



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC

**ANÁLISE DE EXAMES PREVENTIVOS DE UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA PERIFERIA DE FORTALEZA
NO ANO DE 2007**

Núbia Melo Aragão Vieira

Fortaleza - Ceará
Junho, 2009

NÚBIA MELO ARAGÃO VIEIRA

**ANÁLISE DE EXAMES PREVENTIVOS DE UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA PERIFERIA DE FORTALEZA
NO ANO DE 2007**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Saúde Coletiva da Universidade de
Fortaleza como requisito parcial para obtenção
do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Luiz Gonçalves

Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Antônio Bruno da Silva

Fortaleza - Ceará
2009

NÚBIA MELO ARAGÃO VIEIRA

**ANÁLISE DE EXAMES PREVENTIVOS DE UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA PERIFERIA DE FORTALEZA
NO ANO DE 2007**

Grupo de Pesquisa: Epidemiologia
Linha de Pesquisa: Análise da Situação de Saúde
Núcleo Temático: Doenças Infecciosas e Parasitárias

Data da aprovação: ___/ ___/ ___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr. Marcelo Luiz Gonçalves
Orientador – UNIFOR

Prof.^o Dr. Carlos Antônio Bruno da Silva
Co-orientador – UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues
Examinadora – UECE

Prof.^a PhD Zélia Maria Sousa Araújo Santos
Examinadora – UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva
Suplente– UNIFOR

Aos meus pais Raimundo Paz de Aragão (*in memoriam*) e Senhorinha Melo Aragão, pela coragem e sabedoria de investir nos estudos dos seus dez filhos.

Ao meu grande amor e companheiro de todas as horas Artur, sem ele este sonho não seria realizado. Vamos continuar sonhando juntos!

À minha irmã/mãe Neudélia pelo desvelo comigo em todos os momentos.

Aos meus dois filhos Davi e Alyce Mar onde esta conquista foi influenciada muito por eles.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela oportunidade de aprendizado nesta escola terrena.

Aos professores Carlos Bruno e Marcelo Gonçalves que me conduziram brilhantemente neste trabalho.

Aos professores do Mestrado que ampliaram minha visão crítica e conhecimento.

À bisavó Eli, Tias Creuza e Carminha, pedras angulares da nossa família.

Aos meus irmãos que entenderam o esforço dos nossos pais em manter-nos estudando. Mas em especial Luís Sidrim e Otávio que brindam a memória do nosso pai e a nossa mãe formando-se na maturidade, fechando o ciclo dos dez filhos com nível superior.

À irmã Lúcia (in memoriam) por quem tinha laços afetivos e irmandade profundos.

Aos cunhados (as) e sobrinhos pelo amor e carinho dispensados a mim.

Aos meus colegas de trabalho pela atenção e respeito para comigo.

Aos meus clientes em todos os municípios que trabalhei. Procurei sempre estudar, para oferecer um cuidado mais humanizado e competente.

RESUMO

O exame citopatológico além de identificar neoplasias, detecta afecções ginecológicas caso não tratadas poderá prejudicar a saúde da mulher. O objetivo geral do estudo é avaliar o resultados de exames citopatológicos para fins preventivos em mulheres em uma Unidade Básica de Saúde da periferia de Fortaleza no ano de 2007. E os objetivos específicos são: caracterizar frente à faixa etária a ocorrência de afecções ginecológicas detectadas no citopatológico, verificar a ocorrência de afecções ginecológicas a partir dos exames citopatológico de colo uterino colhidos no ano de 2007 por usuárias da UBASF, identificar a efetividade dos laudos de exames preventivos a partir do tempo transcorrido entre coleta e resultados. A pesquisa é documental e descritiva, tendo como local a Unidade Básica de Saúde da Família Terezinha Parente, no Bairro Curió, em Fortaleza-CE As amostras foram todas as mulheres que realizaram o preventivo de câncer no ano de 2007, cujo valor foi 1199, sendo excluídos os laudos que não retornaram à unidade; ou não se aplicava ao exame de Papanicolau e as amostras insuficientes. O diagnóstico foi segundo o Sistema de Bethesda de 1988 e a Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais de 2006. A faixa etária que mais evidenciou *Gardnerella vaginalis* e HPV foi de 20 a 29 anos. E *Tricomonas vaginalis* foi de 30 a 39 anos. As DST evidenciadas foram *Tricomonas vaginalis* e HPV. As atipias foram identificadas mas em sua maioria não especificando o epitélio pertencente, se escamoso ou glandular. As demais alterações citopatológicas foram Neoplasia intra-epitelial cervical I associado ao HPV e Neoplasia intra-epitelial cervical II e III de forma isolada. A efetividade do serviço foi satisfatória, demonstrando rapidez na entrega dos resultados. A partir deste estudo pode-se formar ou potencializar grupos existentes na comunidade, onde se debata temas pertinentes à saúde, permitindo troca de saberes e parcerias.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Exame citopatológico. Afecções ginecológicas.

ABSTRACT

The examination cytopathologic besides identifying neoplasias, detects affections gynecological if not treated it will be able to damage the health of the woman. The general objective of the study it is to value it when it turned from examinations cytopathologic for preventive aims in women in a Basic Unity of Health of the periphery of Fortaleza-CE in the year of 2007. And the specific objectives are: to characterize in front of the age group the incident of affections gynecological detected in the cytopathologic, check the incident of affections gynecological from the examinations cytopathologic of uterine lap gathered in the year of 2007 for usufructuary of the UBASF, to identify the effectiveness of the decisions of preventive examinations from the time elapsed between collection and resulted. The inquiry is documentary and descriptive, taking as a place the Basic Unity of Health of the Family Terezinha Parente, in the District Curió, in Fortaleza-CE. The samples were all the women who carried out the preventive of cancer in the year of 2007, whose value 1199, when there excluded the decisions that did not return to the unity; or it was not applied to the examination of Papanicolau and the insufficient samples. The diagnosis was according to the System of Bethesda of 1988 and the Brazilian Nomenclature for Decisions Cytopathologic Cervical of 2006. The age group that more showed *Gardnerella vaginalis* up and that was from 20 to 29 years. And *Trichomonas vaginalis* was from 30 to 39 years. The shown up DST was *Trichomonas vaginalis* and HPV. The atipias were identified but in his majority not specifying the pertaining epithelium, scaly or glandular. Too many alterations cytopathologic were cervical Neoplasia intra-epitelial I when II and III of isolated form was associated to the HPV and cervical Neoplasia intra-epitelial. The effectiveness of the service was satisfactory, demonstrating speed in the delivery of the results. From this study it is possible to form or strengthen existent groups in the community, where one discuss relevant subjects to the health, allowing exchange of knowing and partnerships.

key words: Health of the woman. Cytopathologic examination. Affections gynecological.

LISTA DE TABELAS

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Distribuição de numero de exames estudados por área de residência da usuária, Fortaleza, 2007..... | 43 |
| Tabela 2 - Distribuição por faixa etária da amostra efetivamente estudada. Fortaleza, 2007. . | 44 |
| Tabela 3 - Distribuição por faixa etária de acordo com a área geográfica. Fortaleza, 2007.... | 44 |
| Tabela 4 - Distribuição da microbiota normal e suas associações nos exames preventivos de acordo com área da coleta. Fortaleza, 2007 | 46 |
| Tabela 5 - Distribuição de <i>Trichomonas vaginalis</i> de acordo com a área geográfica de coleta de exame. Fortaleza, 2007..... | 47 |
| Tabela 6 - Percentual de mulheres com infecção por <i>Trichomonas vaginalis</i> , por faixa etária, em relação à amostra total. Fortaleza, 2007..... | 47 |
| Tabela 7 - Distribuição de <i>Gardnerella vaginalis</i> de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007 | 48 |
| Tabela 8 - Percentual de mulheres com infecção por <i>Gardnerella vaginalis</i> , por faixa etária, em relação à amostra total. Fortaleza, 2007..... | 48 |
| Tabela 9 - Distribuição de HPV de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007 . | 49 |
| Tabela 10 - Percentual de mulheres portadoras de HPV, por faixa etária, em relação à amostra total. Fortaleza, 2007..... | 49 |
| Tabela 11 - Distribuição de atipias celulares de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007 | 50 |
| Tabela 12 - Distribuição de NIC I, II e III de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007 | 51 |
| Tabela 13 - Distribuição do retorno dos exames preventivos à Unidade de Saúde após coleta. Fortaleza, 2007 | 51 |

