

PAPANICOLAU E BIÓPSIAS EM MULHERES DE TRÊS LAGOAS/MS: Resultados

Everaldo Garcia Santos Júnior

Graduando em Biomedicina
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Maicon Henrique Nogueira

Graduando em Biomedicina
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Natalia Marinho Dourado Coelho

Doutoranda UNESP – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, SP, Brasil.
Coordenadora do Curso de Enfermagem e Professora das Faculdades Integradas
de Três Lagoas – AEMS, Três Lagoas, MS, Brasil.

Deigilam Cestari Esteves

Mestre-Professora das Faculdades Integradas de Três Lagoas – AEMS

Gisele de Carvalho Apolinário Santos

Doutora-Professora Contratada do Departamento de Matemática - UNESP –
Universidade Estadual Paulista, Ilha Solteira, SP, Brasil. Professora das Faculdades
Integradas Rui Barbosa – FIRB – Andradina, SP

Eliana da Costa Alvarenga de Brito

Mestre-Docente contratada da Faculdade Integrado de Campo Mourão, PR

Juliana de Carvalho Apolinário Coêlho

Fisioterapeuta-Doutora; Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas-AEMS

RESUMO

Foi realizado um estudo exploratório retrospectivo com abordagem quantitativa de resultados de laudos citológicos e histológicos, obtidos no laboratório de Anatomia Patológica e Citologia de Três Lagoas/MS, com o objetivo de relacionar a ocorrência de casos de câncer de colo do útero entre mulheres de diferentes faixa etária, e demonstrar a importância do pré-diagnóstico do câncer de colo uterino, no período de julho de 2012 a dezembro de 2012. Analisamos os laudos de 4048 mulheres submetidas ao exame Papanicolau e 55 laudos histopatológicos. Os resultados evidenciaram que das alterações celulares encontradas no exame preventivo Papanicolau, 14,91% das mulheres apresentaram LSIL ou HSIL, e 18,55% apresentou LSIL-HPV, dentre os casos que foram enviados para análise histopatológica 29,08% foram confirmados com LSIL ou HSIL e 12,71% com LSIL-HPV ou HSIL-HPV, lesões estas com maior prevalência em mulheres com idade entre 20 a 29 anos. Os resultados sugerem a necessidade de realização periódica do exame de prevenção do câncer de colo do útero, com o objetivo de identificar a lesão em estágio inicial possibilitando um tratamento mais eficaz e evitando o desenvolvimento do câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Colo uterino; Papilomavírus humano; Preventivo; Lesão intra-epitelial de alto grau.

INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Considerada uma das patologias de maior incidência do século XXI, o câncer é uma mutação no desenvolvimento celular que pode ser induzida por alguma patologia, medicamentos, drogas ou serem de origem genética, acarretando a mutação em uma das células, adquirindo sua própria sequência de desenvolvimento, ocorrendo então uma desordem em seu crescimento que pode acontecer em qualquer tecido do nosso organismo podendo levar o paciente a morte (RIBEIRO; FREIRE-MAIA, 2002).

O câncer de colo do útero atinge mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos (FREITAS FILHO, 2011). É também conhecido como carcinoma cervical invasivo, sua incidência em países em desenvolvimento é grande ocupando o primeiro lugar, no mundo é o segundo de maior incidência (LIMA *et al.*, 2012). Estima-se que no Brasil ocorram 17.540 novos casos levando a óbito cerca de 4.800 mulheres por ano e havendo um risco de 17,5 casos a cada 100 mil mulheres, o câncer uterino é responsável pelo óbito de cerca de 270 mil mulheres a cada ano no mundo (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

O carcinoma cervical invasivo é uma patologia de evolução lenta, que é precedida por uma série de modificações do epitélio original, iniciando-se em nível celular e progredindo para os vários estágios de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC), constituindo as lesões pré-cancerosas, para finalmente penetrar através da membrana basal e transformar-se em carcinoma micro invasor (PAIVA *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2012).

Um grande número de mulheres são detectadas ainda com a doença em estádios mais precoces, ou seja, pré-invasora (carcinoma in situ), antes de desenvolverem a doença propriamente dita havendo assim maiores chances de cura (CALAZAN *et al.*, 2008).

As medidas de prevenções iniciais dessa patologia são o uso de preservativos durante as relações sexuais, evitando a transmissão do HPV (Papilomavírus Humano), um dos principais agentes iniciadores desse câncer, e a realização do exame citopatológico periodicamente, que permite a identificação de lesões precursora do câncer de colo uterino, além de ser um exame de baixo custo (FREITAS FILHO, 2011).

A taxa de sobrevivência aumenta conforme a identificação da lesão em estágio inicial, por isso é maior em países mais desenvolvidos, estudos recentes mostram que na Austrália a taxa de sobrevivência é de 72,00%; 70,10% nos Estados Unidos da América, 67,00% na França e 60,00% na Inglaterra, enquanto em países menos desenvolvidos, apresentam-se taxas como 40,00% na Índia e 29,00% na Filipina (NAKAGAWA *et al.*, 2011).

O exame preventivo de colo do útero (citopatológico, colpocitologia, Papanicolau) é um exame simples que pode ser realizado em Unidades Básicas de Saúde, ele identifica células malignas ou pré-malignas, por meio da coleta na região ectocérvice (mais externa) e endocérvice (mais interna) do canal uterino (SILVA *et al.*, 2012).

Desde 1986 o rastreamento do câncer cervical são baseados no exame Papanicolau, que identificam lesões pré-malignas, este exame apresenta limitações podendo aparecer falsos positivos, assim para confirmação do diagnóstico é realizado biópsia, que é considerada padrão ouro, podendo haver divergência entre ela e a citologia (RAMA *et al.*, 2008).

