glandulares à citopatologia, 9 a 54% representam NIC II e III, 0 a 8% adenocarcinoma *in situ* e 1 a 9% adenocarcinoma invasor no exame histopatológico (BRASIL, 2006, p. 31).

A colposcopia é um método que apresenta grande subjetividade, ocorrendo variabilidade entre os observadores. (REIS; SILVA; CAMARGO, 1999, p. 194).

São considerados erros comuns na avaliação colposcópica a falha no reconhecimento de uma colposcopia insatisfatória e a não-identificação dos vasos atípicos (REIS; SILVA; CAMARGO, 1999, p. 197).

A colposcopia realizada de forma adequada é essencial para considerar uma biópsia como efetivamente positiva ou negativa (REIS; SILVA; CAMARGO, 1999, p. 197).

O registro dos achados da genitoscopia deve seguir a nomenclatura de aspectos colposcópicos definido durante o XI Congresso Mundial de Patologia

Cervical e Colposcopia de Barcelona pela Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia em 2002 (BARACAT; LIMA, 2005, p.32).

A terminologia colposcópica atual vigente considera como normais os achados de epitélio escamoso original, epitélio colunar e zona de transformação. São considerados achados anormais o epitélio acetobranco plano, epitélio acetobranco denso, mosaico fino, mosaico grosseiro, pontilhado fino, pontilhado grosseiro, iodo parcialmente positivo, iodo negativo e vasos atípicos. Além disso, a terminologia colposcópica também classifica os achados em alterações sugestivas de câncer invasivo, colposcopia insatisfatória e miscelânea. É considerada colposcopia insatisfatória a não visualização da JEC, inflamação severa, atrofia severa, trauma e cérvix não visível. Fazem parte da miscelânea os condilomas, queratose, erosão, inflamação atrofia, decíduose e pólipos (ABG, 2007).

As características colposcópicas sugestivas de alterações metaplásicas são: superfície lisa com vasos finos, de calibre uniforme; alterações acetobranças leves; iodo negativo ou parcialmente positivo com solução de lugol (BARACAT; LIMA, 2005, p. 35).

São consideradas alterações menores ou de baixo grau à colposcopia: superfície lisa com borda externa irregular; alteração acetobrança leve, que aparece lentamente e desaparece rapidamente; iodo negativo, frequentemente com parcial captação de iodo positivo; pontilhado fino e mosaico fino regular (BARACAT; LIMA, 2005, p. 35).

São características colposcópicas sugestivas de alteração de alto grau: superfície lisa com borda externa bem marcada; alteração acetobrança densa, que aparece rapidamente e desaparece lentamente, podendo apresentar um branco nacarado que lembra o de ostra; iodo negativo em epitélio densamente acetobranco; pontilhado grosseiro e mosaico de campos largos e irregulares e de tamanhos diferentes; acetobranqueamento denso no epitélio colunar pode indicar doença glandular (ABG, 2007).

Sugere câncer invasivo a presença à colposcopia de superfície irregular, erosão, ulceração, acetobranqueamento denso, pontilhado grosseiro e irregular, mosaico grosseiro de campos largos desiguais e vasos atípicos (ABG, 2007).

Em 1947, foi introduzido o conceito de doença pré-invasora do colo, quando foi reconhecido que poderiam ser identificadas as alterações epiteliais que possuíam o aspecto de câncer invasivo, mas que eram restritas ao epitélio (PUND et al., 1947 apud HATCH; HACKER, 1998. p. 321).

No processo de detecção do câncer de colo uterino, o esfregaço cervical é o meio utilizado para identificar a anormalidade cervical presente (SINGER; MONAGHAN, 1995, p. 47).

De acordo com Pessini e Silveira (1998, p. 1789), lesões pré-malignas são alterações celulares com histologia semelhante à lesão maligna correspondente, e que tenha comprovação de possível ou provável malignização. Os fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasia intra-epitelial cervical são: coitarca precoce; primiparidade precoce; multiparidade; promiscuidade; má higiene pessoal; infecções virais, como o HPV, herpes e citomegalovírus; tabagismo; deficiência imunitária; uso de anticoncepcional oral; irradiação ionizante; deficiência de vitamina A e C.

De acordo com Gram e Stlsberg (1992 apud MENDONÇA, 1993, p. 73), em estudo prospectivo realizado entre os anos de 1980 e 1989, o hábito de fumar está relacionado à neoplasia intraepitelial cervical grau III e ao câncer do colo do útero. O mesmo que afirma quando relatam que o fumo é, dentre os fatores de risco, o que possui maior relação com as lesões de alto grau.

A curva de incidência por idade das lesões pré-clínicas é de grande valia para analisar o período de latência e outros achados. Dados da Suécia mostram que o pico de incidência ocorre 20-30 anos mais cedo do que o câncer invasivo. A maior parte dos casos de carcinoma *in situ* ocorre entre 15 e 50 anos de idade, ou seja, na idade reprodutiva (ALEIXO NETO, 1992, p.328).

A multiplicidade de parceiros aumenta a probabilidade de exposição a agentes transmitidos sexualmente, enquanto que a idade precoce à coitarca pode significar a presença de um epitélio cervical mais exposto a fatores oncogênicos (Rawls e col. 1986 apud ALEIXO NETO, 1992, p. 330). Ressaltando-se que, segundo Monteiro et al. (2006, p. 22), a taxa de incidência de lesões em adolescentes duplica a cada ano a partir do início de sua vida sexual.

Diversos autores, como Verhoeven et al. (2006), confirmam a necessidade de se investigar a promiscuidade sexual dos parceiros masculinos das mulheres analisadas, pois mesmo que estas não apresentem o fator de risco em questão, podem se tornar susceptíveis aos fatores carcinogênicos por se assegurarem na fidelidade do parceiro e não tomarem medidas seguras para as relações sexuais.

Outro fator de risco que tem se mostrado mais relevante, apesar de ainda não definitivamente comprovado, é o grau de industrialização da região estudada. Estudos como o de Kaidanek; Efimov (2004, p. 50) demonstraram que existe um aumento de 1,6 vezes na morbidade relacionada ao câncer de colo uterino em mulheres que habitam áreas mais industrializadas.

### 3. Materiais e Métodos

A pesquisa foi aprovada frente ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (Anexo A), a casuística foi analisada de acordo com os termos da Declaração de Helsinki (Anexo B), respeitando-se as regras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96) do Conselho Nacional de Saúde, pela preservação dos nomes das pacientes, bem como quaisquer dados que as identificasse no estudo.

Realizou-se um estudo epidemiológico, descritivo, exploratório, de bases de dados secundários, de coorte, retrospectivo, a partir da revisão dos prontuários de todas as pacientes atendidas no serviço de colposcopia do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007, e que foram submetidas à biópsia de colo uterino.

Com isso, encontrou-se um universo inicial de 323 pacientes submetidas à biópsia no referido período. No entanto, foram excluídas da pesquisa: pacientes cujos prontuários não estavam disponíveis no arquivo após três tentativas de coleta de dados; não apresentavam no prontuário, simultaneamente, os resultados da colposcopia e do histopatológico e; as mulheres que foram submetidas apenas à biópsias de outras estruturas que não o colo uterino, o que resultou em um universo final de 222 pacientes a serem estudadas.

Para o estudo dos achados colposcópicos utilizou-se a Terminologia Colposcópica da Convenção de Barcelona 2002 (Anexo C) e para a descrição dos achados histopatológicos agrupou-se as alterações em Carcinoma de Células Escamosas Invasor, Adenocarcinoma, Lesão de Alto Grau, Lesão de Baixo Grau e Infecção por HPV, e todas as demais alterações em “Miscelânea”, de modo que a análise dos resultados de interesse à pesquisa fossem facilitados.

Para análise comparativa das variáveis, tais como: idade; paridade; tabagismo e colposcopia, com o histopatológico, foram desconsideradas da relação, as pacientes que apresentaram uma das respostas em branco.

Os dados foram coletados dos prontuários através da aplicação de protocolo de pesquisa elaborado especialmente para este estudo (Apêndice A), processados digitalmente pelo software Microsoft Office Access 2003, com criação de tabelas e gráficos através dos softwares SPSS 13.0 e Microsoft Office Excel 2003. A editoração do texto foi realizada no software Microsoft Office Word 2003. A análise estatística foi feita através do teste T com um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) aplicados no software BioEstat 4.0.

#### 4. Resultados:

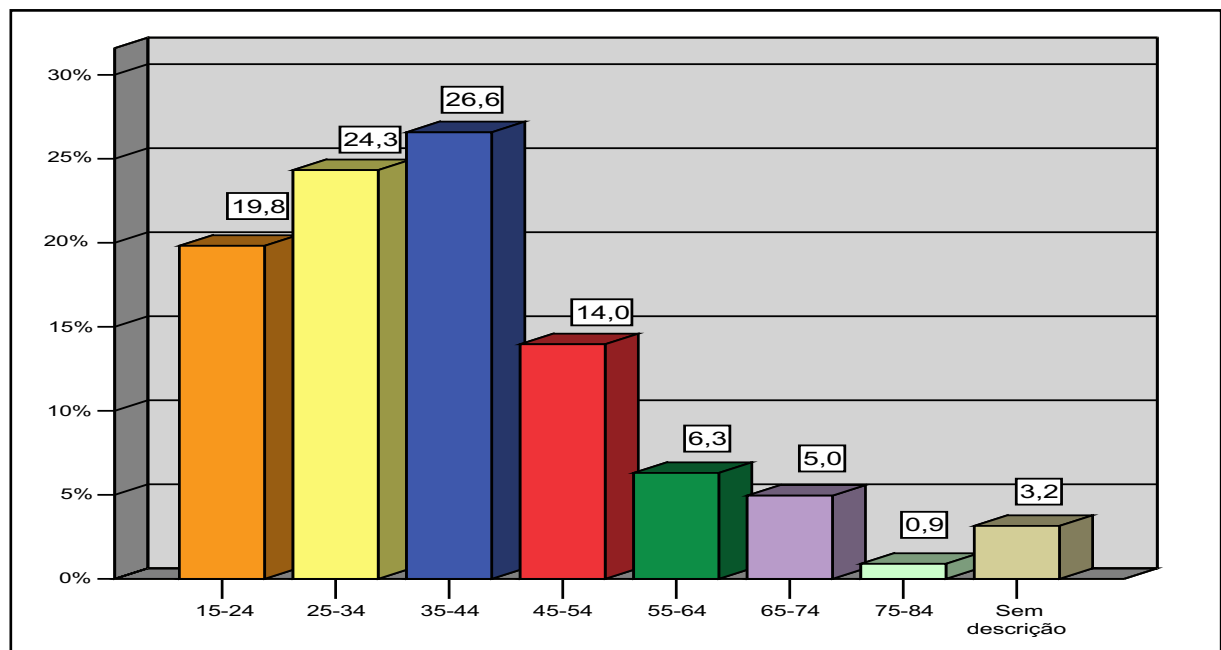
A faixa etária predominante no universo da pesquisa foi de 35 a 44 anos (26,6%), seguida por 25 a 34 (24,3%) e 15 a 24 (19,8%), sendo os extremos de idade registrados na pesquisa de 15 e 82 anos, e a média das idades de 37,5 anos (Tabela e Gráfico 01).