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 13 |
| 2.1 Doenças sexualmente transmissíveis (DST)..... | 13 |
| 2.2 <i>Trichomonas vaginalis</i> | 19 |
| 2.3 Papilomavirus humano (HPV) | 21 |
| 2.4 Afecção ginecológica..... | 25 |
| 2.4.1 <i>Gardnerella vaginalis</i> | 25 |
| 2.5 Abordagem terapêutica das <i>Trichomonas vaginalis</i> e da <i>Gardnerella vaginalis</i> | 28 |
| 2.6 Atípicas Celulares e Neoplasias Uterinas | 31 |
| 3 OBJETIVOS | 39 |
| 3.1 Geral | 39 |
| 3.2 Específicos | 39 |
| 4 MÉTODOS..... | 40 |
| 4.1 Tipo de estudo | 40 |
| 4.2 Local de estudo..... | 40 |
| 4.3 Universo e amostra..... | 41 |
| 4.4 Coleta de dados | 41 |
| 4.5 Análise dos dados..... | 42 |
| 4.6 Aspectos éticos..... | 42 |
| 5 RESULTADOS | 43 |
| 5.1 Exames efetivamente estudados..... | 43 |

| | |
|------------------------------------------------------------|----|
| 5.2 Idade | 44 |
| 5.3 Laudos citopatológicos | 45 |
| 5.3.1 Grupo I - Microbiota normal | 45 |
| 5.3.2 Grupo II - <i>Trichomonas vaginalis</i> | 47 |
| 5.3.3 Grupo III - <i>Gardnerella vaginalis</i> | 48 |
| 5.3.4 Grupo IV - HPV | 49 |
| 5.3.5 Grupo V - Atipias celulares | 50 |
| 5.3.6 Grupo VI – Neoplasia Intra-uterina I, II e III | 50 |
| 5.4 Efetividade do serviço | 51 |
| 6 DISCUSSÃO | 52 |
| CONCLUSÃO..... | 68 |
| SUGESTÕES..... | 70 |
| REFERÊNCIAS | 72 |
| APÊNDICES | 81 |
| ANEXO | 86 |

1 INTRODUÇÃO

O advento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) se confundem com a história da humanidade. Canella (2005) refere que no papiro de Kahun, com datação aproximada de 2.160 A.C., Imhotep, sacerdote, deus da saúde ou da medicina no Egito, advertia para os riscos e complicações do "fluxo", ligado à prostituição e à gonorréia. O papiro fazia referência também à sífilis, à hanseníase e a outras enfermidades com manifestações dermatológicas. O papiro de Ebers trazia fórmulas terapêuticas para afecções vulvares, como provocar abortamentos e cura de alterações menstruais usando excrementos humanos, azeite da terra, espuma de cerveja e mel.

Em 1941, Papanicolau e Traut introduziram o exame Papanicolau, quando foi idealizada uma classificação diagnóstica para coleta dos esfregaços da ectocérvice e endocérvice. Em 1967, Ralph Richardt classificou as lesões intraepiteliais do colo do útero como Neoplasia intra-epitelial (NIC) I, II, III e carcinoma *in situ* (VAL, 2005).

Na atualidade, o exame de Papanicolau é estabelecido como teste universal para câncer de colo uterino e das lesões precursoras. Nas unidades de saúde primárias, a coleta rotineira é feita de forma desvinculada da ação médica na busca de aumentar o número de usuárias beneficiadas com a consulta e a melhoria da cobertura do exame na população (MACHADO JR. e DALMASO, 2008).

O Ministério da Saúde recomenda que o exame citopatológico poderá ser coletado por enfermeiro ou médico. Como técnica, introduz-se um espéculo vaginal e procede-se à esfoliação da superfície externa e interna do colo uterino com a escova endocervical e com a espátula de Ayre. Sendo esse material colocado numa solução fixadora de álcool a 96% e enviado para análise (BRASIL, 2006a). Porém, na maioria dos casos, a usuária vê o momento da prevenção como descoberta e tratamento de provável DST e não como exame para detecção de neoplasias ginecológicas. Como agravante, a presença de DST dificultará a identificação de câncer.

Ao realizar o exame preventivo, uma parcela mínima de profissionais explica o que é o exame, qual a função da medicação eventualmente prescrita. Este momento de conversa entre o profissional e a usuária é de fundamental importância também no contexto das DST. Tal oportunidade de interação entre a equipe de saúde e a usuária deve ser aproveitada para

esclarecimento sobre as DST, principalmente na população mais vulnerável em que a exclusão social, educacional e econômica é maior.

No ato de entrega do resultado do exame preventivo, o nome da usuária vai para as fichas de notificações epidemiológicas do município, onde é identificada por área, categorizada por enfermidade e idade. Umás solteiras ou com parceiros, são clinicamente diagnosticadas e tratadas, porém algumas não são orientadas eficazmente para evitar recidivas.

Existe ainda um preconceito, vivenciado na prática, de algumas grávidas não fazerem o exame de prevenção de neoplasia de colo uterino durante o pré-natal, por achar que o mesmo causa contrações ou, de alguma forma, danos ao feto. O preventivo além de identificar inúmeras patologias que prejudicaria ambos (mãe e feto), poderia detectar alguma DST e se ministraria o tratamento adequado. Caso essa orientação correta não seja dada pelo profissional e o incentivo à gestante a realização do exame durante este período, a mulher ficará exposta a vários problemas no transcorrer da gestação, como a ruptura de bolsa prematura e nascimentos de bebês antecipadamente.

Outra problemática é identificada quanto à realização do exame citopatológico: mulheres procuram realizar o preventivo de câncer, e por exercerem atividades laborativas são impossibilitadas de fazê-lo, pois à unidade não oferece horários alternativos; várias usuárias agendadas para a coleta, faltam no dia da consulta, retirando a oportunidade de outras; também muitos laudos não são procurados na Unidade de Saúde. Ficando a mulher a desinformada da sua saúde ginecológica, expondo-a não apenas às DST e outras afecções ginecológicas, mas às neoplasias intra-uterinas caso não tratadas em tempo hábil.

No Quênia, num ambulatório de DST, a tricomoníase foi diagnosticada em 34% das mulheres (MACIEL *et al*, 2004). A *Gardnerella vaginalis*, para o Ministério da Saúde, pode aumentar a probabilidade de infecção por DST/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em casos de exposição ao vírus. As DST mais comuns de quem possui esta bactéria é a clamídia e a gonorréia (BRASIL, 2009, e).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), aproximadamente 500.000 novos casos de carcinoma do colo uterino são detectados no mundo a cada ano, sendo a maioria (80%) nos países subdesenvolvidos. A Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (2005) afirma que 100% dos casos de câncer do colo do útero se atribuem ao HPV (Human Papiloma

Virus), sendo este vírus responsável por 5,2% do total de câncer do mundo. O estudo realizado pela Universidade de Campinas de São Paulo e a Faculdade de Taubaté comprovou que a carga viral do HPV predispõe a gravidade de lesões cervicais em mulheres com atipias celulares na colpocitologia oncológica (SARIAN *et al*, 2003). As mulheres com atipias do colo do útero merecem uma melhor investigação clínica, no que tange a coleta do Papanicolau e a análise patológica dos esfregaços cervicais (SEBASTIÃO *et al*, 2004).

No atendimento ambulatorial de uma UBASF, em Fortaleza-CE, é comum mulheres nos laudos dos exames citopatológico, diagnóstico de tricomoníase, *Gardnerella vaginalis*, HPV, atipias celulares e neoplasias uterinas na sua prática diária. E na observância de que há carência de estudos epidemiológicos sobre estes agentes e das demais alterações citopatológicas, em Fortaleza, concluiu que um estudo nessa área seria de grande valia não só para as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), como igualmente, para a equipe de saúde.

Numa perspectiva mais ampla, os resultados poderiam ser estendidos de modo a desenvolver uma visão crítica sobre o assunto, pois tão importante quanto conhecer as DST e demais síndromes ligadas à sexualidade humana, é compreender quanto a ação educativa pode contribuir para a interrupção da cadeia de transmissão de determinados patógenos.