Atualmente o exame citopatológico são laudados a partir da classificação Bethesda, 2001 sendo a atual categoria subdividida em identificações percussoras do câncer cervical, classificações estas mostradas no quadro 1 (SANTOS, 2011).

Quadro 1: Principais sistemas classificatórios desenvolvidos e a correlação entre eles.

Papanicolau	OMS	Richart	Ministério de Saúde	Bethesda
Classe I	Normal	-----	Dentro dos limites da normalidade	Normal
Classe II	Alterações benignas	-----	Alterações reativas e / ou reparativas	Alterações celulares benignas
-----	-----	-----	ASCUS/AGUS	ASCUS/AGUS
-----	-----	-----	HPV	Lesão escamosa intra-epitelial de baixo grau (LSIL)
Classe III	Displasia Leve	NIC I	NIC I	
	Displasia Moderada	NIC II	NIC II	Lesão escamosa intra-epitelial de alto grau (HSIL)

	Displasia Moderada	NIC III	NIC III	
Classe IV	Carcinoma "in situ"	Carcinoma "in situ"		
Classe V	Carcinoma escamoso invasor	Carcinoma escamoso invasor	Carcinoma escamoso invasor	Carcinoma escamoso invasor
	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma

Fonte: Pires, 2006.

Um dos principais precursores do câncer de colo de útero é o papilomavírus humano (HPV), pertence à família Papovaviridae, que é classificado primeiramente pela espécie de hospedeiro natural, entre seus hospedeiros naturais estão os humanos, e são sub-classificados conforme os tipos de sequências de nucleotídeo do DNA (SANTOS *et al.*, 2012). Sabe-se que a transmissão do HPV, está relacionado com o desenvolvimento de aproximadamente 98,0% dos casos dessa neoplasia. Existem aproximadamente 200 tipos de HPV, podendo ser classificados como de alto, intermediário e baixo risco para câncer cervical, dos quais 40 podem afetar a mucosa genital, sendo que 13 possuem autopotencial oncogênico, entre eles os sorotipos de alto risco, os 16 e 18 são responsáveis por 70,0% de todos os carcinomas cervicais, entre os de baixo risco o 6 e 11 são os que mais estão relacionados com câncer de colo do útero (BORSATTO *et al.*, 2011).

Há outros fatores para o aparecimento do câncer de colo do útero, que são a idade de início da relação sexual, número de parceiros sexuais, tabagismo, contraceptivos orais, alta paridade e infecções genitais (SANTOS *et al.*, 2012).

A efetividade da detecção precoce do carcinoma uterino, utilizando o teste de Papanicolau em conjunto com o tratamento adequado, possibilita a cura ou a extirpação na grande maioria dos casos de lesão intraepitelial e mostra uma redução de 90% (MENDONÇA *et al.*, 2008; RIBEIRO; FREIRE-MAIA, 2002).

Segundo dados do censo do IBGE, no ano de 2010, registrou-se 101.791 residentes na cidade de Três Lagoas/MS, sendo que desse total 50.474 eram mulheres.

Com objetivo de verificar a prevalência do câncer de colo do útero, realizou-se um estudo exploratório retrospectivo com abordagem quantitativa, analisando os laudos dos exames de Papanicolau de 4.048 mulheres, da cidade de Três Lagoas,

Estado de Mato Grosso do Sul, no período de julho de 2012 a dezembro de 2012, relacionando a ocorrência do câncer de colo do útero com mulheres de diferentes faixas etárias e demonstrar a importância do pré-diagnóstico do carcinoma cervical.

METODOLOGIA

Por meio de um estudo exploratório retrospectivo com abordagem quantitativa, foi realizado um levantamento dos resultados de exames citopatológicos e histológicos contidos em 4.050 laudos de exame de Papanicolau e 55 laudos de biópsias de mulheres avaliadas no período de julho de 2012 a dezembro de 2012 em um laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia do município de Três Lagoas/MS que recebe 100,00% das lâminas de exames preventivos enviados pelo SUS, e as lâminas que são enviadas por pacientes e pelas clínicas de ginecologia feito por convênios e particulares.

Os 4.050 laudos avaliados pertenciam a mulheres com idade entre 12 e 91 anos, destas pacientes 55 realizaram exames histopatológicos que foram explorados para fornecer seus resultados no presente trabalho, sendo estas mulheres pertencentes a um grupo de faixa etária entre 17 e 74 anos.

O estudo dos laudos citopatológicos e histopatológicos foram realizados tendo como base a classificação Bethesda 2001. Considerou-se os resultados de biópsias: CERVICITE e ENDOCERVICITE como ASC-US (Escamosas atípicas, possivelmente não neoplásicas); METAPLASIA ESCAMOSA como ASC-H (escamosas atípicas, não podendo afastar lesão de alto grau); NIC I como LSIL (Lesão intra-epitelial de baixo grau); NIC II, NIC III e Carcinoma Epidermóide in situ como HSIL (Lesão intra-epitelial de alto grau).

Com os resultados dos laudos avaliados demonstrou-se a importância do pré-diagnóstico do Câncer de colo do útero.

Estatística

Os resultados obtidos foram apresentados em porcentagem.

RESULTADOS

Os resultados secundários dos exames Papanicolau e Biópsia de Colo uterino avaliados, demonstraram que as 4048 mulheres tinham idade entre 12 à 91 anos (Tabela 1). Sabendo que no município de Três Lagoas, em relação ao último censo do IBGE, o número de mulheres com essa faixa etária é de 43.675, demonstra-se que neste semestre somente 8,00% destas mulheres foram submetidas ao exame preventivo Papanicolau no Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia de Três Lagoas-MS.

Tabela 1: Faixa etária das mulheres submetidas ao exame preventivo no segundo semestre de 2012.