**TABELA 01** – Faixa etária das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

FAIXA ETÁRIA	Frequência (n)	%
15-24	44	19,8
25-34	54	24,3
35-44	59	26,6
45-54	31	14,0
55-64	14	6,3
65-74	11	5,0
75-84	2	0,9
Sem descrição	7	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

$p < 0,05$  (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**FIGURA 01** – Faixa etária das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

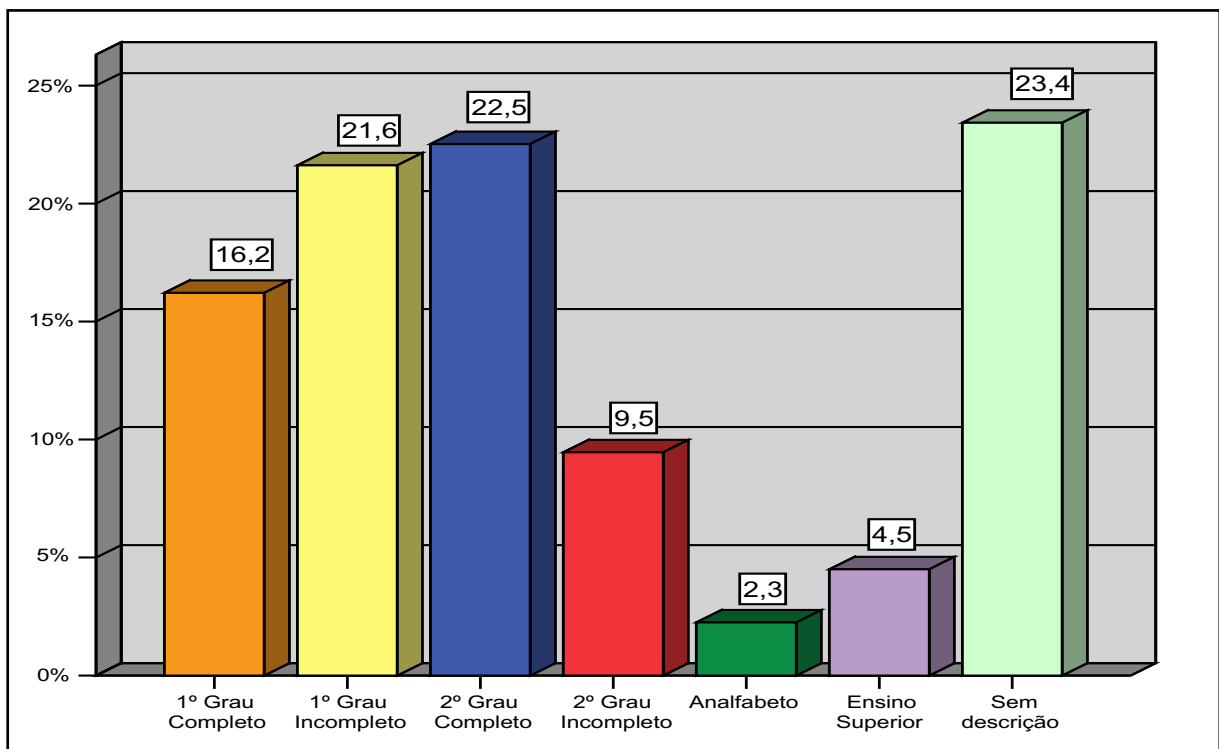
A maioria das pacientes apresentou o 2º grau completo (22,5%), seguidas por 21,6% de pacientes com o 1º grau incompleto. A maioria dos prontuários estava com o campo escolaridade em branco (23,4%) (Tabela e Gráfico 02).

**TABELA 02** – Grau de escolaridade das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

ESCOLARIDADE	Freqüência (n)	%
1º Grau Completo	36	16,2
1º Grau Incompleto	48	21,6
2º Grau Completo	50	22,5
2º Grau Incompleto	21	9,5
Analfabeto	5	2,3
Ensino Superior	10	4,5
Sem descrição	52	23,4
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**FIGURA 02** – Grau de escolaridade das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

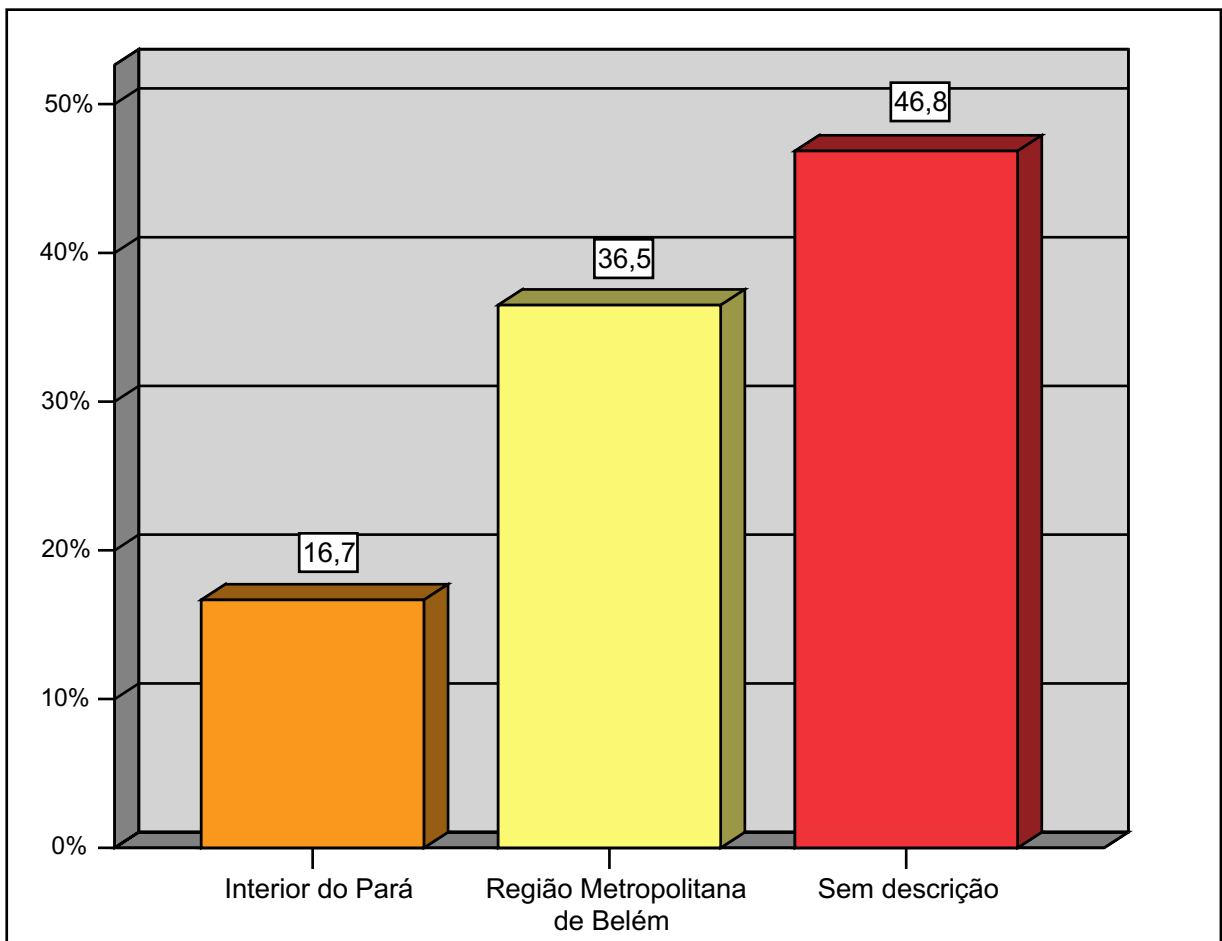
Quanto à procedência, 36,5% das mulheres eram procedentes da região metropolitana de Belém, e apenas 16,7% eram procedentes do interior do estado. A maioria das pacientes (46,8%) não apresentou descrição no prontuário (Tabela e Gráfico 03).

**TABELA 03** – Procedência das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

PROCEDÊNCIA	Frequência (n)	%
Interior do Pará	37	16,7
Região Metropolitana de Belém	81	36,5
Sem descrição	104	46,8
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**FIGURA 03** – Procedência das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

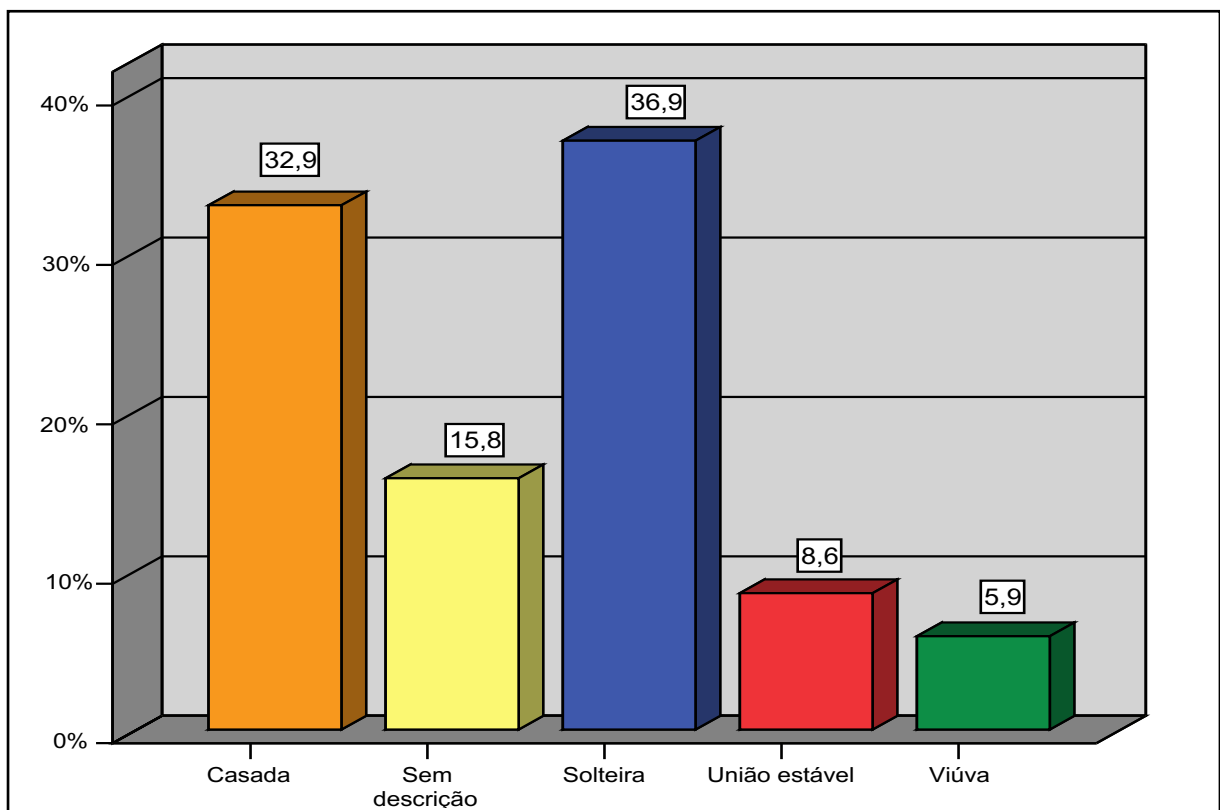
Constatou-se maior freqüência para as situações conjugais: Solteira (36,9%) e Casada (32,9%). Apenas 15,8% apresentaram o campo situação conjugal em branco (Tabela e Gráfico 04).

**TABELA 04** - Situação conjugal das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

SITUAÇÃO CONJUGAL	Freqüência (n)	%
Casada	73	32,9
Sem descrição	35	15,8
Solteira	82	36,9
União Estável	19	8,6
Viúva	13	5,9
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**GRÁFICO 04** - Situação conjugal das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

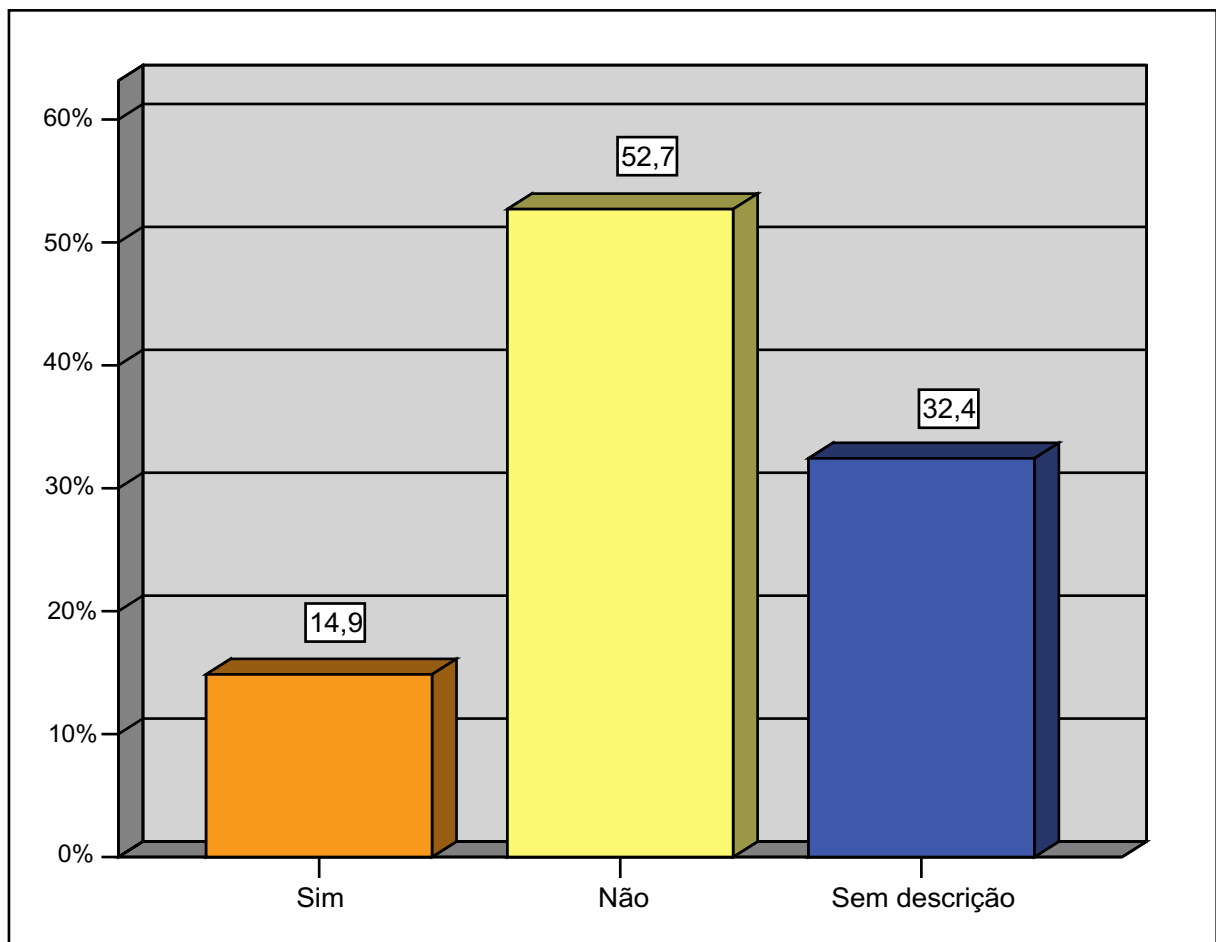
Apenas 14,9% das pacientes afirmam ser tabagista, porém 32,4% não apresentavam a resposta no prontuário (Tabela e Gráfico 05).