A realização de um trabalho de educação em saúde que envolva não só a usuária, mas seu companheiro e toda a comunidade assistida, pode ser um caminho para a prevenção, o controle, a solução para a cura destas enfermidades, não só daquele momento, mas de outras que poderiam ser adquiridas futuramente. A própria comunidade se apoderaria da promoção da sua saúde e da sua condição de saudável, com a consciência de cuidado, respeito, colaboração humana para que esta célula local seja um ambiente promotor de paz, democracia e de vida.

Por fim, o conhecimento da frequência destas enfermidades nesta área de trabalho e as faixas etárias mais associadas a estas infecções, permitirão aos profissionais e gestores avaliar suas ações e políticas de saúde voltadas à mulher e assim realizarem estratégias para evitá-las.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo está composto de três subtítulos: doenças sexualmente transmissíveis- um problema de saúde pública, *Trichomonas vaginalis* e HPV. Os três últimos capítulos são relacionados às afecções ginecológicas (*Gardnerella vaginalis*), abordagem terapêutica da *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis* e as atipias celulares e neoplasias uterinas.

2.1 Doenças sexualmente transmissíveis (DST) – um problema de saúde pública

As DST são enfermidades infecciosas transmitidas por microorganismos pelo contato sexual desprotegido, pela transmissão vertical (onde a criança é infectada na gestação, parto ou amamentação) e instrumentos perfuro-cortantes contaminados. Suas manifestações, com exceção da hepatite, são bolhas, verrugas, feridas e corrimentos genitais.

Para livrar-se dos efeitos destas doenças que abalavam a saúde, reputação e mesmo a estrutura familiar, o homem experimentou diversas drogas ao longo da história, desde os sais mercuriais da medicina árabe até a sulfadiazina dos anos 40, a qual logo os germes tiveram resistência. Só em 1943, com a produção em larga escala da penicilina, o mundo ingressou na era dos antibióticos, supostamente capaz de eliminar a sífilis, a gonorréia e também outras doenças infecciosas. No entanto, muitos agentes infecciosos sensíveis à penicilina, em particular o gonococo, tornaram-se resistentes a este antibiótico. Daí a indústria farmacêutica iniciou novas pesquisas em busca de medicamentos de amplo espectro que debelassem essas enfermidades do aparelho genital humano.

Muitos fatores contribuem para a propagação das DST, dentre eles: atividade sexual precoce, variedade de parceiros, êxodo para grandes centros urbanos, advento dos anticoncepcionais orais (facilitando o aumento da atividade sexual sem pagar o ônus de uma gestação indesejada), distribuição descontínua de anticoncepcionais de barreiras nas unidades públicas de saúde, além de atitudes menos repreensivas sobre a sexualidade da sociedade em relação às mulheres, adolescentes e homossexuais.

A OMS recomenda desde 1999 a mudança da terminologia DST para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), mas o Ministério da Saúde brasileiro manteve o termo DST em suas publicações atuais.

A problemática das DST está em se encontrar as pessoas e tratá-las adequadamente. Algumas usuárias não têm atendimento adequado por vergonha ou constrangimento, ou ainda por desconhecer se estão ou não infectadas. Isso porque frequentemente as DST são assintomáticas ou oligossintomáticas. Os profissionais da saúde dispõem de um instrumento essencial para o seu trabalho: a comunicação. Através desta, promove e oferece cuidados nas áreas relacionadas com a sexualidade. Nas conversas durante as consultas pode-se perceber indícios de alguma omissão dos clientes, relativa à presença de DST (POTTER e PERRY, 2001a).

As DST são alvo de ações de vigilância do Ministério da Saúde no sentido da prevenção e controle. Requerem do sistema de saúde atenção especial, pois tratam de algo muito delicado, à intimidade do indivíduo, exigindo tratamento medicamentoso muitas vezes não só do paciente, mas do parceiro (a). Por sua relação de proximidade com os usuários, os membros das equipes da saúde da família são muito importantes no sucesso dos programas de prevenção desenvolvidos em diversos municípios (BRASIL, 2007b).

Outra problemática identificada é a distribuição descontínua de métodos contraceptivos de barreira e orais que expõem não só o casal ao risco potencializado de adquirir as DST, mas suas futuras gerações.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) possui estratégias que visam garantir a oferta de métodos contraceptivos para a população em idade reprodutiva e que se deve adquirir e distribuir trimestralmente para as Unidades de Saúde métodos anticoncepcionais reversíveis (BRASIL, 2004c). Esta oferta não contemplada fere um dos princípios do Sistema Único de Saúde, cujo acesso às ações e aos serviços de saúde prioriza a oferta dos meios adequados às parcelas da população que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

Percebe-se que a promoção da saúde não está sendo implementada e uma vez agregada ao modelo preventivista, à promoção na forma de prática se define como intervenções que têm lugar em momentos anteriores a doenças ou ao conhecimento sobre sua causa e prevenção (PEDROSA, 2004). A prevenção das DST dar-se-á na formação de uma consciência populacional sólida que a prática do sexo deve ser feita com responsabilidade e respeito.

Heidmann *et al* (2006) citando a Carta de Ottawa afirmam que a implementação de políticas públicas saudáveis inclui a promoção à saúde e de outros determinantes tais como: renda, proteção ambiental, trabalho e agricultura. A saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, que devem tomar consciência de suas decisões e responsabilidades.

As campanhas de prevenção das DST do Ministério da Saúde, por serem feitas em datas pontuais (carnaval e/ou outras festividades) são falhas por serem descontinuadas. Estas, para serem efetivas, atingindo um maior contingente populacional, devem ser feitas por todo o ano. A compra do preventivo é onerosa para as populações carentes; e exporá a mulher não só ao risco de adquirir uma DST, mas uma gravidez indesejada e algumas mulheres no desespero da resolução daquela situação adversa expõem-se a prática de abortos clandestinos, e alguns, pelas condições insalubres da execução, ocasionará infecções pélvicas ou generalizadas, esterilidade, além da morte materna e fetal.

Essa evidência da negação da gravidez é percebida durante a realização do pré-natal. Momento em que um considerável número de mulheres adultas revela não desejar estar gestante, afirmando que já possuem muitos filhos ou o desemprego é uma ameaça ou está presente na sua família. Este também é o relato de algumas adolescentes que pela característica da idade não possuem nenhuma estrutura física, emocional, educacional ou financeira para um gestar saudável.

Quanto à participação no planejamento familiar, observam-se nas unidades de saúde, o comparecimento é maior da mulher. Será que aí também não se trata de uma questão de gênero? Scott (*apud* CASTELL, 2008) define que gênero pode ser explicado por uma dupla proposição: gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseados em diferenças percebidas entre os sexos, e, além disso, gênero é a maneira primordial de significar relações de poder. E pelas afirmações das usuárias, também são culpabilizadas pelo companheiro por uma gestação desprogramada e responsabilizadas pela aquisição do método ideal para o casal, mesmo sem a participação do companheiro no momento da consulta para decidir a melhor opção do método contraceptivo.

O planejamento familiar deve ser visto no contexto dos direitos reprodutivos, que tem como principal objetivo garantir às mulheres e homens um direito básico de cidadania, na escolha do número de filhos que gostariam de ter, conforme garante o art. 226, § 7º da

Constituição Federal. Sobre este direito constitucional é dito ser fundamentado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável e do planejamento responsável. O planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vetada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 2003a).

A PNAISM afirma que deve se estimular a implantação e implementação do planejamento familiar (BRASIL, 2004b). Já os princípios e diretrizes da PNAISM aconselha que deve-se estimular a implantação e a implementação da assistência ao planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à Saúde (BRASIL, 2004c).

A atuação dos profissionais de saúde na assistência e execução do planejamento envolve vários tipos de atividades educativas, atividades de aconselhamento e clínicas. Essas atividades devem ser executadas de forma integrada, não se referindo somente às de anticoncepção exclusivamente feminina, mas ampliando-se a dupla proteção, onde parceiro (a) deve ser abordado de forma holística.

As atividades educativas fornecem conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticonceptivo mais adequado, permitem participação que possibilita a troca de experiência baseada na vivência de cada indivíduo e do grupo.

As atividades de aconselhamento visam o resgate dos recursos internos do indivíduo para posicionar-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. O aconselhamento identifica dúvidas, necessidades, angústias e avalia o risco individual e do casal para adquirir DST.