FAIXA ETARIA	QUANTIDADE DE MULHERES	PORCENTAGEM
12 a 19	242	6,00%
20 a 29	1160	29,00%
30 a 39	1063	26,00%
40 a 49	808	20,00%
50 a 59	512	13,00%
60+	258	6,00%
TOTAL	4048	100%

Fonte: da pesquisa (2015).

Foram coletados os resultados de 4050 exames Papanicolau de 4048 pacientes, sabendo que neste período 2 pacientes realizaram a coleta duas vezes, exames estes que foram usados para um acompanhamento dos resultados.

Ao analisar os dados foi observado 10 diagnósticos diferentes, dentre o total de exames foram identificados 3771 negativos (Alterações celulares benignas, Normal), restando 275 positivos que mostram alguma alteração celular dos quais 137 apresentaram HSIL, LSIL, LSIL-HPV ou ASC-H, que são indicados pelo Ministério da Saúde à realização da biópsia para confirmação do diagnóstico (Gráfico 1).

Das 137 indicadas à biópsia, somente 55 a realizaram neste semestre; e 2 exames preventivos foram insatisfatório para análise.

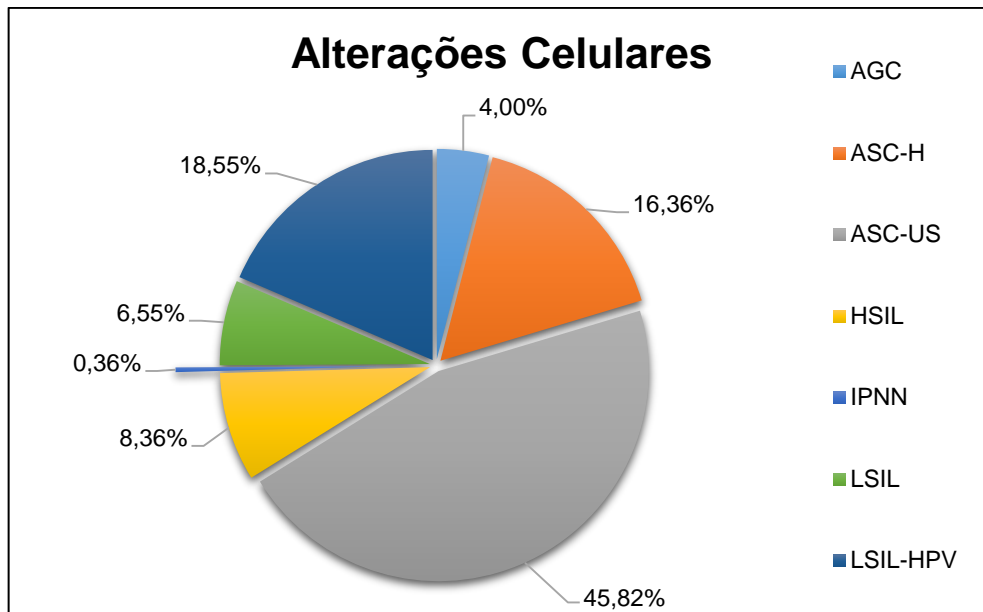


Gráfico 1: Alterações celulares diagnosticadas nos exames preventivos.
Fonte: da pesquisa (2015).

Entre 4048 pacientes, foram realizadas 55 biópsias a partir dos preventivos, somente 7 pacientes estavam em acompanhamento, restando 48 pacientes que entraram em acompanhamento. Em conjunto, as análises dos preventivos mostraram 8 resultados, que passaram por biópsia para confirmação e as biópsias apresentaram 9 resultados com alguns demonstrando a presença do HPV (Tabela 2) (Gráfico 2 à 9).

Tabela 2: Resultados das biópsias realizadas no segundo semestre de 2012.

RESULTADOS DAS 55 BIÓPSIAS ANALISADAS		
Normal	8	14,55%
HSIL-HPV	1	01,81%
HSIL	8	14,55%
LSIL-HPV	6	10,90%
LSIL	8	14,55%
ASC-H	11	20,01%
ASC-US	12	21,82%
Artefatos de fulguração extensos, ausência de lesão displásicas viável.	1	01,81%
TOTAL	55	100%

Fonte: da pesquisa (2015).

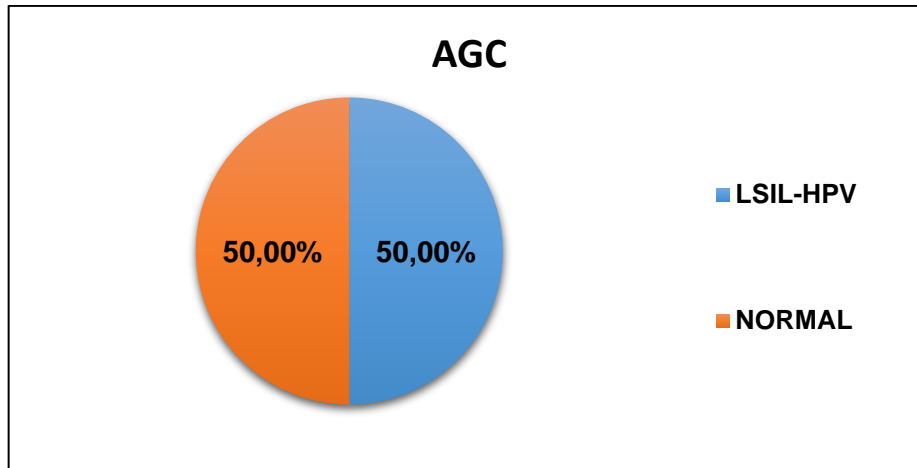


Gráfico 2: Resultados das biópsias, realizadas a partir dos preventivos (AGC) – Células glandulares atípicas, de 2 pacientes.
Fonte: da pesquisa (2015).