**TABELA 05** – História de tabagismo das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

TABAGISMO	Frequência (n)	%
Sim	33	14,9
Não	117	52,7
Sem descrição	72	32,4
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**FIGURA 05** – História de tabagismo das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

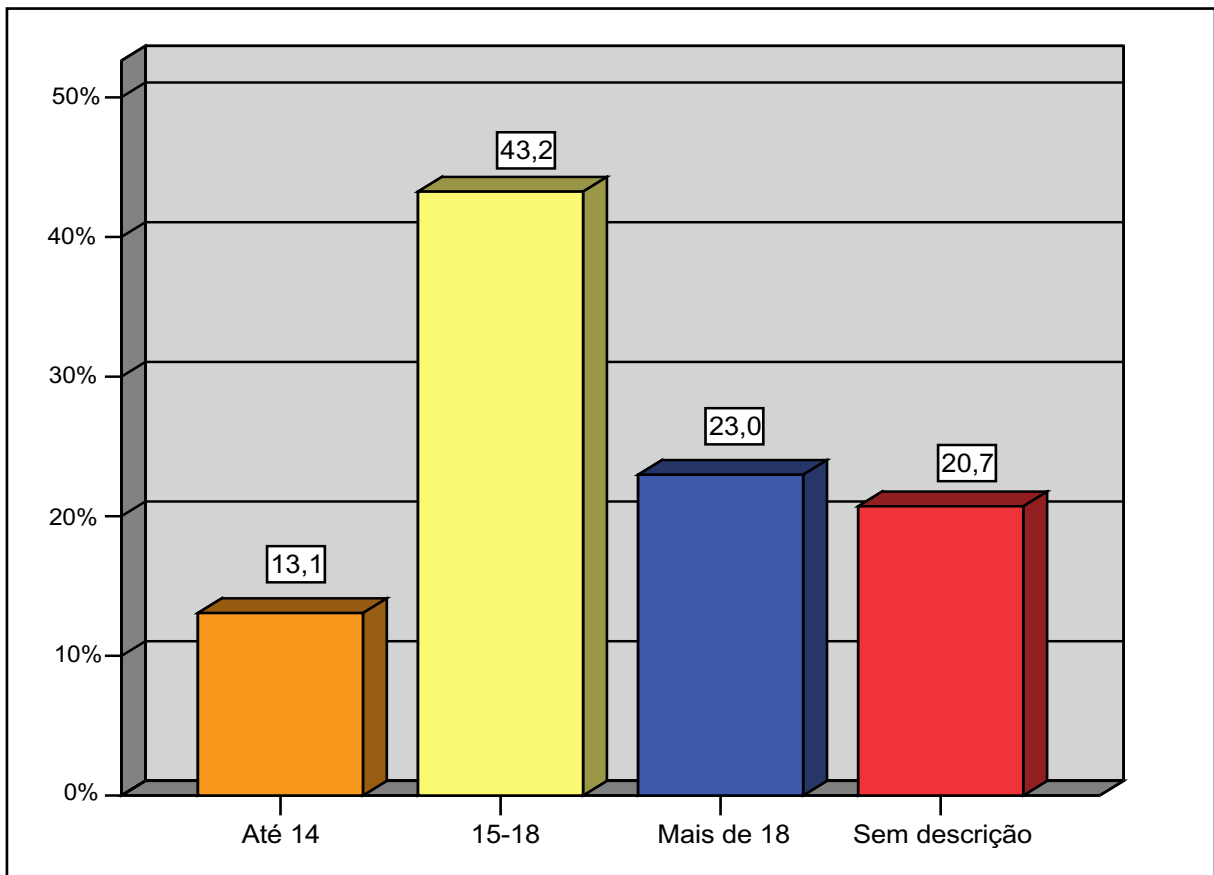
Entre as pacientes estudadas, observou-se, em ordem de frequência decrescente: coitarca entre os 15 e 18 anos de idade (43,2%), seguida por coitarca em faixa etária maior de 18 anos (23,0%) e, menor de 15 anos de idade, com 13,1%. Em 20,7% dos prontuários, não se encontrou descrição sobre coitarca (Tabela e Gráfico 06).

**TABELA 06** – Coitarca das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

COITARCA	Frequência (n)	%
Até 14	29	13,1
15-18	96	43,2
Mais de 18	51	23,0
Sem descrição	46	20,7
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**FIGURA 06** – Coitarca das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

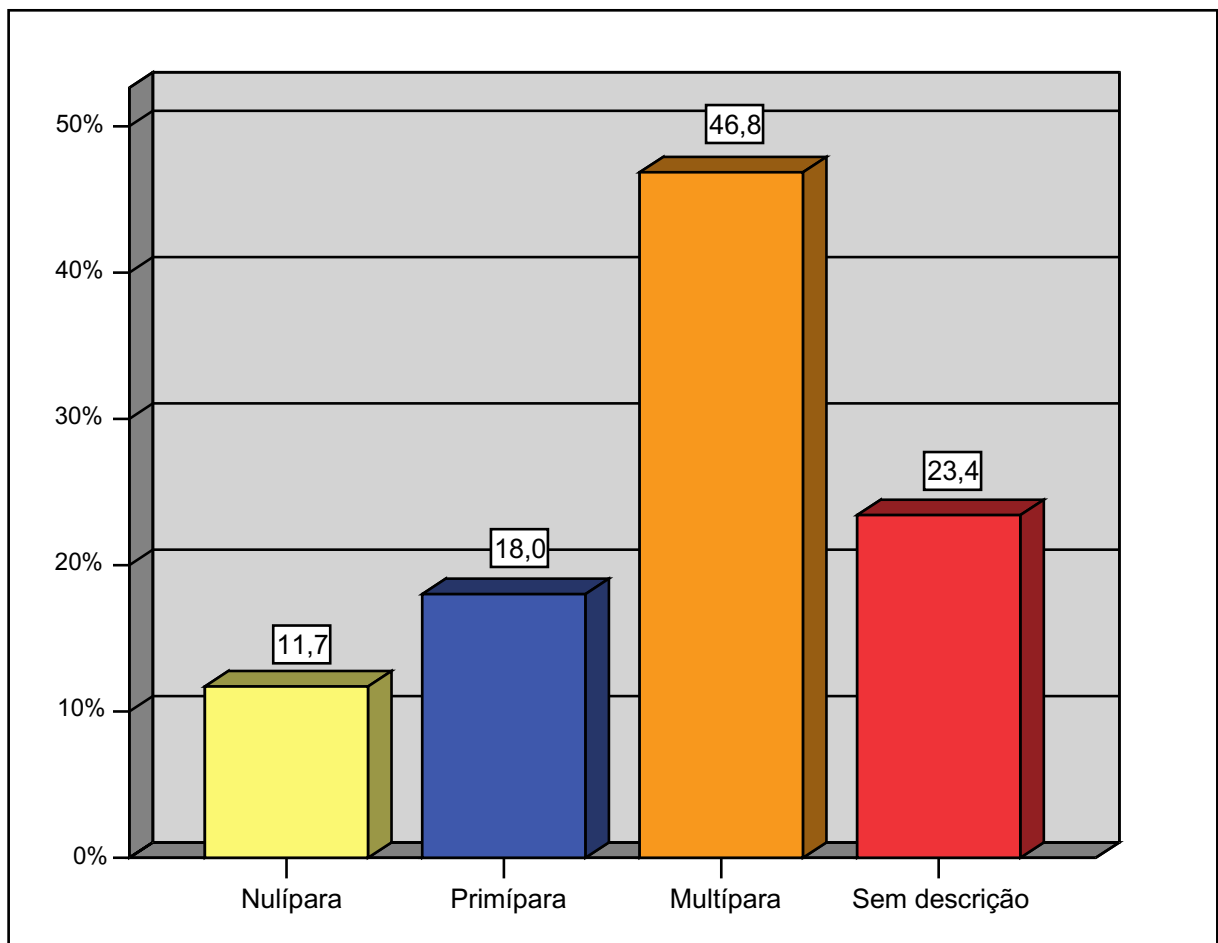
Dos 222 prontuários revisados, 46,8% eram de pacientes multíparas e 11,7% eram de pacientes nulíparas. 23,4% não tinham a paridade descrita no prontuário (Tabela e Gráfico 07).

**TABELA 07** – Paridade das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

PARIDADE	Frequência (n)	%
Nulípara	26	11,7
Primípara	40	18,0
Multípara	104	46,8
Sem descrição	52	23,4
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**FIGURA 07** – Paridade das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

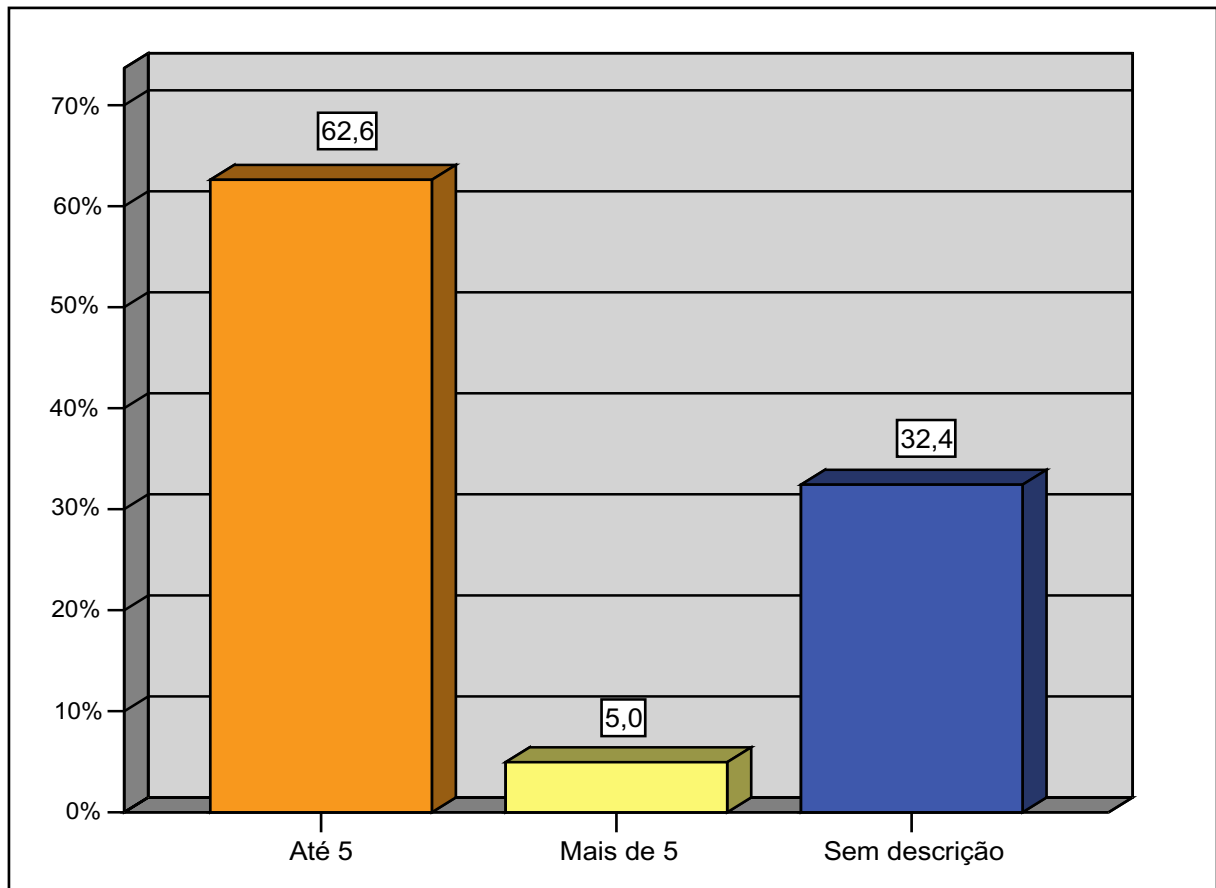
Quando analisado o número de parceiros, verificou-se que 62,6% apresentaram até 5 parceiros e apenas 5% das pacientes possuíam mais de cinco parceiros. No entanto, 32,4% não tinham esta variável descrita (Tabela e Gráfico 08).