As atividades clínicas devem ser realizadas a qualquer contato que a usuária faz com o serviço de saúde utilizando os princípios da promoção, prevenção, cura e reabilitação. A anamnese, exame físico, geral e ginecológico, com ênfase no auto-exame de mama e levantamento do último preventivo devem ser feitos com consultas de retorno já previamente marcadas.

A prevenção das DST perpassa por um planejamento familiar e de anticoncepção efetivos. O profissional da saúde deve estar atento de sua importância neste serviço

executando-o com qualidade, consistência e coerência com o nível de consciência da população.

Observa-se, porém, outra problemática: são pouco ofertadas as capacitações sobre planejamento familiar, prevenção de câncer e DST. O Ministério da Saúde alerta sobre a sua importância enfatizando que a capacitação de profissionais da saúde por meio de treinamento especializado para os diagnósticos laboratoriais de DST tem como consequência melhora no atendimento (BRASIL, 2007c).

Tanto a OMS (2005) quanto o Ministério da Saúde (2006d) afirmam que as DST são consideradas um dos problemas de saúde pública mais evidente no mundo. São as causas mais comuns de doenças em diversos países, com vastas consequências de natureza sanitária, social e econômica; sendo facilitadoras de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV), merecendo redobrada atenção, principalmente no que se refere a vigilância epidemiológica, a capacitação profissional e a disponibilidade medicamentosa.

O aumento da prevalência e da infecção pelo HIV entre as mulheres, a gravidade das consequências das DST e a freqüente ocorrência entre mulheres monogâmicas mostram a necessidade de uma abordagem dessas questões sob perspectiva de gênero (JIMÉNEZ *et al*, 2001).

Muitos estudos mostram que as DST ocupam um importante espaço no desenvolvimento de patologias no ciclo gravídico-puerperal, podendo causar gravidez ectópica, abortos, nascimentos de natimortos, prematuridade, infecções congênitas, perinatais e infecções puerperais. Se estas doenças forem diagnosticadas e tratadas precocemente e de forma adequada, as consequências das DST para a mãe e o bebê poderiam ser minimizadas ou eliminadas. Mas isto, no dia-a-dia não acontece. O que se observa é que, na maioria dos casos, não se avalia o risco para DST no período pré-natal, apenas a evolução gestacional, tendo preocupações exclusivas com as doenças típicas da gestação (MARTINS *et al*, 2004).

As doenças que podem ser transmitidas sexualmente segundo o Manual Merck Saúde para a Família (2007) são:

1. Primeiras DST reconhecidas: Cancróide, gonorréia, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo e sífilis.

2. DST mais recentemente reconhecidas: cervicites por clamídia, pediculose, herpes genital, verrugas genitais, infecções pelo HIV e AIDS, molusco contagioso, uretrite não gonocócica, escabiose, tricomoníase.
3. Doenças eventualmente transmitidas pelo contato sexual: Amebíase, infecções por citomegalovírus, giardíase, hepatite A e B, salmonelose e tricomoníase.

As DST são transmitidas pelos indivíduos infectados, através da relação sexual. O local de contaminação é geralmente genital, podendo ser extensivo ao urogenital ou anogenital. As infecções mais prevalentes englobam sífilis, gonorréia, infecção por clamídia, tricomoníase, infecção pelo herpesvírus e pelo papilomavírus humano (HPV). Os grupos mais vulneráveis a estas infecções são adolescentes, mulheres, lactentes e minorias étnicas pobres onde se pratica sexo sem proteção (POTTER e PERRY, 2004b).

As DST podem afetar as estruturas das células epiteliais e dos tecidos do trato genital e urinário, diminuindo a coesão do epitélio e facilitando a penetração do HIV no organismo. A presença de DST tais como infecção por clamídia, tricomoníase e gonorréia, por exemplo, aumenta a concentração de células dendríticas ou células de Langerhans e das células T CD4+ na área genital e nas secreções genitais. É sabido, essas últimas são alvo preferencial do HIV (MOHERDAUI, 2005).

O Ministério da Saúde comenta que estimativas recentes apontam para a ocorrência de mais de 10 milhões de novas infecções de transmissão sexual para podendo ter evolução para doenças sintomáticas, como uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais. Por causa do alto índice de auto-medicação torna-se um problema com magnitude muito maior, devido a muitos casos não receberem orientações e tratamentos adequados, permanecendo transmissores e mantenedores de elos fundamentais na cadeia de transmissão das infecções (BRASIL, 2004, b).

No Brasil, em Belo Horizonte – MG, a frequência do *T. vaginalis* foi de 14,1% e 1,1%, respectivamente, em usuárias de uma clínica privada de atendimento ginecológico. Estima-se uma prevalência deste patógeno de 25% a 36% nas mulheres que procuram serviço de ginecologia (NAI *et al*, 2007).

Mundialmente, estima-se que 18% dos casos de câncer se devam a agentes infecciosos, e ao lado do fumo, os mais importantes agentes cancerígenos são HPV, *Helicobacter pylori*, os vírus da hepatite B e C. (Agência Internacional de Pesquisa do Câncer, 2005).

Dentre as DST, optou-se neste estudo a avaliar o protozoário *Trichomonas vaginalis* e o HPV; considerou-se também a *Gardnerella vaginalis*, pois mesmo não sendo mais considerada pelo Ministério da Saúde e a OMS uma DST, tem transcendência e magnitude na região de abrangência da Secretaria Regional VI.

2.2 *Trichomonas vaginalis*

Foi descrito pela primeira por Donné em 1836, que entendeu ser o *Trichomonas vaginalis* um protozoário flagelado do trato digestivo e reprodutor humano que atingia também uma variedade de animais vertebrados e invertebrados (LAFFITA e BORGES, 2005).

O *T. vaginalis* é um parasita do trato urogenital, com comprimento variando de 8 a 30µm, com 4 flagelos e uma curta membrana ondulante responsável pela sua mobilidade. Atinge seu pico máximo de produção em meio úmido, com temperatura entre 35° a 37° C e pH variando entre 5,5 a 5,8. Outras espécies de *Trichomonas* spp. podem ser encontradas em vários locais do corpo humano, tais como *T. tenax*, na orofaringe e *T. homini* no intestino (BARRETO e SANTOS, 2005).

A tricomoníase associa-se a estados de desequilíbrio do ecossistema vaginal, ou seja, a diminuição acentuada ou ausência dos bacilos de Döderlein, que são bacilos protetores vaginais. A enfermidade também se acompanha do aumento da proliferação de bactérias anaeróbicas, podendo associar-se a outras gerando complicações. O parasita reduz enzimas proteolíticas, responsáveis pelo processo inflamatório exuberante que a mulher apresente (COSTA, 2006).

O *T. vaginalis* é geralmente transmitido por contato sexual ou contato genital íntimo. O protozoário pode sobreviver por três horas em toalhas úmidas, em vasos sanitários e na urina por mais de uma hora. Em meio externo nas gotículas de secreção vaginal, 100% sobrevivem por 45 minutos e 4% ainda estão vivos em 6 horas. Não há evidência que estes microorganismos vivam por mais de 30 minutos em água fresca (COELI *et al*, 2004).

Calcula-se que 180 milhões de mulheres do mundo, segundo a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), padecem da vaginite por *T. Vaginalis*, com prevalência menor em comunidades de países industrializados. É identificada em 30 a 40% dos homens,

parceiros sexuais de mulheres infectadas e associadas a outras DST (BRASIL, 2004a). A infecção pode ser assintomática em 20% dos casos (LAFFITA e BORGES, 2005).

Pode ser transmitido pelo instrumental médico não esterilizado e através do canal de parto, podendo o recém-nascido apresentar fluxo ginecológico abundante e purulento, com períodos de melhora e piora. Em crianças menores de 10 anos predomina o fluxo vaginal abundante, espumoso, purulento, referindo ardor e prurido. Estes sintomas na adolescente são igualmente semelhantes às mulheres adultas (COELI *et al*, 2004).

O *T. vaginalis* é quase exclusivamente transmitido por via sexual em adultos, caracterizado por ter corrimento vaginal repugnante e prurido vulvar e uretrites nos homens (OMS, 2005). O Ministério da Saúde alerta que no homem podem também não apresentar sintomas ou apenas irritação no prepúcio, podendo desaparecer mesmo sem tratamento, mas continua a infectar as parceiras até que seja corretamente tratado (BRASIL, 2009d).