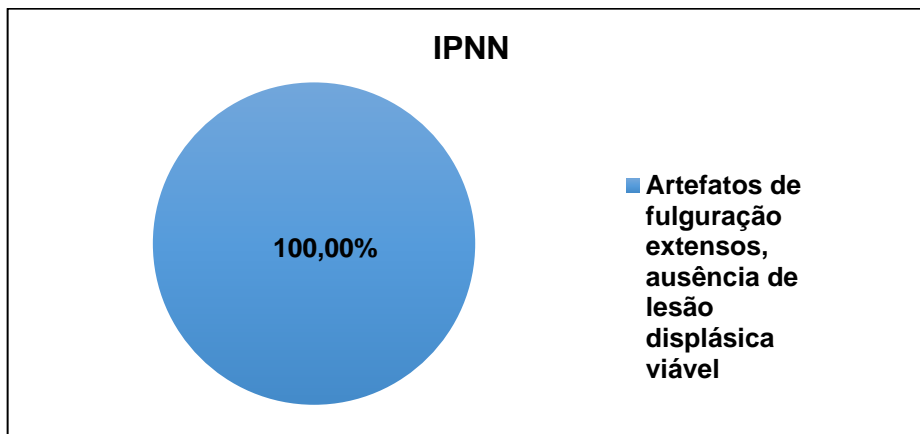


Gráfico 3: Resultados das biópsias, realizadas a partir dos preventivos (IPNN) - Indefinidas possivelmente não neoplásicas, de 1 paciente.
Fonte: da pesquisa (2015).

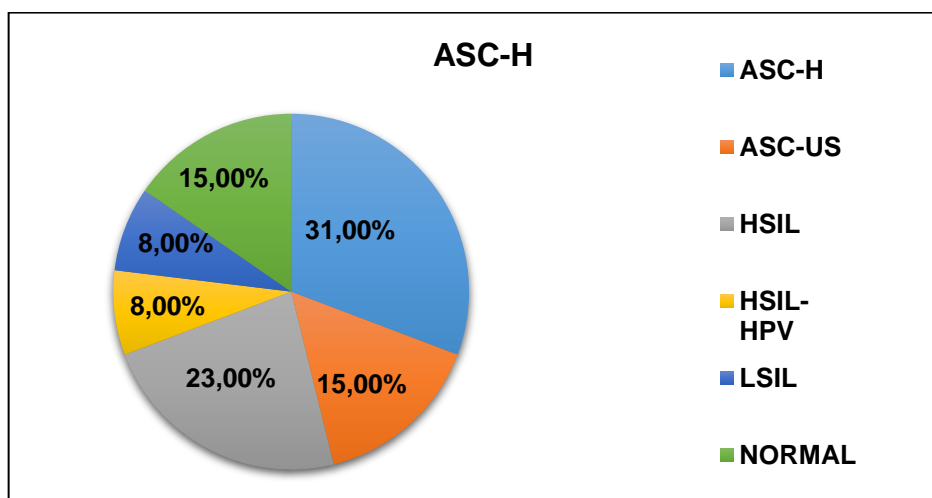


Gráfico 4: Resultados das biópsias, realizadas a partir dos preventivos (ASC-H) – Células escamosas não podendo afastar lesão de alto grau, de 13 pacientes.
Fonte: da pesquisa (2015).

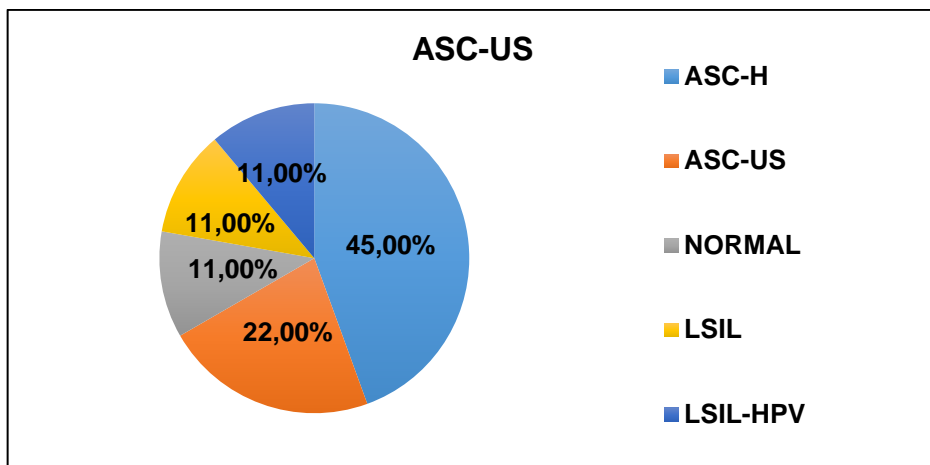


Gráfico 5: Resultados das biópsias, realizadas a partir dos preventivos (ASC-US) – Células escamosas possivelmente não neoplásicas, de 9 pacientes.
Fonte: da pesquisa (2015).