**TABELA 08** – Número de parceiros das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

NÚMERO DE PARCEIROS	Freqüência (n)	%
Até 5	139	62,6
Mais de 5	11	5,0
Sem descrição	72	32,4
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**FIGURA 08** – Número de parceiros das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

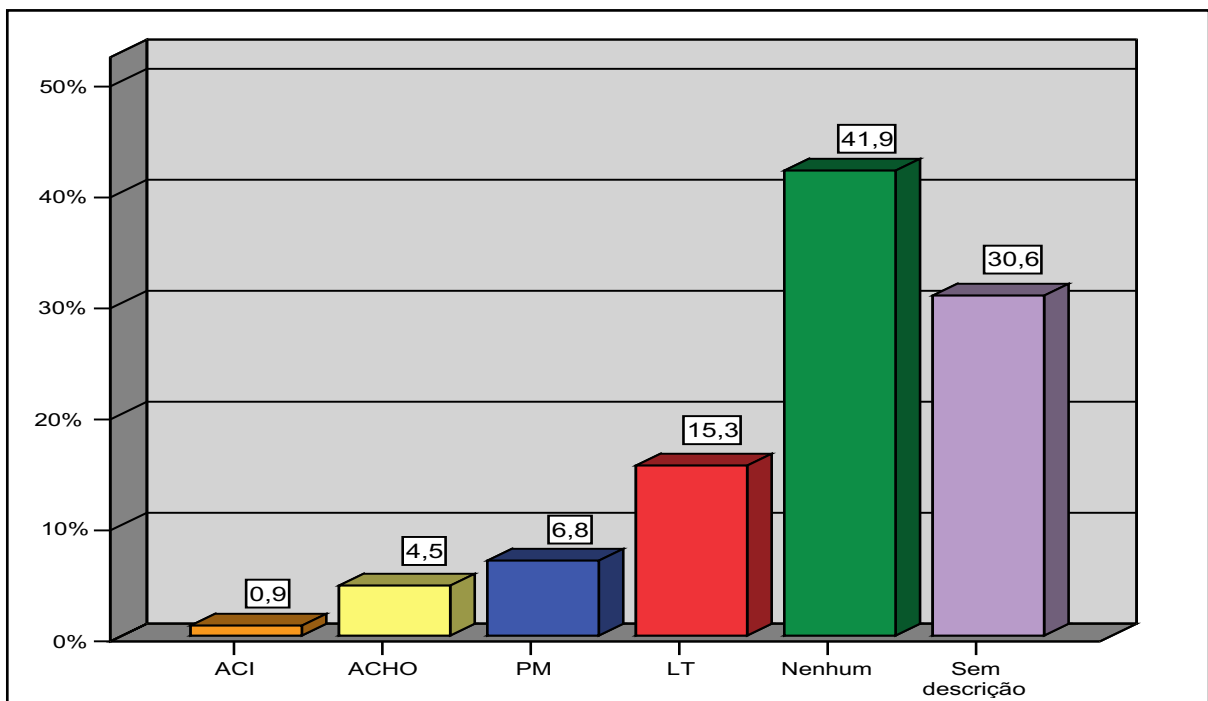
Quanto ao uso de métodos contraceptivos, 6,8% faziam uso de preservativo masculino, apenas 4,5% para a utilização de anticoncepcional hormonal oral e 41,9% não fazia uso de método contraceptivo (Tabela e Gráfico 09).

**TABELA 09** – Método contraceptivo das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

MÉTODO CONTRACEPTIVO	Freqüência (n)	%
Nenhum	93	41,9
ACHO	10	4,5
Anticoncepcional injetável	2	0,9
Preservativo masculino	15	6,8
Laqueadura Tubária	34	15,3
Sem descrição	68	30,6
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de pesquisa



Fonte: Protocolo de pesquisa

ACI = Anticoncepcional Injetável; ACHO = Anticoncepcional Hormonal Oral; PM = Preservativo Masculino; LT = Laqueadura Tubária

**FIGURA 09** – Método contraceptivo das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

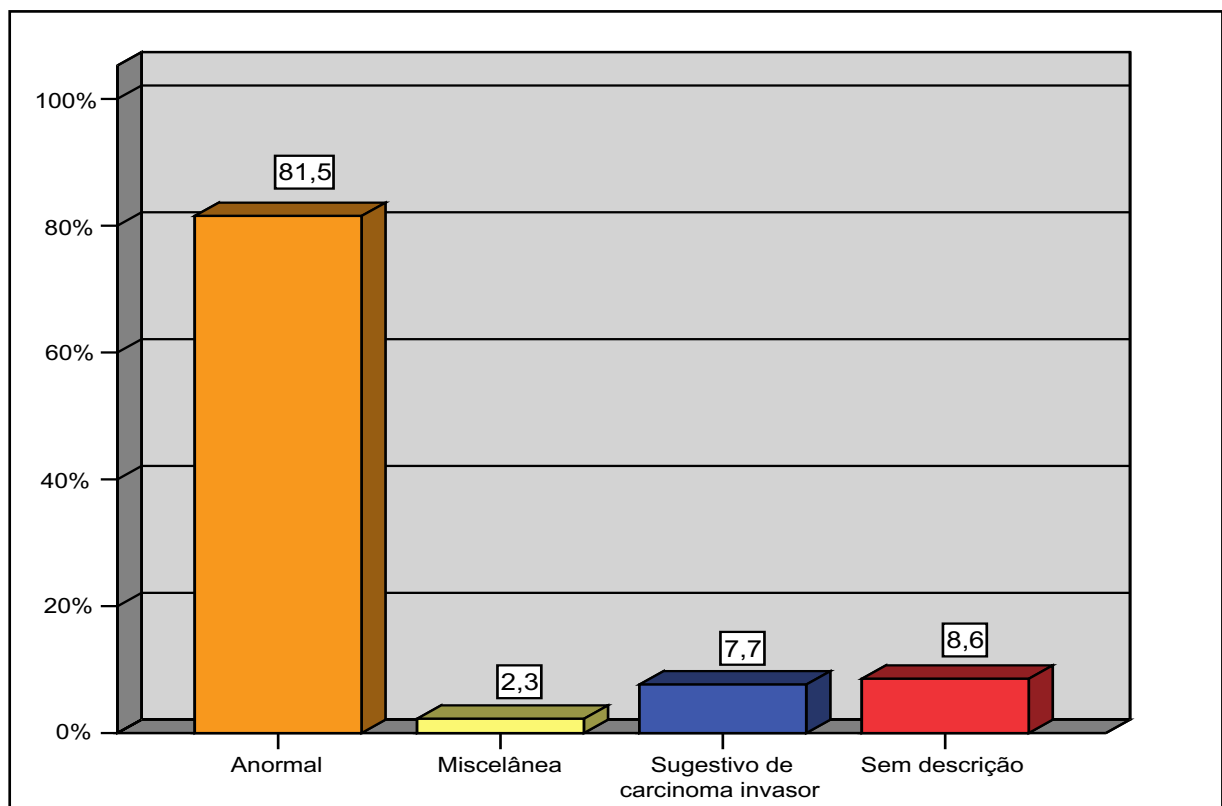
Em relação à frequência dos achados colposcópicos, 81,5% eram anormais, 2,3% eram de miscelânea (Anexo C) e apenas 7,7% eram sugestivos de câncer invasor. No entanto, 8,6% dos prontuários não apresentaram a descrição da colposcopia de forma válida para a pesquisa (Tabela e Gráfico 10).

**TABELA 10** – Achados colposcópicos das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

COLPOSCOPIA	Frequência (n)	%
Anormal	181	81,5
Miscelânea	5	2,3
Sem descrição	19	8,6
Sugestivo de carcinoma invasor	17	7,7
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**FIGURA 10** – Achados colposcópicos das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

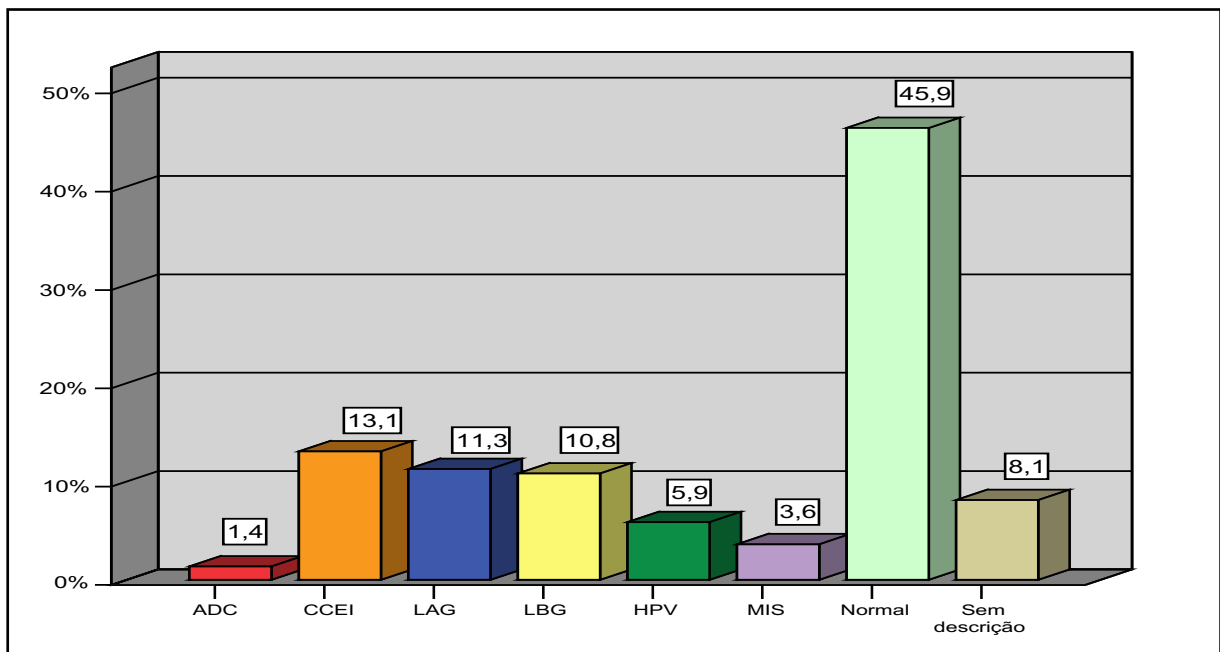
Quanto à frequência dos achados histopatológicos, houve um predomínio dos achados que determinam a normalidade (45,9%), seguido por CCEI (13,1%) e seguido por lesão de alto grau (11,3%) (Tabela e Gráfico 11).

**TABELA 11** – Achados histopatológicos das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

HISTOPATOLÓGICO	Frequência (n)	%
Normal	102	45,9
CCEI	29	13,1
Lesão de baixo grau	24	10,8
Lesão de alto grau	25	11,3
Adenocarcinoma	3	1,4
HPV	13	5,9
Miscelânea	8	3,6
Sem descrição	18	8,1
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa.