A tricomoníase piora após o período menstrual e gestacional e esta enfermidade tem como quadro clínico a inflamação nos grandes lábios, períneo e pele adjacente. A vagina e o colo ficam hiperemiados e ao exame especular o colo tem aspecto de “framboesa”. (TELES e TELES, 2004). Na sua aderência ao trato genital o *T. vaginalis* causa doenças inflamatórias pélvicas, cervicites, uretrites e colpites. Pode provocar leucorréia espumosa, fluido de cor amarelado e fétido, prurido, dispareunia, pós-hemorragia no coito e dor no baixo ventre (LAFFITA e BORGES, 2005). Aparecem outros sintomas como ardor e sentem sensação de “queimação” nos órgãos genitais e às vezes disúria. O processo inflamatório além de aumento do afluxo de linfócitos, resulta em microulcerações do colo e isso facilita a aquisição do vírus do HIV e outros agentes sexualmente transmissíveis (COSTA, 2006).

O diagnóstico de tricomoníase é feito não só apenas nas manifestações clínicas, pois os sinais e sintomas apresentados não são específicos desta DST. A investigação laboratorial é essencial para o diagnóstico efetivo, uma vez que muitas mulheres são assintomáticas. O diagnóstico laboratorial pode ser realizado através do exame a fresco das secreções vaginais e nos esfregaços cérvico-vaginais através do exame de Papanicolau, identificando assim as anormalidades citológicas e outros agentes infecciosos (FEITOSA e CONSOLARO, 2005).

A ANVISA enfatiza que o pH e o número de leucócitos polimorfonucleares estão aumentados marcadamente na tricomoníase. O exame a fresco é positivo em cerca de 50 a 70% dos casos confirmados. Pelo exame de Papanicolau a sensibilidade é de 60 a 70%. A

cultura, considerada o “padrão ouro”, apresenta sensibilidade de 95% e especificidade de 100% (BRASIL, 2004a; TELES e TELES, 2004).

É considerada a enfermidade não-viral mais comum no mundo. O parasitismo tem sucesso em um ambiente hostil através dos vários mecanismos pelos quais estabelece sua patogenicidade e também por sua capacidade de evadir-se a resposta imune do hospedeiro. A tricomoníase tem sido associada à transmissão do HIV, à doença inflamatória pélvica ao câncer cervical, à infertilidade, ao parto prematuro e ao baixo peso de bebês nascidos de mães infectadas (MACIEL *et al*, 2004).

2.3 Papilomavirus humano (HPV)

O HPV tem sido associado diretamente ao câncer de colo de útero; existindo dois tipos, os de alto potencial oncogênico e os de baixo potencial oncogênico, sendo os primeiros capazes de desenvolver neoplasias no colo do útero, vulva, vagina, no ânus e áreas extra-genitais como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laringe.

Na antiguidade o HPV era denominado de verruga genital, considerado como doença venérea, relacionado ao homossexualismo masculino. Outras denominações foram dadas como verrugas venéreas, verrugas gonocócicas e condiloma acuminado. As denominações populares brasileiras são cavalo-de-crista, crista-de-galo e figueira. Melnick em 1962 foi o primeiro a sugerir o nome papovírus. Porém, Crawford e Crawford em 1963 foram os primeiros a determinar a estrutura genética e o peso molecular do vírus, obtido através de verrugas humanas (ALMEIDA FILHO *et al*, 2005).

Este vírus acomete homens e animais como macacos, coelhos e bois e a infecção caracteriza-se por ser lesões de aspecto papilar única ou múltiplas, que pode evoluir ou desaparecer espontaneamente. Dependendo do tamanho e localização são dolorosas, pruriginosas ou friáveis (ALMEIDA FILHO *et al*, 2005).

Os fatores de risco para o Ministério da Saúde são multiparidade, múltiplos parceiros, tabagismo, uso de anticoncepcionais orais, não uso de preservativos de barreira nas relações sexuais, infecção pelo HIV e outras DST, higiene precária (BRASIL, 2009a).

O HPV classifica-se, segundo o Ministério da Saúde, em subtipos correlacionados a neoplasias e precursores de neoplasias. São classificados de baixo risco para oncogenicidade

os tipos HPV 6, 11, 43 e 44. Estão ligados às infecções benignas do trato genital como o condiloma acuminado ou plano e Lesão intra-epitelial (LIE) de baixo grau. São encontrados na maioria nas verrugas genitais visíveis, podendo aparecer na vulva, escroto, colo do útero, vagina, pênis, uretra e ânus. Os tipos de alto risco para a oncogenicidade são os tipos de HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59 e 68, sendo correlacionados as LIE de alto grau e carcinomas do colo uterino, vulva, ânus e raramente no pênis. (BRASIL, 2006a).

Não foi possível estabelecer o intervalo mínimo entre contaminação e o desenvolvimento das lesões. E o período de incubação varia de semanas a décadas. A recidiva se dá pela reinfecção entre parceiros infectados ou queda do sistema imunológico e entre tabagistas. As lesões são mais severas em usuários com secreção genitais, com higiene pessoal ineficiente e em gestantes (BRASIL, 2006a).

A transmissão mais freqüente é pelo ato sexual, não ocorrendo somente na penetração, mas podendo ocorrer no contato intra-dérmico entre o casal, sendo assim necessário que se use o preservativo desde o início da relação sexual. Há transmissão vertical no parto. Em crianças maiores, os profissionais da saúde devem estar alerta caso apresente durante o exame clínico verrugas na genitália, investigando se ocorreu algum abuso sexual.

A função masculina na transmissão da infecção do HPV assim como sua importância na história natural da doença é inquestionável. Em muitos homens a infecção tem natureza assintomática, sendo responsável pela transmissibilidade a suas companheiras e a perpetuação da enfermidade numa população (NICOLAU e CAMARGO, 2005).

O Ministério da Saúde recomenda que diagnóstico é clínico, não somente feito pela inspeção da lesão que confirma a presença do vírus, mas em alguns casos fazem-se necessários exames complementares, sendo a palpação e inspeção obrigatórias. No reto faz-se necessário a retoscopia, na uretra a uretroscopia e na região cervical e vaginal a colposcopia. A histopatologia nas lesões cervicais subclínicas e nas lesões vulvares com aspecto atípico. A citologia a fresco na mulher, e no homem a bacterioscopia da secreção uretral, se tiver associação às DST. Não esquecendo de prescrição do VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e Anti-HIV (BRASIL, 2009b). As técnicas de hibridização do DNA do vírus, como o Southern blot, são consideradas “padrão ouro” para detecção do HPV (BARRETO e SANTOS, 2005).

Aproximadamente 10 a 30% da população adulta tem o vírus do HPV, mas a maioria dos usuários apresentam infecções subclínicas. Somente 1 a 2% desenvolve verrugas exofíticas, sendo estas com raras associações ao carcinoma. Na transmissão vertical a papilomatose de laringe (tumor laríngeo) é mais importante. Com pico na criança entre 2 a 5 anos de idade; e o 2.º pico na adolescência. Os sinais clínicos são a rouquidão ou choro anormal, desconforto respiratório, afonia e estridor (ONAGA e PINTO, 2005).

O HPV para o Ministério da Saúde é a DST mais comum do mundo, responsável por 90% de câncer de colo de útero. A cada cinco mulheres uma é portadora do vírus. O Brasil é um dos líderes mundiais de incidência, com registros de 135 mil casos novos/ano. As portadoras preferencialmente são mulheres entre 15 a 25 anos, mas também o vírus acomete os homens, que devido ao preconceito poucos procuram os serviços de saúde para tratamento (BRASIL, 2009b). A Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (2005) afirma que os tipos de DNA virais do HPV mais prevalentes em mulheres com carcinoma do útero são o 16 e o 18.

A prevalência do HPV para o Ministério da Saúde em homossexuais masculinos infectados pelo HIV é de 60 a 70%. A frequência de carcinoma anal em homossexuais é aproximadamente 80 vezes maior que a da população em geral. Além das reconhecidas elevadas taxas de infecções anogenital pelo HPV e de neoplasias intra-epiteliais anais em homens infectados pelo HIV é também comprovada a presença de carcinoma anal entre eles (BRASIL, 2007c).

O tratamento padrão para o Ministério da Saúde é a retirada das verrugas, mas evidencia que nenhum destas medidas que se usa na atualidade conferem à continuação da infectividade ou prevenirá o aparecimento de um câncer cervical (BRASIL, 2009b).