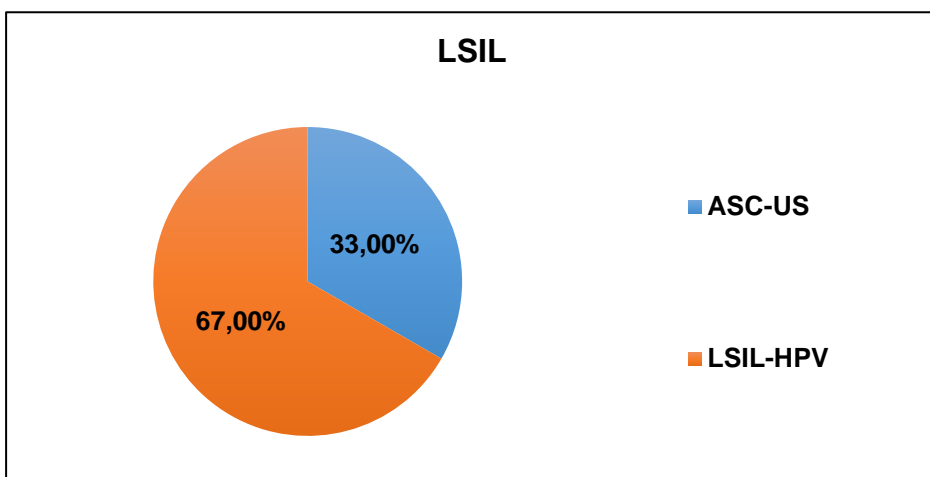


Gráfico 6: Resultados das biópsias, realizadas a partir dos preventivos (LSIL) - Lesão Intra-epitelial de baixo grau, de 3 pacientes.
Fonte: da pesquisa (2015).

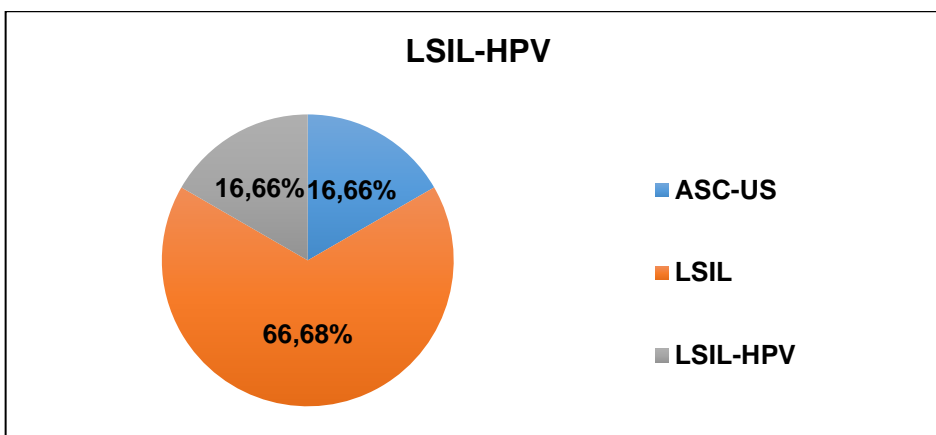


Gráfico 7: Resultados das biópsias, realizadas a partir dos preventivos (LSIL-HPV) - Lesão Intra-epitelial de baixo grau, com presença do HPV, de 6 pacientes.
Fonte: da pesquisa (2015).

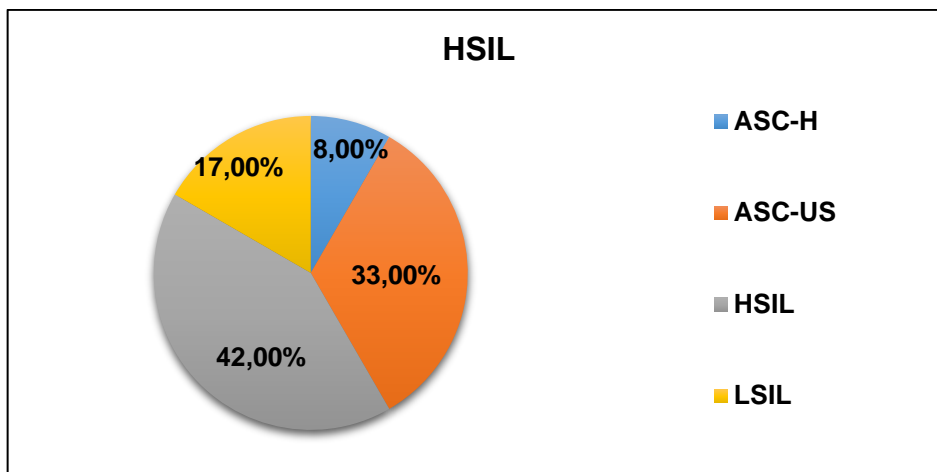


Gráfico 8: Resultados das biópsias, realizadas a partir dos preventivos (HSIL) - Lesão Intra-epitelial de alto grau, de 12 pacientes.
Fonte: da pesquisa (2015).

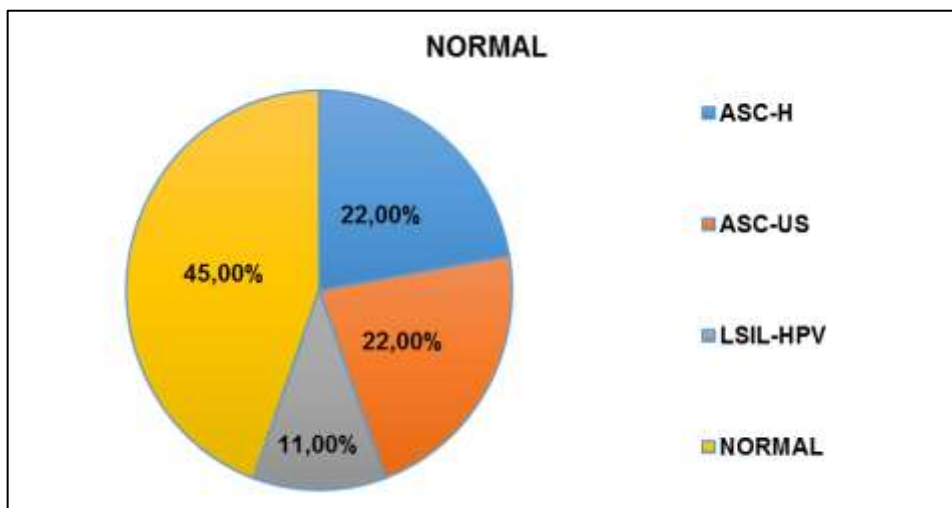


Gráfico 9: Resultados das biópsias, realizadas a partir dos preventivos (NORMAL) - Negativo, de 9 pacientes.
Fonte: da pesquisa (2015).