ADC = Adenocarcinoma; CCEI = Carcinoma de Células Escamosas Invasor; LAG = Lesão de Alto Grau; LBG = Lesão de Baixo Grau; MIS = Miscelânea

**FIGURA 11** – Achados histopatológicos das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

**TABELA 12** – Relação da idade com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

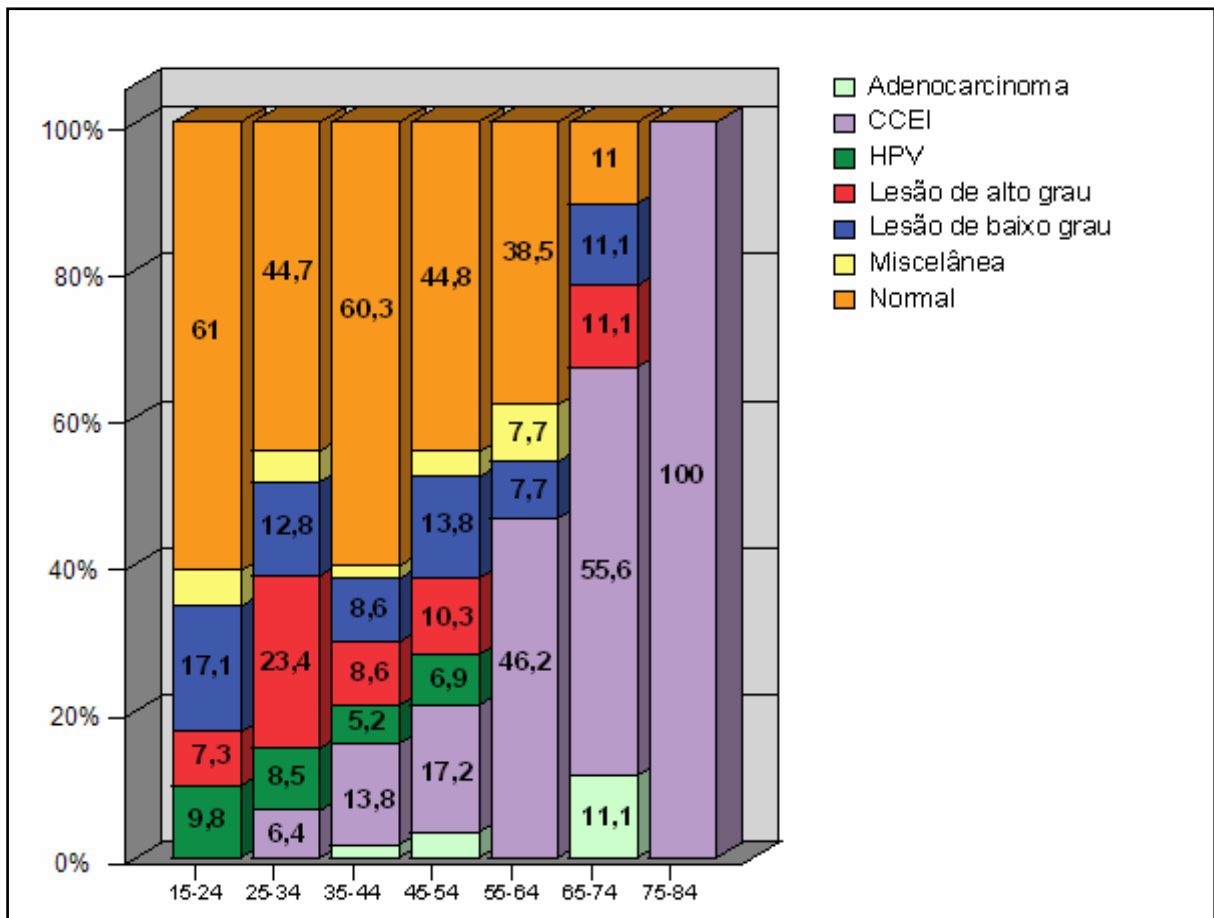
IDADE	HISTOPATOLÓGICO														
	ADC		CCEI		HPV		LAG		LBG		MISC		Normal		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
15-24	0	0	0	0	4	9,8	3	7,3	7	17,1	2	4,9	25	61,0	41
25-34	0	0	3	6,4	4	8,5	11	23,4	6	12,8	2	4,3	21	44,7	47
35-44	1	1,7	8	13,8	3	5,2	5	8,6	5	8,6	1	1,7	35	60,3	58
45-54	1	3,4	5	17,2	2	6,9	3	10,3	4	13,8	1	3,4	13	44,8	29
55-64	0	0	6	46,2	0	0	0	0	1	7,7	1	7,7	5	38,5	13
65-74	1	11,1	5	55,6	0	0	1	11,1	1	11,1	0	0	1	11,1	9
75-84	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>TOTAL</b>															<b>198</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

ADC = Adenocarcinoma; CCEI = Carcinoma de Células Escamosas Invasor; LAG = Lesão de Alto Grau; LBG = Lesão de Baixo Grau; MIS = Miscelânea

A Faixa etária na qual prevaleceu o diagnóstico da neoplasia maligna (Adenocarcinoma, CCEI e Lesão de alto grau) foi de 25 a 44 anos com 28 casos diagnosticados, num total de 54 mulheres com câncer. Na população total prevaleceu o CCEI com 13,8% dos achados colposcópicos na amostra (Tabela e Gráfico 12).



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**FIGURA 12** – Relação da idade com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

**TABELA 13** – Relação do tabagismo com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007 (Tabela e Gráfico 13).

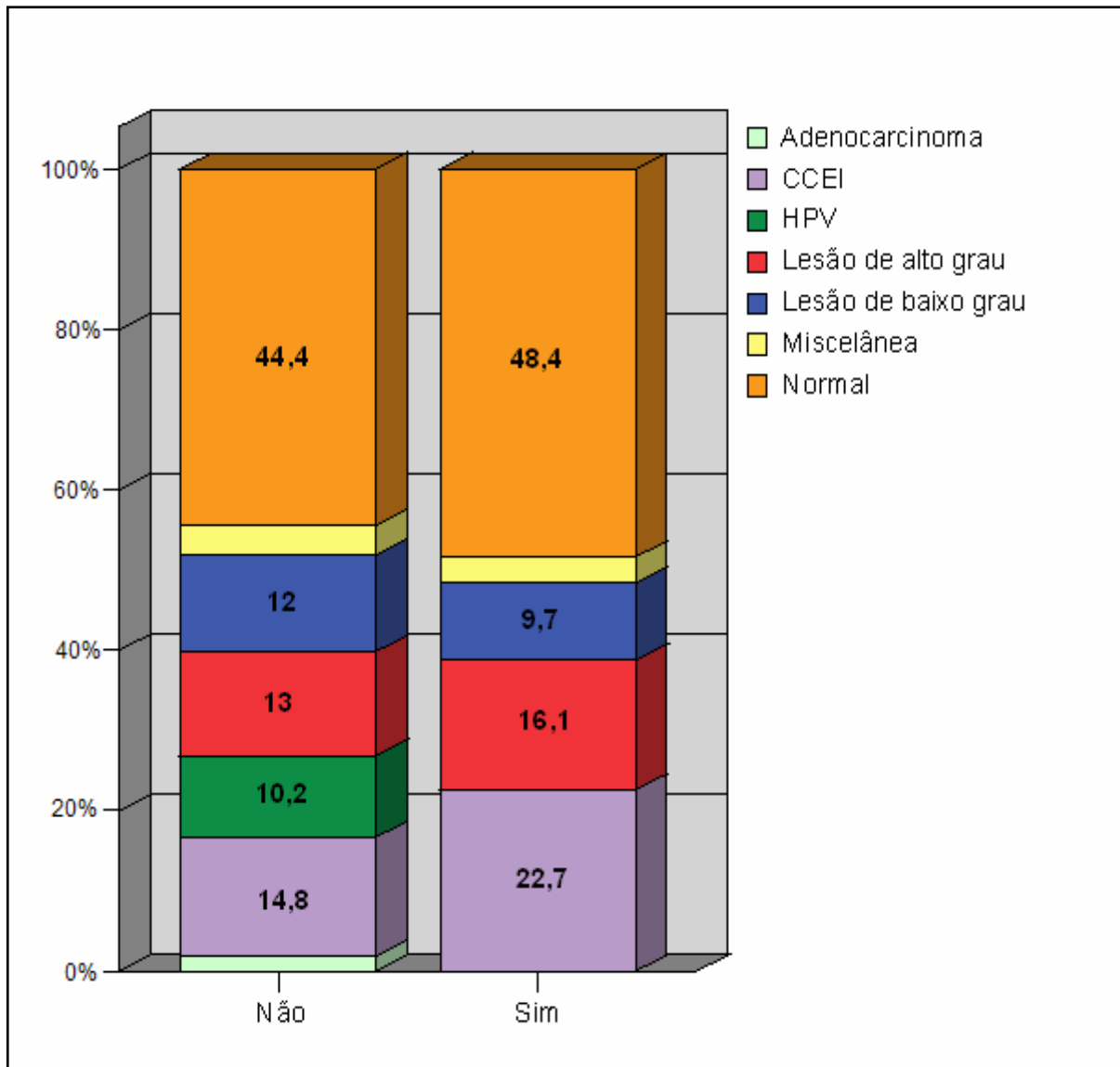
TABAGISMO	HISTOPATOLÓGICO														Total
	ADC		CCEI		HPV		LAG		LBG		MISC		Normal		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Não	2	1,9	16	14,8	11	10,2	14	13,0	13	12,0	4	3,7	48	44,4	108
Sim	0	0	7	22,6	0	0	5	16,1	3	9,7	1	3,2	15	48,4	31
<b>TOTAL</b>															<b>139</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

ADC = Adenocarcinoma; CCEI = Carcinoma de Células Escamosas Invasor; LAG = Lesão de Alto Grau; LBG = Lesão de Baixo Grau; MIS = Miscelânea

Dentre as tabagistas (n=31), a prevalência do câncer foi de 38,7%, totalizando 12 casos. A doença maligna que predominou foi o CCEI com 22,6% do total da amostra (Tabela e Gráfica 13).



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**FIGURA 13** – Relação do tabagismo com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

**TABELA 14** – Relação da paridade com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007 (Tabela e Gráfico).

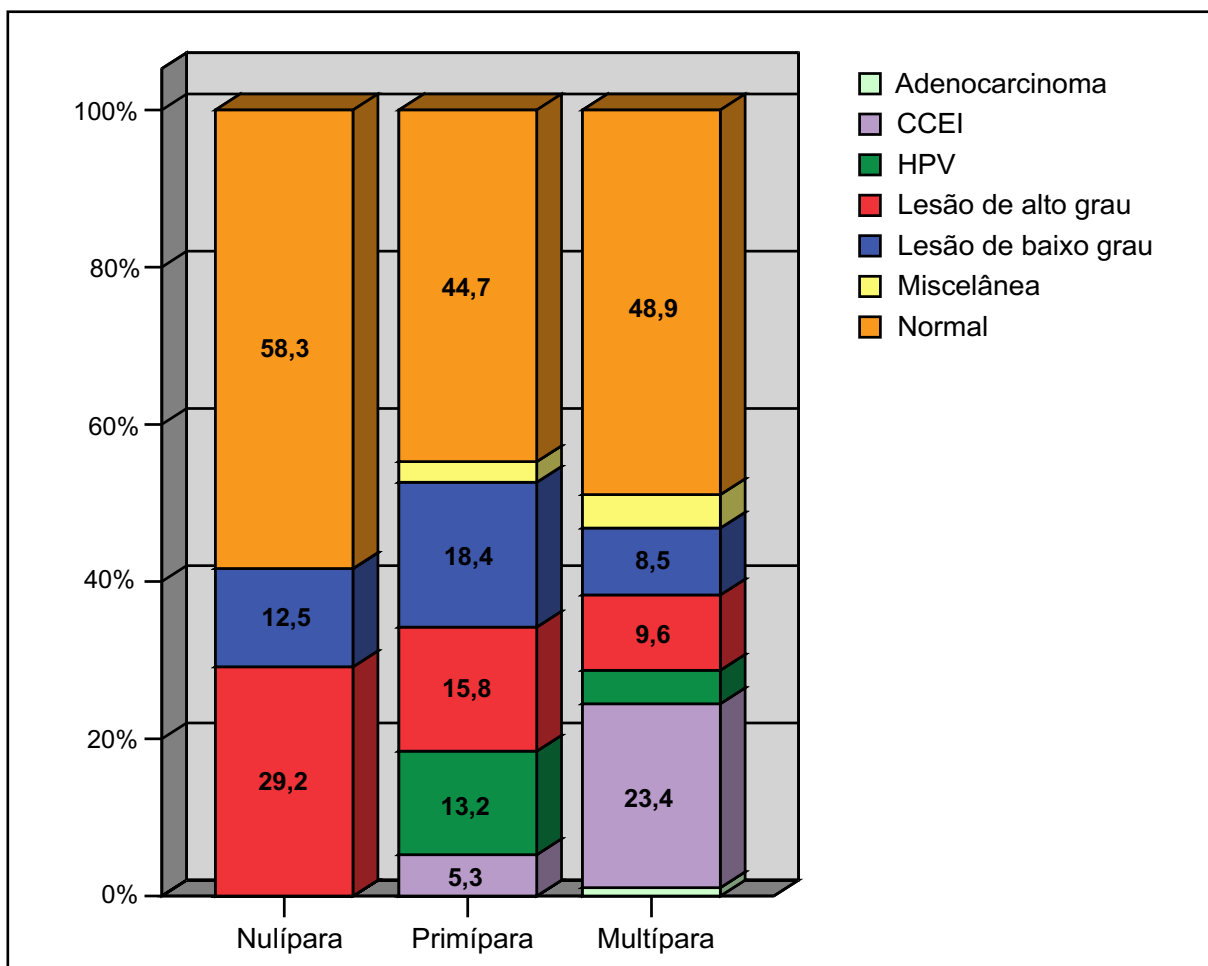
PARIDADE	HISTOPATOLÓGICO														
	ADC		CCEI		HPV		LAG		LBG		MISC		Normal		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Nulípara	0	0	0	0	0	0	7	29,2	3	12,5	0	0	14	58,3	24
Primípara	0	0	2	5,3	5	13,2	6	15,8	7	18,4	1	2,6	17	44,7	38
Multípara	1	1,1	22	23,4	4	4,3	9	9,6	8	8,5	4	4,3	46	48,9	94
<b>TOTAL</b>															<b>156</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

ADC = Adenocarcinoma; CCEI = Carcinoma de Células Escamosas Invasor; LAG = Lesão de Alto Grau; LBG = Lesão de Baixo Grau; MIS = Miscelânea

Em relação ao grau de paridade, a neoplasia maligna prevaleceu nas múltiparas com 34,1%, sendo que 22 casos foram diagnosticados como CCEI, o tipo de câncer mais prevalente na amostra (Tabela e Gráfico 14).