Os tratamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2009b) nas lesões em genitália externa prescreve-se os recursos terapêuticos:

- Podofilina 10-25% em solução alcoólica ou tintura de Benjoim. Deve-se aplicar em pequena quantidade em cada verruga, e deixar secar antes de colocar a roupa. Lavando-se após 4 horas. Repetir semanalmente se necessário. Não usar na gestação. Pode ser tóxica ao coração, rins e sistema nervoso. Devendo proteger a região em volta da lesão que foi aplicada com vasilina.

- Ácido tridoroacético (ATA) a 80-90% em solução alcoólica – aplicação semelhante à podofilina, a lesão assume um aspecto branco após a aplicação. A ATA destrói os condilomas pela coagulação química do seu conteúdo protéico, sendo aplicado nas mucosas, apenas nos locais que tenham condiloma.
- Eletrocauterização ou eletrocoagulação ou eletrofulguração é indicado para remover ou fulgurar lesões isoladas. Sempre com anestesia.
- Biocauterização ou crioterapia ou criocoagulação – destrói por criocautermos as verrugas. Sendo útil quando há poucas lesões.
- Exérese cirúrgica – método mais indicado para tratamento de poucas lesões, e quando deseja exame histopatológico do condiloma.

Nas lesões vaginais e no meato uretral: Podofilina ou ATA. Nas lesões anais: ATA ou exérese cirúrgica; e nas lesões orais, ATA ou exérese cirúrgica.

Outras opções terapêuticas para Ministério da Saúde (2006a):

- 1) Podofilotoxina 0,15%: indicado para auto-aplicação em genitália externa. Este fármaco tem ação semelhante ao da podofilina. Não pode ser usado em grávidas e em crianças;
- 2) Imiquimod 5% creme: é um medicamento tópico de auto-aplicação que estimula a produção de interferon no local e outras citocinas. Não é recomendado no período gestacional.
- 3) Interferon: reprime as multiplicações viróticas, inibindo a multiplicação celular e a proliferação epitelial. Recomendado com tratamento coadjuvante nas lesões persistentes ou recidivantes em imunodeprimidos.
- 4) Vaporização a laser: pode ser usado em um laboratório com anestesia local, sendo satisfatório, nas lesões vulvares, que não respondem a agentes químicos. Nas áreas vaginais de difícil acesso possibilita aplicação, produzindo pequena perda sanguínea e bons resultados estéticos.

A mais atual técnica que está sendo desenvolvida no combate ao HPV é a vacina bivalente e a tetravalente. Derchain e Sarian (2007) afirmam que a vacina bivalente HPV 16/18 manufaturada num sistema de inseto está em fase de teste no Brasil e EUA (Estados Unidos da América). Já a vacina tetravalente contra HPV 6/11/16/18 está chegando ao mercado; apesar de testada a sua eficácia ainda é imatura saber as repercussões clínicas

advindas da vacina futura. Mas as duas vacinas protegem somente pessoas que não foram infectadas pelo vírus.

Como o HPV é um vírus de alto poder de oncogenicidade, a vacina é ainda restrita a grupos mais abastados com condição de comprá-la em clínicas de imunização particulares. Para chegar a uma larga produção extensiva aos grupos mais carentes é ainda um ponto de interrogação. Torna-se emergencial que um programa de educação sexual em nível nacional seja estabelecido não só envolvendo os profissionais da saúde de todos os níveis de atenção, mas também a própria população na prevenção, não só do HPV, mas de todas as DST.

2.4 Afecção ginecológica

2.4.1 *Gardnerella vaginalis*

A infecção por *Gardnerella vaginalis* ou vaginose bacteriana teve sua nomenclatura bastante modificada ao longo dos anos. Originalmente, Kröning, em 1892, a classificou como vaginite inespecífica. O nome atual surgiu no primeiro Simpósio Internacional sobre Vaginite em Estocolmo, 1984, quando Weström *et al*, a denominaram vaginose bacteriana, não sendo considerada uma DST (GIRALDO *et al*, 2005; BRASIL, 2006d).

A *G. vaginalis* tem características morfológicas de ser do grupo dos *cocos-bacilos*, gram-negativos ou gram-variáveis, pleomórficos, não capsulados, anaeróbicos facultativos. Crescendo com facilidade em atmosfera de CO₂ e a temperatura entre 35°C a 37°C, tem capacidade de causar um quadro clínico importante de vaginose na mulher. É uma bactéria da microbiota vaginal, e quando ocorre um desequilíbrio desta flora evidencia-se um crescimento exarcebado desse microorganismo (OLIVEIRA *et al*, 2007a).

Nesta enfermidade para o Ministério da Saúde ocorre um sinergismo entre bactérias do gênero *G. vaginalis*, *Bacteroides* spp., *Peptococcus* spp. micoplasmas e peptoestreptococos, com diminuição dos lactobacilos acidófilos. Podem ser encontradas ainda bactérias do gênero *Mobiluncus* spp (BRASIL, 2006b). A observação de densos agregados de bacilos Gram-negativos em células epiteliais descamadas ou células “guias” (*clue cells*) em esfregaços da secreção vaginal, dá origem a suspeita de infecção por estes microorganismos (BARRETO e SANTOS, 2005).

Sobre essa vaginose, o Ministério da Saúde refere que pode suceder um corrimento vaginal de cor amarela, branca ou cinza, com odor desagradável. Algumas mulheres o descrevem como odor forte com cheiro de “peixe podre”, surgindo após o ato sexual e durante a menstruação, podendo aparecer também ardência ao urinar e/ou prurido vaginal, mas algumas são assintomáticas (BRASIL, 2009d).

Não se compreende plenamente a causa desta alteração da microbiota, pois é considerada uma infecção endógena do trato reprodutivo. Os fatores que predisõem a vaginose bacteriana são preparos vaginais anti-sépticos, antibióticos e lavagem vaginal (OMS, 2005).

Na vaginose bacteriana sua epidemiologia ainda é pouco conhecida. Não considerada uma DST, apesar de ser associada a um grande número de parceiros e rara em mulheres não sexualmente ativas. O tratamento dos parceiros não é recomendado porque nenhum estudo documentou que essa conduta diminua a recidiva da enfermidade. Está associada ao uso de DIU e histórias de tricomoníase, não tem fatores de risco identificáveis. Sem tratamento a afecção pode ser auto-limitante, recidivante ou crônica (FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL DO AMAZONAS, 2008).

Sua prevalência é alta em usuárias de contraceptivos orais, nas mulheres que utilizam duchas vaginais e em homossexuais do sexo feminino. É também fator de risco em atividade sexual iniciada precocemente (JOESOEUF e SCHMID, 2006).

A *G. vaginalis* predomina em mulheres com menos de 40 anos não hysterectomizadas e na faixa etária de 41 a 50 anos em clientes hysterectomizadas. Pela resposta imunológica da mucosa vaginal a mulher hysterectomizada, devido à retirada do colo uterino, predispõe-se a esta infecção. Uma maneira de evitá-la é o estabelecimento da microbiota vaginal normal composta de lactobacilos (abundante na fase lútea e gravidez), por meio de uso da terapia de reposição hormonal ou cremes vaginais com hormônios femininos, principalmente em pacientes com microbiota ausente (NAI *et al*, 2007).

O pH vaginal da criança é 6 a 7, 5, não coincidindo com o pH para o desenvolvimento da vaginose bacteriana que é de 5 a 5,5. A clínica desta enfermidade na criança é variada, podendo apresentar corrimento líquido em quantidade variável, de cor acinzentada, homogêneo, com bolhas e odor desagradável (COELI *et al*, 2004).

Embora não seja aceita como uma infecção de transmissão sexual, pode estar ligada à atividade sexual, uma vez que o pH elevado do sêmen pode desencadear quadros de vaginose bacteriana (GIRALDO *et al*, 2005; BRASIL, 2006c).

Durante o coito, ocorre microfissuras no epitélio vaginal. O pH vaginal é básico (aproximadamente 7,2), porém após a ejaculação se eleva, permitindo desequilíbrios da microbiota e a sobrevivência de alguns patógenos (SIMÕES e ZANEVELD, 2005). O Ministério da Saúde comenta que ao ocorrer à mudança na microbiota vaginal aumenta o nível de bactérias prejudiciais como é o caso das bactérias intestinais (BRASIL, 2009c).