DISCUSSÃO

Este estudo verificou a prevalência do câncer de colo do útero no município de Três Lagoas/MS, usando como base os laudos dos exames citopatológicos e histológicos e identificando a prevalência do carcinoma de colo uterino relacionada com a faixa etária, dados estes que apresentam resultados de exames do SUS, convênios e particulares.

A iniciação da vida sexual de forma precoce é um dos principais fatores de desenvolvimento do câncer de colo uterino devido a troca frequente de parceiros. No

Brasil a idade mínima de iniciação da vida sexual é de 14 anos (CHUBACI; MERIGHI, 2005), porém neste trabalho foram analisadas meninas com idade a partir de 12 anos.

Um fator que predispõe o surgimento do câncer é o HPV, a explicação da Cardoso, mostra bem os resultados encontrados nesta pesquisa. Porém, deve considerar-se que a zona de metaplasia cervical é vulnerável ao HPV, e que a sua susceptibilidade é maior durante a adolescência. Isoladamente, não se pode considerar um cofator, mas, associado a um início mais jovem de relações sexuais, maior número de parceiros sexuais e infecção por HPV, pode propiciar as alterações oncogênicas provocadas pelo HPV (CARDOSO, 2011).

Segundo Casarin e Piccoli (2009), os principais sintomas aparecem quando o câncer invade ou outros tecidos ou outros órgãos, alguns sinais e sintomas possíveis de displasia ou câncer cervical podem estar relaciona a sangramentos fora do período menstrual, menstruações mais longas e volumosas que o usual, sangramento após relação sexual, ducha ou exame vaginal, dor durante a relação, sangramento após a menopausa, e aumento de secreção vaginal. Muitas mulheres acabam procurando o ginecologista somente quando estão sentindo alguma anormalidade, problemas como estes explicados por Casarin e Piccoli, havendo assim uma alta possibilidade de descobrirem lesões precursoras, lesões estas que podem já estarem em estágios avançados.

A pesquisa mostrou que ao iniciar o tratamento dificilmente haverá um avanço no caso clínico, os resultados mostram que das pacientes que já passavam por tratamento 43,00% delas obtiveram a melhora em seu caso, 43,00% estagnaram com o mesmo diagnóstico e somente 14,00% delas houve uma alteração do diagnóstico de ASC-US para ASC-H, sendo que essa alteração não pode ser considerada como um agravante do quadro, pois houve a permanência na categoria ASC, já que a denominação “US” ou “H”, é a interpretação do patologista no momento que se analisa a lâmina, pelo motivo da ASC-H ser um diagnóstico confuso possivelmente sendo neoplasia, o ministério da saúde pede a realização da biópsia para confirmação.

Neste estudo não foi confirmado pela biópsia nenhum caso de HSIL a partir dos preventivos laudados com ASC-US, somente em casos que apresentaram no preventivo Papanicolau ASC-H, ou seja, 23,00% dos casos foram confirmados com

HSIL, resultados parecidos com os dados obtidos por Oliveira (2010), onde diz que 24,00% a 94,00% dos diagnósticos com ASC-H em exames Papanicolau, eram confirmados com HSIL. Segundo Lodi e colaboradores (2012), o significado clínico do resultado ASC depende de fatores como idade da paciente, podendo haver assim uma grande dificuldade de interpretação do exame citológico em diagnósticos de ASC-US, casos como na presença de processo inflamatório, onde é sugerido o tratamento prévio dessa inflamação e posteriormente a coleta da citologia oncológica, tendo o tratamento sempre acompanhado de perto pois há um risco mesmo pequeno de haver um desenvolvimento para o carcinoma invasor. Morais e colaboradores (2008) diz que o ASC-US, manifestam-se em células escamosas maduras e que com a recorrência de ASC-US em uma paciente é necessário realizar um exame para verificar a presença do HPV para prevenir um futuro desenvolvimento para o câncer.

Lodi *et al.* (2012), diz que havendo o diagnóstico de ASC-H, a realização do tratamento é de grande importância, por haver uma chance maior de desenvolvimento para NIC do que o ASC-US, caso haja repetição dos resultados ou avanço do caso clínico é recomendado a realização de exérese da zona de transformação e a realização da biópsia.

Segundo uma pesquisa realizada neste mesmo município por Santos, 2011, 43,54% dos exames analisados apresentaram ASC-US, 29,67% apresentavam anomalias citológicas pré-maligna LSIL e 9,67 HSIL. Em relação ao estudo de Santos (2011), não foram observados grandes diferenças referente a ASC-US e HSIL com este estudo, possivelmente pela diferença de somente 2 anos entre uma pesquisa e outra, nos resultados apresentados por ele há uma diferença quantitativa de 2,28% e 1,31% respectivamente, a respeito dos resultados que apresentaram LSIL, houve uma diferença de 23,12%.

Ao analisarmos o estudo realizado em Sarandi-PR, somente 1,42% dos exames apresentaram alterações citológicas, 8,42% apresentou LSIL e 20,6% HSIL, 1,08% para carcinoma invasor (GASQUEZ; ALVES, 2005).

Em Sarandi-PR, os resultados apresentados, em relação a LSIL, ASC-US foram relativamente parecidos com a cidade pesquisa nesse estudo, ao analisarmos HSIL de Sarandi e Três Lagoas, houve uma significativa diferença com Três Lagoas neste último estudo onde apresentou somente 8,36% de casos HSIL, uma diferença

quantitativa de 12,24% dos resultados, neste estudo não foi encontrado exames diagnosticados com carcinoma invasor de colo uterino.