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**FIGURA 14** – Relação da paridade com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPa, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

**TABELA 15** – Relação da colposcopia com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

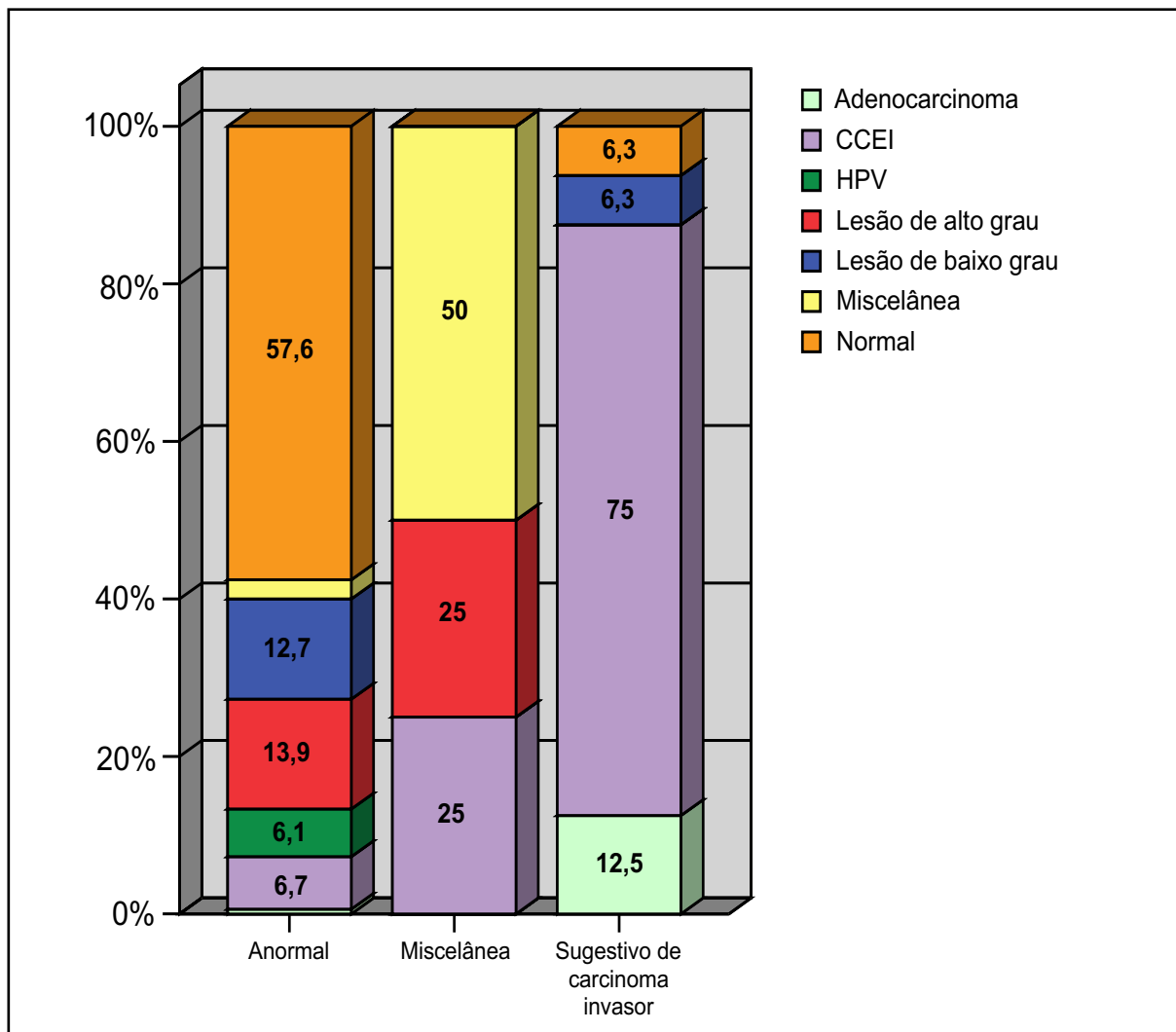
COLPOSCOPIA	HISTOPATOLÓGICO														
	ADC		CCEI		HPV		LAG		LBG		MISC		Normal		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Anormal	1	6	11	6,7	10	6,1	23	13,9	21	12,7	4	2,4	95	57,6	165
Miscelânea	0	0	1	25,0	0	0	1	25,0	0	0	2	50,0	0	0	4
Sugestivo de carcinoma invasor	2	12,5	12	75,0	0	0	0	0	1	6,3	0	0	1	6,3	16
<b>TOTAL</b>															<b>185</b>

p<0,05 (Teste T)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

ADC = Adenocarcinoma; CCEI = Carcinoma de Células Escamosas Invasor; LAG = Lesão de Alto Grau; LBG = Lesão de Baixo Grau; MIS = Miscelânea

Comparando-se o resultado da colposcopia com o histopatológico, foi possível observar um valor preditivo positivo de 75% e um preditivo negativo de 85% (Tabela e Gráfico 15).



Fonte: Protocolo de Pesquisa

**TABELA 15** – Relação da colposcopia com o histopatológico das pacientes atendidas pelo Serviço de Colposcopia da UFPA, na FSCM-PA, no período de janeiro de 2006 a junho de 2007.

## 5. Discussão:

O câncer invasor do colo uterino ocupa, em contexto mundial, a segunda posição entre as neoplasias malignas mais freqüentes e é a mais comum em países em desenvolvimento. Ressalte-se que, a cada ano, são diagnosticados 470 mil novos casos de câncer cervical e registrados 230 mil óbitos decorrentes desta neoplasia, da qual 80% ocorrem em países em desenvolvimento (OMS, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (INCA, 2002), no Brasil, entre os anos de 1979 e 1983, o câncer do colo do útero foi responsável por 7,83% dos óbitos por câncer em mulheres, segundo localização primária do tumor e por 7,22% entre 1995 e 1999.

No Estado do Pará, o câncer de colo de útero foi responsável por 19,69% do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor entre os anos de 1979 e 1983, e por 15,55% entre os anos de 1995 e 1999 (INCA, 2002).

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no serviço de colposcopia, através da revisão de prontuários das pacientes atendidas no período de janeiro de 2006 a junho de 2007. Tal levantamento de dados foi bastante facilitado em virtude da organização do cadastro das pacientes atendidas na colposcopia.

Entretanto, houve algumas limitações à pesquisa, devido ao empecilho do preenchimento incompleto de alguns prontuários, justificável possivelmente pelo fato de que o setor de colposcopia fornece apoio acadêmico a graduandos do curso de medicina e estes são, na maioria das vezes, responsáveis pelo preenchimento da anamnese e exame físico e muitas das vezes não dão o devido valor a certos dados do prontuário.

O primeiro dado observado foi o perfil das idades das mulheres atendidas no serviço, onde se percebeu que a idade de maior freqüência na pesquisa foi de 35 a 44 anos, mostrando que as pacientes atendidas no serviço estão no período ativo da vida sexual. O que demonstra uma tendência à maior preocupação com a saúde por parte das mulheres antes de se chegar à terceira idade. Estes dados ratificam

resultados encontrados por Fares e Matos (2006, p. 32) quando observaram média de 37 anos para pacientes atendidas em hospital do SUS.

Ao se analisar o grau de escolaridade, a maioria da população atendida no serviço estudado foi de pacientes com o ensino médio: 2º grau completo (22,5%), seguidas por 2º grau incompleto (9,5%); no entanto o ensino fundamental teve quantidade muito semelhante: 21,6% correspondentes àquelas com o 1º grau incompleto e 16,2% representando mulheres com o 1º grau completo, divergindo com os relatos de Fares e Matos (2006). Essa discordância pode ser explicada dada a obtenção de relevante quantidade de prontuários com o campo “escolaridade” não preenchidos (23,4%).

Outro problema detectado foi a falta de descrição no campo de procedência, que por apresentar uma ocorrência predominante na amostra (46,8%) inviabilizou a análise deste elemento epidemiológico fundamental na determinação do perfil da pacientes. Acredita-se que isto reflita a indevida importância que esta variável tenha para os formuladores das anamneses.

A maioria das pacientes analisadas é pertencente ao grupo de solteiras (36,9%), e grande parte da amostra não faz uso de preservativo masculino (62,6%). Isso mostra que existe um grande grupo de pacientes expostas a uma situação de risco para a infecção por HPV e, conseqüentemente, mais susceptíveis às lesões pré-neoplásicas e neoplásicas malignas, o que condiz com informação dada pelo INCA (2002).

A maioria da população estudada alegou ser não tabagista (52,7%), fazendo com que a amostra tenha menor acurácia na determinação da relação desta variável com as lesões do colo uterino. No entanto, o perfil para o tabagismo apresentado por esta população é ratificado em pesquisas anteriores, onde também predominam as mulheres não tabagistas (FARES; MATOS, 2006, p. 38).

A maioria das pacientes atendidas no serviço de colposcopia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará afirma que sua primeira relação sexual ocorreu antes dos 18 anos (56,3%). O que constitui um fator de risco, já que o epitélio

escamoso que reveste o colo uterino encontra-se imaturo e sem seus principais fatores de proteção até aproximadamente os 18 anos da mulher (PESSINI; SILVEIRA, 1988, p. 1788).

Esse contexto evidencia a tendência da sociedade moderna em antecipar o início da vida sexual, trazendo problemas para a adolescente que a pratica sem o menor conhecimento acerca dos riscos aos quais estão expostas. Um desses problemas é o fato de que, para cada ano adicionado na vida sexual da mulher, a taxa de incidência das lesões de colo uterino duplica (MONTEIRO et al., 2006, p. 22).

Em vista disso, percebe-se a necessidade de se elaborar uma melhor estratégia de educação, principalmente sexual, a fim de tornar as adolescentes cada vez mais aptas a exercer com responsabilidade esta nova etapa da vida.

Ao se analisar o perfil da paridade das mulheres, obteve-se que 46% destas eram múltiparas, o que torna a amostra potencial preditora da influência deste fator de risco para a prevalência do câncer cervical. Importante ressaltar que pelo fato da instituição ser de caráter público, o nível sócio-econômico das pacientes atendidas influencia consideravelmente no tamanho da prole.

Segundo Fares e Matos (2006, p. 36) as múltiparas constituem a maioria no atendimento colposcópico em hospital do SUS, o que comprova ser, este perfil, típico da região.

Além disso, o próprio fator sócio-econômico atua como risco para o aparecimento do câncer de colo uterino, como afirmam GUEDES et al., (2005, p. 207) e ALEIXO NETO (1992, p.330) em seus estudos.

A multiplicidade de parceiros não foi identificada na maioria da amostra, onde se verificou que 68,6% das mulheres tiveram menos de cinco parceiros durante a vida. No entanto, isso não significa uma ausência no fator de risco relacionado à promiscuidade, já que 62,6% das mulheres tinham relações sexuais desprotegidas e confiavam na fidelidade do parceiro como fator de proteção.

Este fato já foi identificado em pesquisas anteriores, como na de Verhoeven et al. (2006, p. 43) que identificou, em questionário aplicado a parceiros masculinos de mulheres atendidas em ginecologia, fatores de risco, tais como relação com outras parceiras sem preservativo, infecções bacteriana e viral na genitália, não realização de exames urológicos de rastreio.

Ao exame colposcópico observou-se predomínio dos achados anormais (81,5%) e apenas 2,3% foram indicativos de câncer invasor. Concordantes com Fares e Matos (2006, p. 42) que descreveram 75% de achados colposcópicos anormais, no entanto mostraram que, no mesmo serviço, 17,6% dos exames resultaram em CCEI.

A taxa de prevalência de câncer invasor sofreu uma redução em aproximadamente 15%, quando comparada à pesquisa de Fares e Matos de 2006. Isso pode significar uma melhora na detecção precoce das lesões do colo uterino e, conseqüentemente, a realização de um tratamento definitivo.

Quanto aos achados histopatológicos verificou-se normalidade em 45,9% dos casos estudados, sendo seguido por CCEI com 13,1%; lesão de alto grau com 11,3% e adenocarcinoma com 1,4%. Com estes dados é possível identificar a prevalência do câncer de colo uterino na população estudada (25,8%) incluindo-se todos os tipos descritos na pesquisa.

A neoplasia maligna de colo uterino foi evidenciada com maior freqüência nas pacientes com idade entre 35 e 44 anos, correspondendo a 4,5% dos casos. Tal fato condiz com os achados de Aleixo Neto (1992), o qual afirma que a maior parte dos casos de carcinoma 'in situ' se manifesta entre 15 e 50 anos de idade, ou seja, na idade reprodutiva. Tais dados podem ser explicados pelo fato de ser esta a faixa etária predominante no estudo, logo, com maiores chances de comportar as doenças malignas.