Muitas vezes a própria mulher acometida identifica a vaginose bacteriana, referindo-se ter corrimento vaginal e ao intenso odor fétido que piora após relação sexual ou final da menstruação.

O exame citológico de Papanicolau para a ANVISA não é o exame de escolha para avaliação da microbiota vaginal, uma vez que este exame apresenta tão somente sensibilidade de 92% e especificidade de 97% para detecção de vaginose bacteriana (BRASIL, 2004a).

O diagnóstico de certeza da vaginose bacteriana é estabelecido quando estiverem presentes pelo menos três dos quatro critérios abaixo: presença de *clue cells*; secreção vaginal homogênea; pH do líquido vaginal maior que 4,5 e um odor de “peixe em decomposição” após a adição de hidróxido de potássio a 10% , tido como o teste das aminas (JOESOEUF e SCHMID, 2006).

As mulheres com *G. vaginalis* apresentam duas vezes mais infecção pelo HIV, se comparadas com aquelas que tenham a microbiota vaginal quantitativa e qualitativamente normal. (MOHERDAUI, 2005). A vaginose bacteriana pode causar complicações na gravidez, tais como corionamnionite e parto prematuro (NAI *et al*, 2007).

Além dos sintomas desagradáveis e repercussões na sexualidade, esta patologia relaciona-se às infecções do trato genital superior e pós-cirúrgicas e complicações no ciclo gravídico puerperal (COSTA, 2006).

Na gestação as grávidas sintomáticas devem ser tratadas e àquelas com história de partos prematuros, recomenda-se serem minuciosamente examinadas, para detecção de infecção assintomática (OMS, 2005).

Gonçalves *et al* (2007) afirmam que aproximadamente metade dos nascimentos prematuros está associada a processos infecciosos em ambiente intra-uterino, onde poderá desenvolver a cascata inflamatória materna e fetal, induzindo à contração. Partos pré-termos, especialmente antes das 32 semanas de gestação, parecem associar-se a vaginose bacteriana e outras infecções do trato genital, mesmo que sejam assintomáticas.

Além do parto prematuro, esta vaginose propicia o nascimento de recém-nascidos de baixo peso, podendo infectar o útero, as trompas de falópio e provocar Doenças Inflamatórias Pélvicas (BRASIL, 2008a). Favorece a formação de abscessos ovarianos, sepses ginecológicas, sangramento vaginal anormal, endometrites pós-cesárias, infertilidade (HERNANDEZ *et al*, 2007).

A OMS estabelece que apesar dos esforços de prevenção, os partos prematuros, com menos de 37 semanas, ainda ocorrem e continuam sendo uma grande problemática não solucionada. Os prematuros apresentam deficiências imunológicas próprias, devido à passagem de anticorpos maternos que geralmente se dá após as 36 semanas de gestação. A capacidade de absorção e de fagocitose é pequena no período neonatal. Apesar de existirem muitas causas não infecciosas de parto prematuro, sempre deve ser considerada a etiologia bacteriana (PINHEIRO *et al*, 2007).

2.5 Abordagem terapêutica da *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis*

Com o advento da AIDS, pesquisas sobre a terapêutica medicamentosa tiveram que ser ampliadas devido o aparecimento de duas importantes problemáticas: mulheres infectadas por algumas vulvovaginites predispõem a penetração do vírus HIV no organismo e a resistência a medicamentos usuais já existentes.

O surgimento do HIV e a difusão da AIDS tiveram um enorme impacto no tratamento e controle das DST. Ao mesmo tempo, aumentou a resistência de vários patógenos sexualmente transmissíveis, agravando os problemas terapêuticos (OMS, 2005). A Internet surgiu também com proposta de oferecer instrução e informação aos usuários, porém alguns desvirtuaram seu uso, empregando-a para aquisição de novos parceiros sexuais. O aparecimento dos medicamentos para tornar a ereção mais prolongada, sem uso do preservativo, tornaram o ato sexual uma atividade de alto risco e banalizada, propagando novos microorganismos para

população. Estas atitudes errôneas identificam a não adesão às campanhas da prática do sexo seguro.

As DST para o Ministério da Saúde estão entre os problemas de saúde pública mais comum do mundo. Após o início da epidemia da AIDS, as DST readquiriram importância no seu diagnóstico e tratamento, visto que é o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV (BRASIL, 2004a).

Para a seleção medicamentosa devem-se seguir alguns critérios, tais como: alta eficácia (pelo menos 95%); baixo custo; toxicidade e tolerância aceitáveis; resistência aos microorganismos; dose única; administração oral; sem contra-indicações para mulheres grávidas ou nutrizes (OMS, 2005).

Foi estabelecida pela OMS em 1991 a abordagem sindrômica das DST, a cuja prática o Ministério da Saúde também aderiu. Na atualidade os profissionais, enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família utilizam esta abordagem no tratamento das DST ou demais afecções do aparelho genital humano, como é o caso da vaginose bacteriana, causada pela *Gardnerella vaginalis*.

A abordagem sindrômica constitui-se de um grupo de sintomas e sinais que o usuário identifica ter no momento da consulta. A mesma classifica os agentes etiológicos, segundo a síndrome clínica, utiliza fluxogramas que ajuda o profissional a identificar a causa da síndrome, inclui o tratamento do parceiro, aconselha sobre os riscos da não adesão ao tratamento, orienta sobre o uso do preservativo e oferece sorologia para sífilis, HIV e hepatites. O Ministério da Saúde (2006b) e a OMS classificaram as síndromes segundo as sintomatologias:

- a) Síndrome do corrimento vaginal: tricomoníase, vaginose bacteriana, candidíase, cervicite, infecção por Clamídia;
- b) Síndrome do corrimento uretral: gonorréia, *Trichomonas vaginalis*, infecção por Clamídia, Micoplasma, Ureoplasma;
- c) Síndrome da úlcera genital: sífilis, cancro mole, herpes genital, donovanose;
- d) Desconforto ou dor pélvica na mulher: gonorréia, infecção por Clamídia e germes anaeróbicos.

A OMS (2005) estabelece para o tratamento das infecções vaginais em não gestantes o metronidazol ou tinidazol 2g/via oral/ dose única. Referindo cura de 82 a 88% das mulheres infectadas, mas chegando 95% se o parceiro for tratado. Nas infecções uretrais indica o metronidazol 400mg ou 500mg/via oral/2 vezes ao dia por 7 dias ou tinidazol 500mg/via oral/ duas vezes ao dia por 5 dias. Nas infecções neonatais recomenda o metronidazol 5mg/kg/via oral/3vezes ao dia por 5 dias.

O uso do metronidazol não é recomendado pela OMS (2005) no primeiro trimestre gestacional, podendo ser usado no segundo e terceiro trimestre por via oral e em creme vaginal ou também a clidamicina.

O Ministério da Saúde acrescenta três opções medicamentosas diferenciadas da OMS para o tratamento da tricomoníase e da vaginose bacteriana (BRASIL, 2006b).

Na 1ª opção para tricomoníase é metronidazol 2g/via oral/dose única; tricomoníase e vaginose bacteriana o metronidazol 400-500mg/12 em 12 horas por 7 dias. Na 2.ª opção para tricomoníase, o secnidazol ou tinidazol 2g/via oral/dose única. Na vaginose bacteriana o metronidazol 2g/via oral/dose única ou metronidazol gel a 0,75%/2 vezes ao dia/ por 5 dias ou clindamicina 300mg/via oral/12 em 12 horas por 7 dias, ou clindamicina creme 2% usar à noite por 7 dias. Na 3.ª opção para tricomoníase, o metronidazol 400mg/via oral/12 em 12 horas por 7 dias, ou metronidazol 250mg/via oral/ 3 vezes ao dia por 7 dias, ou metronidazol 2g/via oral/dose única. Na vaginose bacteriana o metronidazol 250mg 3 vezes ao dia durante 7 dias ou clindamicina 300mg/via oral/12 em 12 horas/por 7 dias (BRASIL, 2006b).

Na cesta básica medicamentosa na Estratégia Saúde da Família para o tratamento da tricomoníase e da *G. vaginalis* é oferecido o secnidazol e o metronidazol oral e gel vaginal. Porém, alguns autores alertam para a resistência dos patógenos causadores destas enfermidades ao metronidazol.