Ao aprofundarmos mais no rastreamento, o próximo passo é a análise dos laudos das biópsias para confirmação. As biópsias são consideradas por vários estudos padrão ouro de rastreamento desse tipo de câncer pela sua capacidade de confirmação, o preventivo não pode ser considerado padrão para confirmação pois podem acontecer vários aspectos que podem alterar a leitura dos resultados:

Apesar do exame de citopatologia ser o método mais utilizado para o rastreamento do câncer do colo do útero, desde o início da década de oitenta vem sofrendo uma série de críticas relacionadas com a alta proporção de resultados falso-negativos, que variam de 2% a 62%. As principais causas são atribuídas a erros na coleta de material, no escrutínio do esfregaço ou na interpretação dos diagnósticos.

Há mulheres que apresentam câncer invasivo após terem um exame citopatológico negativo. É importante preocupar-se com a qualidade do exame citopatológico, pois não diagnosticar uma lesão, no caso de um esfregaço falso negativo, é um resultado desastroso, tanto para a mulher quanto para os custos dos serviços públicos de saúde (MUNHOZ *et al.*, 2009).

Pode-se correlacionar a citação da Munhoz, com os resultados obtidos neste estudo, ao encontrarmos 55,00% de falso negativos, dos quais foram constatados que 11,00% deles eram LSIL-HPV, confirmados a partir da realização da biópsia. Em média 32,00% dos exames preventivos Papanicolau houve confirmação Histológica, 68,00% tiveram resultados divergentes, Tuon (2002), encontrou em sua pesquisa uma correlação menor que esta pesquisa, sendo 50,00% dos casos divergentes, valores estes relativamente altos, mostrando assim importância da realização da biópsia para confirmação do caso clínico.

Outro aspecto importante, são as possibilidades de lâminas que apresentam leituras insatisfatória, obtivemos somente 2 exames insatisfatório, de 4050 exames, no estudo realizado pelo Amaral *et al.*, 2008, das 10.951 esfregaços analisados, 252 (2,3%) foram insatisfatória para análise, Irion e Buffon (2009) obteve 0,32% de insatisfatórias de 1570 exames analisados. Em um estudo realizado por Santos, 2011 nesta mesma cidade o resultados obtidos foram de 0,31% de exames insatisfatórios cerca de 19 exames de 6.079 realizados.

No que diz respeito à biópsia, no estudo da Cardoso (2011), o grupo de faixa etária que apresentou maior quantidade de diagnósticos com LSIL, foi de 30-39 anos, sendo que LSIL apresentou também em todos os outros grupos, resultados apresentados também nesta pesquisa, com a diferença de que, mais dois grupos obterem o mesmo número de casos apresentando LSIL, obtendo um amplo grupo dos 20 a 49 anos.

Segundo Emanuel Rubin (2009); citado por Cardoso (2011), a idade média para desenvolver o LSIL é mais frequente entre 24 a 27 anos. Faixa etária que está entre a maioria dos casos analisados neste estudo

Na pesquisa de Vaucel *et al.* (2011), a média de idade encontrada com a presença de LSL foi de 32,5 anos, sendo cinco anos de diferença entre a idade mais avançada de frequência citado por Emanuel Rubin (2009), mas dentro do que achamos em nosso estudo, sobre o HSIL a média encontrada foi de 36,1 anos valores bem próximos da que achamos em nosso estudo, sendo de 37,3 anos, ao contrário deste estudo que não foi encontrado nenhuma paciente com câncer, Vaucel obteve uma média de 44 anos para pacientes foram diagnosticadas com carcinoma cervical.

O trabalho de Guarisi e Hardy (2004), entra em concordância com citação de Emanuel Rubin, onde foi encontrado a prevalência de LSIL até os 35 anos e de 35 a 49 tendo a prevalência de HSIL e Carcinoma invasor, após 50 anos o Carcinoma invasor, o que não pode ser confirmado neste estudo, pois os resultados obtidos apresentaram essa o LSIL até os 49 anos, tendo como maior prevalência somente se apresentado com os casos diagnosticados com HPV mesmo assim sendo até os 29 anos, em relação aos caso de HSIL a maior prevalência obtida ficou com a faixa etária dos 20 a 29 anos, tanto com HPV, quando sem o HPV.

No estudo de Teles e Ferrari (2013), nos resultados de sua pesquisa, 16,9% dos laudos histopatológicos apresentaram LSIL e LSIL-HPV, e 56,4% HSIL, em nossa pesquisa foram encontrados 16,00% e 21,00% respectivamente, mostrando porcentagens parecidas em LSIL, mas uma grande diferença sobre HSIL, diferença quantitativa de 35,4%.

Os dados analisando mostram que a grande maioria das mulheres que apresentam lesões de alto e baixo grau estão nos grupos de faixa etária dos 20 a 39

anos, mostrando também que o grupo de faixa etária que mais apresentou presença do HPV estão entre as de 20 e 29 anos.

Casos diagnosticados com câncer de colo do útero não foram encontrados neste estudo, possivelmente pelo curto período de tempo pesquisado de seis meses.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as mulheres submetidas ao exame preventivo Papanicolau na faixa etária dos 20 a 29 anos, apresentaram maior número de casos diagnosticados com Lesão intraepitelial de baixo grau ou Lesão intraepitelial de alto grau, seguidas por 30 a 39 anos, exame estes que foram confirmados através de estudos histopatológicos (biópsias).

Das pacientes que já estavam em acompanhamento, 43% apresentavam melhoras em seu caso clínico e 43,0% mantiveram o mesmo diagnóstico, o que torna evidente que a realização do exame preventivo Papanicolau é de suma importância para a detecção precoce do câncer de colo uterino, e que a realização da biópsia vem a confirmar o diagnóstico, para a realização do tratamento correto, levando a melhora no caso clínico.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. *et al.* Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro-RJ, v. 30, n. 11, p.556-560, nov. 2008. Mensal.