Ao se correlacionar o tabagismo com os achados histopatológicos, constatou-se que, no grupo das pacientes fumantes, 22,6% destas apresentaram confirmação de doença maligna e a maioria (48,4%), apresentou histopatológico normal. O

semelhante ocorreu com o grupo das não fumantes, onde 16,7% corresponderam a doença maligna e 44,4%, a histologia normal.

Esses dados são condizentes com a literatura científica, como Ferreira e Silva (1995, p. 105) que atestaram maior relação do tabagismo com o aparecimento de lesões de lato grau e lesões neoplásicas malignas. Infelizmente a amostra se constituiu por mais mulheres no grupo de não fumantes, o que prejudicou em parte a análise em questão. Possivelmente este seja o motivo pelo qual a diferença entre a prevalência de câncer nos dois grupos foi tão pequena.

Ao se confrontar dados de paridade com resultados histopatológicos verificou-se que as múltiparas apresentaram maior prevalência de neoplasia cervical, correspondendo a 25,6% deste grupo, ratificando as informações da literatura que afirma ser, esta variável, um fator de risco (PESSINI e SILVEIRA, 1998).

Comparando-se o exame colposcópico com os resultados histopatológicos da biópsia de colo uterino, obteve-se um valor preditivo positivo de 87,5% para o diagnóstico de neoplasia maligna cervical, o que mostra uma grande sensibilidade da colposcopia, tal como afirma o Ministério da Saúde (2006).

Por ser este hospital de referência para o atendimento na área ginecológica, e pelo fato desta instituição receber quantidades significativas de pacientes advindas de todos os municípios do Estado do Pará, torna-se relevante o conhecimento do perfil epidemiológico dessas mulheres, o que pode servir de base para a avaliação e planejamento de programas efetivos no controle do câncer de colo uterino na rede básica de atenção à saúde.

Porém, ao final da pesquisa foi possível detectar uma clara dificuldade na obtenção dos dados, devido a falha no preenchimento dos prontuários, visto que em um hospital escola a anamnese é realizada geralmente por acadêmicos. Portanto, aconselha-se que para a realização de estudos semelhantes, próximos autores optem por estudo prospectivo baseado em aplicação de entrevista ou questionário, para que, deste modo, a própria paciente seja a fonte das informações.

Em vista das altas taxas de câncer de colo uterino observadas, bem como de suas lesões pré-neoplásicas, é importante que se realizem campanhas educacionais, visando conscientizar a população da necessidade do exame preventivo. Além disso, a elaboração de um sistema de convocação das mulheres, principalmente aquelas que se encontram na faixa etária de maior risco e que nunca fizeram o exame, seria de grande valia. Esse sistema de convocação pode ser realizado pelos agentes de saúde do Programa Saúde da Família, programa este que vem apresentando grande sucesso em termos de prevenção em todas as áreas da medicina.

Também se faz necessária a conscientização da população para a utilização de métodos contraceptivos, principalmente a utilização de preservativos, uma vez que, nesta pesquisa, a maior parte da amostra não utilizava qualquer método, fator este intimamente relacionado à multiparidade e a um maior risco de exposição ao vírus HPV, e, conseqüentemente, a lesões pré-neoplásicas e neoplásicas malignas de colo uterino.

Portanto, para mudar o quadro desenhado neste estudo, é necessária a disponibilização de um serviço ágil e capaz de oferecer a essas mulheres opções de atendimento para a prevenção, diagnóstico e tratamento dessa doença que é freqüente, porém evitável.

## **6. Conclusão:**

A pesquisa evidenciou que a população em estudo compreende, em sua maioria, mulheres com idade entre 33 e 44 anos, com o segundo grau completo e procedentes da região metropolitana de Belém. Houve predomínio de pacientes solteiras, não tabagistas e que não fazem uso de métodos contraceptivos.

A maioria das mulheres estudadas iniciaram sua vida sexual antes dos 18 anos de idade, apresentando até 5 parceiros, sendo a maioria multíparas. Além disso, todas as pacientes que apresentaram carcinoma de células escamosas invasor à histopatologia também eram multíparas, o que nos leva a perceber a real importância deste fator como risco para o desenvolvimento de lesões malignas do colo uterino.

O achado colposcópico de anormalidade se mostrou predominante, em contraposição ao achado sugestivo de lesão carcinomatosa.

Apesar da predominância de achados normais na histopatologia, o número de lesões carcinomatosas foi bastante preocupante. Ao se fazer a correlação entre os achados colposcópicos e os resultados histopatológicos, evidenciou-se um alto grau de concordância entre os dois métodos diagnósticos, o que mostra um alto valor preditivo positivo para a colposcopia. Apesar destes achados, vale ressaltar que a realização de biópsia é imprescindível para a confirmação do diagnóstico de lesões cervicais.

## Referências Bibliográficas

ALEIXO NETO, A. Aspectos Epidemiológicos do Câncer Cervical. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.25, n.4, 1991. p.326-333.

ANDRADE, J.M., MARANA, H.R.C. **Lesões pré-neoplásicas do colo do útero**. In: Febrasgo. Tratado de Ginecologia. Volume II. Rio de Janeiro: Revinter; p.1257-1268. 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GENITOSCOPIA (ABG). **Terminologia Colposcópica - Barcelona 2002**. Disponível em <http://www.colposcopia.org.br/laudo.php>. Acesso em 18 de agosto de 2007.

BEREK, J.S. **Tratado de Ginecologia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. p.325:787-790.

BEZERRA, S.J.S.; GONÇALVES, P.C.; FRANCO, E.S.; PINHEIRO, A.K.B. **Perfil de mulheres portadoras de lesão cervical por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino**. DST J. bras. doenças sex. transm., v.34, n.3, p.143-148, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Disponível em [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=140](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140). Acesso em 11 de fevereiro 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre o Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2002. p.10-45.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: Recomendações para Profissionais de Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006. p.24, 29, 30, 32, 35, 38.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do colo do útero e da mama: Viva Mulher**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>. Acessado em: 11 fevereiro de 2006.

BRITO, N.M.B.; et al. Perfil epidemiológico das pacientes portadoras de lesões pré-neoplásicas e carcinoma invasor, do programa de prevenção do câncer do colo

uterino de uma unidade municipal de saúde. **Rev. para. med.**, v. 17, n. 4, p. 40-45, dez. 2003.

CAMPOS, Z.M. **Mortalidade por neoplasias do trato genital inferior em Manaus: estudo de correlação**. Rio de Janeiro, 2004, 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

COTRAN, R.S., KUMAR, V., COLLINS, T.C. **Patologia Estrutural e Funcional**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 940, 941.

FARES, C.S.; MATOS, F.S. **Correlação entre os achados colposcópicos e histopatologia cervical de pacientes atendidas em serviço público de ginecologia**. Belém, 2006. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2006.

FONSECA, L.A.M.; RAMACCIOTTI, A.S.; ELUF NETO, J. Tendência da mortalidade por câncer do útero no município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cad. Saúde Pub.**, n.20, p.136, jan-fev, 2004.

GUARISI, R. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras e do Câncer Invasor de Colo Uterino no Município de Franco da Rocha, SP. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.50, n.01, p. 7-15, 2004.

GUEDES, T.G. et al. Análise epidemiológica do câncer de colo de útero em serviço de atendimento terciário no Ceará- Brasil. **RBPS - Epidemiologia do câncer de colo uterino**, v.18, n.04, p.205-210, 2005.

KAYDANEK, T.V.; ETIMOV, G.E.; SHIAKHTENKO, L.I.; KANDRAT'ÉVA, K.F.; KOROB'ËV, A.S.; RUCHKIN, V.N. Epidemiologic indices of cervical cancer morbidity in areas with various levels of industrial pollution. **Vopr. Onkol.**, v.50, p.6, 2004.

LIMA, G.R., BARACAT, C.E. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/ UNIFESP/ EPM**. São Paulo: Manole, 2005. p.34, 35, 36, 504, 505, 507.

LORINCZ, A. T. et al. Human papillomavirus infection of the cervix: relative risk associations of 15 common anogenital types. **Obstet. Gynecol.** 1992; 79: 328-37 apud BEREK, J. S. **Tratado de Ginecologia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.325.

MENDONÇA, G.A.S. Câncer na População Feminina Brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.1, 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101993000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101993000100011&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 17 de agosto 2007.

MONTEIRO, D.L.M.; TRAJANO, A.J.B.; SILVA, K.S.; RUSSOMANO, F.B. Doença cervical pré-invasiva e câncer cervico-uterino em adolescentes brasileiras: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde pub.**, v.22, p.12, dez, 2006.

MORI, M.; SAGAE, S. Recent progress in epidemiologic research of uterine cancer. **Gan To Kagaku Ryoho**, v.28, p.8, feb, 2001.

NICOLAU, S.M. et al. Carcinoma Invasor do Colo do Útero. In: LIMA, G.R., BARACAT, C.E. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/ UNIFESP/ EPM**. São Paulo: Manole, 2005. p.504, 505, 507.

PESSINI, S.A.; SILVEIRA, G.G. Câncer de Colo Uterino: Lesões Precursoras. In: Halbe, H.W. **Tratado de Ginecologia**. 2.ed. São Paulo: Roca. 1998. p.1788-90.

PINHO, A.A.; FRANÇA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para avaliar o acesso e a utilização do teste de papanicolaou. **Rev. Bras. saúde matern. Infant.** vol.03, n.01, p. 95-112, jan- mar. 2003.

PUND, E.R. et al. **Preinvasive carcinoma of the cervix uteri: seven cases in which it was detected by examination of routine endocervical smears.** *Arch Pathol Lab Med*, 1997 apud HATCH, K.D., HACKER, N.F. Doença Intra-epitelial do Colo, Vagina e Vulva. In: BEREK, J.S. **Tratado de Ginecologia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 321.

RAJEEVAN, M.S.; et al. Epidemiologic and viral factors associated with cervical neoplasia in HPV-16-positive women. **Int. J. Cancer**, v.115, p.20, may, 2005.

RIBALTA, J. C. L.; FOCCHI, J. Colposcopia. In: **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/ UNIFESP/ EPM**. São Paulo: Manole, 2005. p.34, 35.

REIS, A.F., et al. Validade da Citologia e da Biópsia Orientada pela Colposcopia no Diagnóstico do Carcinoma Cervical Pré-clínico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.21, n.4, p.193-200, 1999.

SANTOS, A.L. et al. Desempenho do exame colpocitológico com revisão por diferentes observadores e da captura híbrida II no diagnóstico da neoplasia intraepitelial cervical graus 2 e 3. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.4, jul./ago. 2003.

SCHIFFMAN, M.H.; CASTLE, P. Epidemiologic studies of a necessary causal risk factor: human papillomavirus infection and cervical neoplasia. **J. Natl. Cancer Inst.**, v.95, p.6, mar, 2003.

\_\_\_\_\_. Human papillomavirus: epidemiology and public health. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, 2003; 127:930-4.

SINGER, A.; MONAGHAN, J. **Colposcopia, patologia e tratamento do trato genital inferior**. 1.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.4, 6,10, 28, 47.

STEFANESCU, B.I. Adenocarcinoma of the uterine cervix – risk factors. **Rev. med. Chir.soc. med nat. Iasi**, v.111, p.60, jan, 2007.

SYRJÄNEN, K.; et al. **Oral contraceptive are not an independent risk factor for cervical intraepithelial neoplasia or high-risk human papillomavirus infections**. *Anticancer res.*, v.26, p.6, nov-dez, 2006.

TUON, F. F. B. et al. Avaliação da sensibilidade e especificidade dos exames citopatológico e colposcópico em relação ao exame histológico na identificação de lesões intraepiteliais cervicais. **Rev. Associação Médica Brasileira**, v.48, n.02, p.140-144, 2002.

VERHOEVEN, V.; et al. The male factor in cervical carcinogenesis: a questionnaire study of men's awareness in primary care. **Rev. med.**, v.43, p.5, nov, 2006.

World Health Organization – WHO. **Cervical Cancer Screening in Developing Countries: report of a WHO consultation**. WHO: Washington. 2002.

**APÊNDICE A**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA

**Protocolo de Pesquisa****IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Idade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Cor:  Branco  Pardo  Negro  Indígena

Escolaridade:  Analfabeto  1º Grau incompleto  1º Grau Completo  
 2º Grau Incompleto  2º Grau Completo  Ensino Superior

Situação Conjugal:  Solteira  União Estável  Viúva  Casada

Ocupação: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS:**

1ª consulta: \_\_\_\_\_  Retorno: \_\_\_\_\_

Medicamento de uso regular: \_\_\_\_\_

Hábitos:Fumante:  Não  Sim Tipo de fumo: \_\_\_\_\_

Freqüência (nºcigarros/dia): \_\_\_\_\_

Etilista:  Não  Diário  Fins de semana  Ocasionalmente

Uso de Drogas Ilícitas:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES:**

Câncer na Família?  Sim  Não

Qual? Em Quem?

Mama \_\_\_\_\_  Útero \_\_\_\_\_

Colo de útero \_\_\_\_\_  Ovário \_\_\_\_\_

Intestinal \_\_\_\_\_  Estômago \_\_\_\_\_

Pulmão \_\_\_\_\_  Próstata \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:**

Menarca: \_\_\_\_\_ Coitarca: \_\_\_\_\_

Nº de Parceiros: \_\_\_\_\_

G\_\_P\_\_A\_\_ Aborto Espontâneo\_\_\_\_ Aborto Provocado\_\_\_\_

Uso de método Contraceptivo:  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

Última vez? \_\_\_\_\_ Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Cirurgia Pélvica:  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_Cauterizações Anteriores: \_\_\_\_\_

---

**EXAMES COMPLEMENTARES:**Colposcopia: (Nomenclatura)  
\_\_\_\_\_Histopatológico:  
\_\_\_\_\_

Data do Diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO A



Universidade Federal do Pará



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Carta: 037/06 CEP-CCS/UFPA

Belém, 24 de maio de 2006.

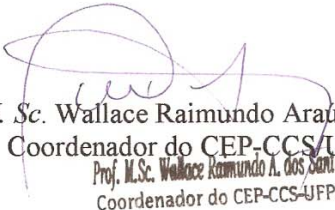
A: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nara Macedo Botelho Brito.

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa intitulado “Prevalência de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas malignas de colo uterino nas mulheres atendidas em hospital do SUS na região do salgado – PA” sob o protocolo nº 042/06 CEP-CCS/UFPA, foi apreciado e aprovado em ata na reunião do dia 24 de maio de 2006.

Assim, V. Sa. tem o compromisso de entregar o relatório do mesmo até o dia 30 de dezembro de 2007, no CEP-CCS/UFPA, situado no Campus Universitário do Guamá, Campus profissional, no Complexo de sala de aula do CCS – sala 13 (Altos).

Atenciosamente,

  
 Prof. M. Sc. Wallace Raimundo Araújo dos Santos  
 Coordenador do CEP-CCS/UFPA  
 Prof. M.Sc. Wallace Raimundo A. dos Santos  
 Coordenador do CEP-CCS-UFPA

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-CCS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ CCS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel./Fax. 3201-8028/3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

## ANEXO B

### DECLARAÇÃO DE HELSINKI V

**Associação Médica Mundial - 1964 - 1996**

**Adotada na 18a. Assembléia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia (1964), alterada na 29a. Assembléia, em Tóquio, Japão (1975), 35a. em Veneza, Itália (1983), 41a. em Hong Kong (1989) e 48a. Somerset West/África do Sul**

#### **Introdução**

É missão do médico salvaguardar a saúde do povo. O conhecimento e consciência dele ou dela são devotados ao cumprimento desta missão.

A Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial vincula o médico com o mundo. "A saúde de meu paciente será a minha principal consideração" e o Código Internacional de Ética Médica declara que "Qualquer ato ou Conselho que possa vir a reduzir a resistência física ou mental de um ser humano só poderá ser usado em seu interesse".

A finalidade da pesquisa médica envolvendo seres humanos deve ser o aperfeiçoamento do diagnóstico, procedimentos terapêuticos e profiláticos e a compreensão da etiologia e da patologia da doença.

Na prática médica atual, a maioria dos diagnósticos, procedimentos terapêuticos e profiláticos envolve riscos. Isto se aplica "a fortiori" à pesquisa biomédica.

O processo médico baseia-se na pesquisa a qual em última análise deve alicerçar-se em parte em experiência envolvendo seres humanos.

No campo da pesquisa biomédica, uma distinção fundamental deve ser feita entre a pesquisa médica na qual o objetivo é essencialmente o diagnóstico ou a terapêutica para um paciente e a pesquisa médica, cujo objeto essencial é puramente científico e sem um valor direto diagnóstico ou terapêutico para a pessoa sujeita à pesquisa.

Deve ser tomado um cuidado especial na condução de pesquisa que possa afetar o meio ambiente e ainda o bem estar dos animais utilizados para a pesquisa deve ser respeito.

Devido ao fato de que é essencial que os resultados de experiências de laboratório sejam aplicados aos seres humanos para maior conhecimento científico, e a fim de amenizar o sofrimento da humanidade, a Associação Médica Mundial elaborou as seguintes recomendações como um guia para todo médico na pesquisa biomédica envolvendo seres humanos. Elas devem ser revistas no futuro. Deve-se acentuar que os padrões conforme delineados são apenas um guia para os médicos de todo o mundo. Os médicos não estão isentos de responsabilidades criminais, civis e éticas segundo as leis de seus próprios países.

#### **I - Princípios básicos**

1 A pesquisa biomédica que envolve seres humanos deve estar de acordo com os princípios científicos geralmente aceitos e basear-se tanto na experimentação,

adequadamente conduzida com animais ou em laboratório, como no conhecimento profundo da literatura científica.

- 2 O planejamento e a execução de qualquer procedimento experimental que envolve seres humanos devem ser claramente formulados em protocolo experimental (projeto de pesquisa) a ser encaminhado para consideração, comentários e orientação a um comitê independente do pesquisador e do patrocinador, este comitê deve estar de acordo com as leis e regulamentos do país no qual a pesquisa irá se desenvolver.
- 3 A pesquisa biomédica que envolve seres humanos deve ser conduzida apenas por pessoal com qualificação científica e sob a supervisão de um médico com competência clínica. A responsabilidade sobre o ser humano deve recair sempre sobre a pessoa com qualificação médica e nunca sobre o indivíduo submetido à pesquisa, mesmo que esse indivíduo tenha dado seu consentimento.
- 4 A pesquisa biomédica que envolve seres humanos só pode ser conduzida com legitimidade quando a importância do objetivo for proporcional ao risco inerente ao trabalho.
- 5 Todo projeto de pesquisa biomédica que envolve seres humanos deve ser precedido por uma avaliação cuidadosa dos riscos previsíveis e dos possíveis benefícios, tanto para o indivíduo submetido à experimentação como para os outros. Os interesses do indivíduo devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade.
- 6 Deve ser sempre respeitado o direito do indivíduo submetido à pesquisa em preservar a sua integridade. Devem ser tomadas todas as precauções para respeitar a privacidade do indivíduo e minimizar o dano que a pesquisa possa causar à sua integridade física e mental e à sua personalidade.
- 7 Os médicos devem evitar comprometer-se em projetos de pesquisa que envolvem o uso de seres humanos, a menos que estejam convencidos de que os riscos envolvidos são previsíveis. Os médicos devem interromper qualquer pesquisa se observarem que os riscos são maiores do que os possíveis benefícios.
- 8 Na publicação dos resultados da pesquisa, o médico é obrigado a preservar a precisão dos resultados. Não devem ser aceitos para publicação os relatos de experimentos que não estejam em conformidade com os princípios estabelecidos nesta Declaração.
- 9 Em qualquer pesquisa com seres humanos, cada participante em potencial deve ser adequadamente informado sobre as finalidades, os métodos, os benefícios esperados, os possíveis riscos e sobre o desconforto que a pesquisa possa trazer. O participante em potencial deve ser informado de que tem plena liberdade para se abster de participação na pesquisa e de que é livre para suspender o consentimento sobre sua participação a qualquer momento. O médico deve obter então o consentimento informado, dado de forma livre e preferentemente por escrito.

- 10 Na obtenção de consentimento informado para projeto de pesquisa, o médico deve ser particularmente cuidadoso com o indivíduo que, de alguma forma, dependa dele ou possa ter concordado sob pressão. Nesse caso, o consentimento informado deve ser obtido por um médico que não esteja envolvido na pesquisa e que seja completamente independente nesse relacionamento oficial.
- 11 No caso de incapacidade legal, o consentimento informado deve ser dado pelo responsável, estabelecido segundo a legislação do país. Se a capacidade física e mental tornar impossível obter consentimento informado ou se o participante for menor de idade, a permissão dada por um parente responsável substitui a do participante, de acordo com a legislação de cada país.  
Sempre que a criança for de fato capaz de dar seu consentimento, este deve ser obtido em acréscimo àquele fornecido pelo seu guardião legal.
- 12 O projeto de pesquisa deve sempre conter uma declaração sobre as considerações éticas envolvidas e indicar se foram cumpridos os princípios enunciados na presente Declaração.

#### II - Pesquisa médica combinada com cuidados profissionais (Pesquisas clínicas)

- 1 O médico deve ser livre para usar novo método de diagnóstico ou terapia no tratamento de pessoas doentes se, de acordo com o seu julgamento, este novo método trazer a esperança de salvar a vida, restabelecer a saúde ou aliviar o sofrimento.
- 2 Os possíveis benefícios, riscos e desconfortos de um novo método devem ser contrabalançados com as vantagens dos melhores métodos correntes de diagnóstico e terapia.
- 3 Em qualquer estudo médico deve ser garantido o melhor método corrente de diagnóstico e terapia para cada paciente - incluindo os do grupo-controle, se houver esse grupo no estudo. Isto não exclui o uso de placebos inertes em estudos onde não existam métodos diagnósticos ou terapêuticos comprovados.
- 4 O fato de um paciente se recusar a participar de uma pesquisa nunca deve interferir no relacionamento médico-paciente.
- 5 Se o médico considerar que é fundamental não obter consentimento informado, as razões específicas para este propósito devem ser explicadas no protocolo do experimento para conhecimento da comissão independente (artigos I.1 e I.2).
- 6 O médico pode combinar pesquisa médica com cuidados profissionais, com o objetivo de adquirir novos conhecimentos médicos, somente se a pesquisa médica seja justificada pelo potencial valor diagnóstico ou terapêutico para o paciente.

#### III - Pesquisa biomédica não-terapêutica envolvendo seres humanos - (Pesquisa biomédica não-clínica)

- 1 Na aplicação puramente científica da pesquisa médica conduzida em ser humano, é dever do médico permanecer como protetor da vida e da saúde da pessoa na qual a pesquisa está sendo realizada.
- 2 Os participantes devem ser voluntários, sejam pessoas saudáveis ou pacientes, nestes o delineamento experimental não deve estar relacionado à sua doença.
- 3 O pesquisador ou a equipe de pesquisa devem interromper a pesquisa se julgarem que a continuação possa ser prejudicial ao participante.
- 4 Na pesquisa com seres humanos, as considerações sobre o bem-estar dos participantes da pesquisa devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade.

## ANEXO C

### TERMINOLOGIA COLPOSCÓPICA – BARCELONA 2002

A Associação Brasileira de Genitoscopia recomenda que essa classificação seja usada para diagnóstico clínico, tratamento e pesquisa na área de câncer e nas doenças do trato genital inferior.

#### **I. Achados Colposcópicos Normais**

Epitélio Escamoso Original

Epitélio Colunar

Zona de Transformação

#### **II. Achados Colposcópicos Anormais**

Epitélio acetobranco plano

Epitélio acetobranco denso

Mosaico fino

Mosaico grosseiro

Pontilhado fino

Pontilhado grosseiro

Iodo Parcialmente positivo

Iodo Negativo

Vasos atípicos

#### **III. Alterações colposcópicas sugestivas de câncer invasivo**

#### **IV. Colposcopia insatisfatória**

Junção escamo-colunar não visível

Inflamação severa, atrofia severa, trauma,

Cérvice não visível

#### **V. Miscelânea**

Condiloma

Queratose

Erosão

Inflamação

Atrofia

Decidua

Pólipo

- **Alterações maiores**

#### **Características colposcópicas sugestivas de alterações metaplásicas**

A) superfície lisa com vasos finos, de calibre uniforme.

B) alterações acetobranças leves.

C) iodo negativo ou parcialmente positivo com solução de Lugol.

#### **Características colposcópicas sugestivas de alterações de baixo grau (alterações menores)**

A) superfície lisa com borda externa irregular.

- B) alteração acetobranca leve, que aparece lentamente e desaparece rapidamente.
- C) iodo negativo, freqüentemente com parcial captação de iodo positivo.
- D) pontilhado fino e mosaico fino regular.

**Características colposcópicas sugestivas de alterações de alto grau (alterações maiores)**

- A) superfície lisa com borda externa bem marcada.
- B) alteração acetobranca densa, que aparece rapidamente e desaparece lentamente; podendo apresentar um branco nacarado que lembra o de ostra.
- C) iodo negativo (coloração amarelo-mostarda) em epitélio densamente acetobranco.
- D) pontilhado grosseiro e mosaico de campos largos e irregulares e de tamanhos diferentes.
- E) acetobranqueamento denso no epitélio colunar pode indicar doença glandular

**Características colposcópicas sugestivas de câncer invasivo**

- A) superfície irregular, erosão, ou ulceração.
- B) acetobranqueamento denso.
- C) pontilhado grosseiro e irregular e mosaico grosseiro de campos largos desiguais.
- D) vasos atípicos