BORSATTO, A Z; VIDAL, M L B; ROCHA, R C N P. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro-RJ, v. 57, n. 1, p.67-74, jan. 2011. Trimestral.

CALAZAN, C. *et al.* O Diagnóstico do Câncer do Colo Uterino Invasor em um Centro de Referência Brasileiro: Tendência Temporal e Potenciais Fatores Relacionados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro-RJ, v. 54, n. 4, p.325-331, out. 2008. Trimestral.

CARDOSO, S. C. R. **Flora Vaginal e Neoplasia Intra-epitelial do Colo do Útero**. 2011. 34 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã-Portugal, 2011.

CASARIN, M.; PICCOLI, J. da C. E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro RJ, v. 50, n. 1, p.3925-3932, 17 fev. 2009. Mensal.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, Recife-PE, v. 5, n. 4, p.471-481, out. 2005. Trimestral.

FREITAS FILHO, L. de A. **O exame papanicolau e o diagnóstico das lesões invasoras do colo de útero**. 2011. 45 f. Monografia (Especialização) - Curso de Citologia Clínica, Universidade Paulista Centro de Consultoria Educacional, Recife-PE, 2011.

GASQUEZ, A. de S.; ALVES, E. F. Pesquisa epidemiológica retrospectiva no programa de prevenção de câncer cérvico-uterino no município de Sarandi-PR. **Revista Uningá**, Maringá-PR, v. 4, p.33-38, jun. 2005. Trimestral.

GUARISI, R. *et al.* 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**, Brasília, v. 50, n. 1, p.7-15, 17 fev. 2004. Trimestral.

IRION, C. I.; BUFFON, A. Avaliação da adequabilidade das amostras de exames citopatológicos realizados em um laboratório de Porto Alegre – RS no ano de 2005. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro-RJ, v. 41, n. 3, p.217-220, jul. 2009. Trimestral.

LIMA, T. M. *et al.* Análise da capacidade diagnóstica dos exames preventivos do câncer de colo uterino. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 25, n. 5, p.673-678, set. 2012. Bimestral.

LODI, C. T. da C. *et al.* Células escamosas atípicas cervicais: conduta clínica. **Revista da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro-RJ, v. 40, n. 1, p.37-42, jan. 2012. Bimestral.

MENDONÇA, V. G. de *et al.* Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro-RJ, v. 30, n. 5, p.248-255, 2008.

MORAIS, A. M. E. de *et al.* ASC-US: uma revisão da literatura para responder aos problemas práticos do dia a dia do citologista. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro-RJ, v. 43, n. 4, p.325-331, out. 2008.

MUNHOZ, L. M. B. S. *et al.* Comparativo citológico, colposcópico e histológico de biópsias do colo uterino no ambulatório Amaral Carvalho/Itararé-SP. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro-RJ, v. 41, n. 3, p.167-171, jul. 2009.

NAKAGAWA, J. T. *et al.* Carcinoma do colo do útero: taxa de sobrevivência e fatores prognósticos em mulheres no Estado de Mato Grosso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 24, n. 5, p.631-637, set. 2011.

OLIVEIRA, J. C. de. **Unidade Móvel de prevenção na busca ativa do câncer de colo do útero nas zonas urbana e rural de Barretos**. 2010. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Departamento de Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PAIVA, L. de C. F. *et al.* Lesões cancerosas e pré-cancerosas do colo uterino: uma análise citopatológica na região Noroeste do Paraná. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro-RJ, v. 41, n. 2, p.147-150, mar. 2009.

PIRES, C. L. *et al.* **Viva mulher**: programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama. Belo horizonte, 2006. 76p. Disponível em

RAMA, C. *et al.* Rastreamento anterior para câncer de colo uterino em mulheres com alterações citológicas ou histológicas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo-SP, v. 42, n. 3, p.411-419, jun. 2008.

RIBEIRO, E. M. S. F.; FREIRE-MAIA, N. Câncer: causas, prevenção e tratamento. **Revista Ciência Hoje**, Rio de Janeiro-RJ, v. 32, n. 189, p.34-39, dez. 2002.

SANTOS, D. O. B. *et al.* Alterações sugestivas de infecção pelo HPV em exames colpocitológicos realizados na Serra da Mantiqueira, no Vale do Paraíba e no Litoral Norte Paulista. **Revista Biociências**, Taubaté, v. 18, n. 2, p.71-76, dez. 2012.

SANTOS, M. P. dos. **Afecções ginecológicas encontradas no sistema único de saúde em Três Lagoas-MS**. 2011. 42 f. TCC (Graduação) - Curso de Biomedicina, Associação de Ensino e Cultura de Mato Grosso do Sul, Três Lagoas-MS, 2011.

SILVA, M. B. *et al.* Rastreamento do câncer de colo de útero em uma Unidade Básica de Saúde do Estado de Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 20, n. 3, p.265-270, jul. 2012.

TEIXEIRA, L. A. *et al.* A expansão do rastreio do câncer do colo do útero e a formação de citotécnicos no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 22, n. 2, p.713-731, abr. 2012.

TELES, C. C. G. D.; FERRARI, R. Aspectos reprodutivos associados às lesões precursoras para câncer de colo uterino. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília-DF, v. 4, n. 2, p.168-182, maio 2013.

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 intra-epiteliais cervicais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo-SP, v. 48, n. 2, p.140-144, abr. 2002.

VAUCEL, E. *et al.* Human papillomavirus genotype distribution in cervical samples collected in routine clinical practice at the Nantes University Hospital, France. **Archives Of Gynecology And Obstetrics.**