Há inúmeros relatos de resistência ao metronidazol, droga indicada para o tratamento da *T. vaginalis* humana, apontando para a necessidade eminente de identificação de proteínas ou enzimas cruciais para a sobrevivência do parasito que possam ser investigadas como alvos seletivos para novos fármacos (LEVY, 2008). Já Maciel *et al* (2004) discutem sobre o

metronidazol: droga descoberta em 1954, quando utilizada em altas doses, induz a tumores pulmonares em animais, e que se deve pesquisar medicamentos, desde que não sejam nitroazóis, e enfatizar educação em saúde e programas de prevenção.

O tinidazol e a clindamicina, ambos de uso orientado pela OMS, não são oferecidos às unidades básicas de saúde. O profissional do Programa de Saúde da Família (PSF) muitas vezes na prática associa o secnidazol ao metronidazol creme, pois as próprias usuárias excluem o tratamento com o metronidazol oral por saberem que deixa um gosto metálico no paladar.

Durante os laudos dos exames preventivos ou na consulta utilizando a abordagem sindrômica das DST, além da sorologia para a sífilis, hepatite, HIV como é recomendado, o profissional pode oferecer também à usuária os demais exames de sangue, urina, oftalmológico e investigar também acerca da situação vacinal da mesma. Representa ainda excelente oportunidade, para dispensar uma visão mais ampliada à saúde daquela mulher, que diante das suas atividades laborativas diárias, dispensa mais atenção aos filhos, do que a si mesma.

Conceitua-se a abordagem sindrômica como um bom recurso para tratamento imediato, antes mesmo da confirmação de exames laboratoriais, podendo ser realizada em unidades de saúde dos países mais longínquos, com recursos e insumos mínimos. Daí a importância da capacitação contínua do profissional para realizá-la com qualidade e segurança.

2.6 Atípicas Celulares e Neoplasias Uterinas

Dividido em duas partes, o corpo e o colo, o útero é caracterizado como órgão reprodutor feminino. O Ministério da Saúde especifica que o colo corresponde ao terço inferior do útero da mulher em idade adulta, tendo aspecto cilíndrico composto por dois epitélios, o escamoso, onde se localiza a ectocérvice e o glandular que fica na endocérvice (BRASIL, 2009d).

A endocérvice é revestida por uma camada única de células cilíndricas que produz muco (epitélio colunar simples). A ectocérvice é revestida por várias camadas de células planas, o epitélio escamoso e estratificado. Entre estes dois epitélios encontra-se a junção

escamocolunar (JEC), que é uma linha que pode estar tanto na ecto ou endocérvice, dependendo de como está à situação hormonal feminina. O epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido e como forma de adaptação, originou-se novas células, as escamosas, dando origem a novo epitélio, chamado zona de transformação (BRASIL, 2006a).

O Instituto do Câncer dos EUA, em Bethesda (1988), desenvolveu um sistema com função de descrever os esfregaços do Exame de Papanicolau, onde ficou conhecido como Sistema de Bethesda que promoveu uma interpretação citológica clara e relevante clinicamente.

No exame preventivo, os epitélios a serem examinados na amostra são escamoso, glandular e metaplásico. O diagnóstico descritivo da coleta é dito dentro da normalidade, com alterações celulares benignas, com atipias celulares e outras lesões malignas.

O Sistema Bethesda (1988) chamou então as atipias celulares de alterações citológicas que não se enquadram entre as neoplasias intra-epiteliais de ASCUS e AGUS. As ASCUS (atipias de células escamosas de significância indeterminada) se caracterizam por indicar células escamosas com anormalidades, mas que não preenchem os critérios vistos em condições inflamatórias reativas, pré-neoplásicas ou neoplásicas. E AGUS (atipias de células glandulares de significância indeterminada) incluem as células com diferenciação glandular que apresentam atipias que excediam as alterações celulares reativas e reparativas cervicais mas que faltavam características do adenocarcinoma invasivo.

As ASCUS não são consideradas representantes das neoplasias intra-epiteliais, Campaner *et al* (2007a) referem que sua incidência na citologia oncótica é 10 vezes maior que as AGUS.

É conhecida a associação entre a presença de atipias de células glandulares endocervicais no esfregaço citológico com alta porcentagem de lesões neoplásicas e pré-neoplásicas. (PIRES *et al*, 1999; VERDIANI *et al*, 2003).

No ano de 2001, o Sistema de Bethesda sofreu modificação, onde as já estabelecidas ASCUS tiveram subdivisão: em atipias celulares escamosas de significado indeterminado (ASC-US), sugerindo lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau e ASC-H (atipias celulares quando não se afasta lesão de alto grau). Ficando a citopatologia de 2001 de Bethesda assim estabelecida para as alterações das células escamosas:

1. Células escamosas atípicas (ASC)

- a) células escamosas atípicas de significado indeterminado ou ASC-US;
- b) células escamosas atípicas quando não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H);
- c) lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (as LSIL)-Abrangendo HPV/NIC I; displasia leve).

O NIC I para o Ministério da Saúde é quando ocorre a desordenação das camadas mais basais do epitélio estratificado do colo do útero, cuja anormalidade do epitélio em 1/3 proximal da membrana basal (BRASIL, 2009a).

- d) lesão intra-epitelial escamosa de alto grau (HDL)-Abrangendo a Neoplasia intra-epitelial II e III; displasia moderada)

O NIC II e III para o Ministério da Saúde é quando há desordenação celular de todas as camadas do colo do útero, avançando a 2/3 proximais da membrana basal, porém sem rompê-la. Todas as NIC têm que ser tratadas, pois são consideradas lesões significativas do colo uterino, podendo evoluir para um processo invasor (BRASIL, 2009a).

- e) carcinoma de células escamosas.

2. Alterações de células glandulares:

- a) atipia de células glandulares (AGUS)

b) adenocarcinoma *in situ*: neoplasia onde se estabeleceu desorganização celular em toda a totalidade da espessura do epitélio do colo uterino, porém sem ultrapassá-lo. É considerado primeiro estágio do câncer do colo (SMELTZER e BARE, 2009).

- c) adenocarcinoma invasor

Para o Ministério da Saúde o adenocarcinoma invasor é quando a desorganização celular é intensa e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio (BRASIL, 2006a).

Outras lesões malignas:

a) adenocarcinoma endometrial: neoplasia que atingiu o endométrio uterino (corpo ou fundo) (SMELTZER e BARE, 2009).

- b) Linfoma maligno.

O Sistema de Bethesda provocou uma série de interpretações discrepantes quanto à magnitude dos riscos das lesões pré-malignas e malignas, gerando entre os profissionais dificuldades na avaliação dos laudos (MACHADO JÚNIOR e DALMASO, 2008). Por essa

razão vários programas de controle de qualidade na prevenção do câncer de colo uterino foram criados no mundo para garantir controle de qualidade e credibilidade aos preventivos (BUENO, 2008).

Mas em 2003 veio a própria Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais onde inovou, incluiu, separou, excluiu uma série de condutas já estabelecidas no Sistema de Bethesda, oferecendo condutas clínicas preconizadas, e com recomendações que garantam qualidade e uniformização dos exames citopatológicos. Esta nomenclatura foi construída com profissionais renomados da área.

Pela nomenclatura brasileira (2003) o diagnóstico descritivo da amostra citológica ficou: dentro dos limites da normalidade; alterações celulares benignas; atipias celulares (BRASIL, 2003c).

As atipias celulares compreendem as atípicas de significado indeterminado, sendo divididas em três:

- 1) escamosas: possivelmente não neoplásicas e onde não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau;
- 2) glandulares: possivelmente não neoplásicas e onde não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau;
- 3) de origem indefinida: possivelmente não neoplásicas sem afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

Esta nomenclatura categorizou todas as atipias de significado indeterminado, pretendendo-se enfatizar ao achado de lesões de natureza neoplásica, baixo risco de diagnóstico dúbio. Excluiu também os acrônimos (ASCUS e AGUS), dando sempre o diagnóstico por extenso.

Excluiu o termo neoplasia e estabeleceu dois níveis de lesão (baixo e alto graus), separou as lesões com potencial morfológico de progressão para neoplasias das mais relacionadas com efeito citopatológico viral, de potencial regressivo ou persistência.

Nas células escamosas podem ocorrer:

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC I).
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo NIC II e III).

- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão.
- Carcinoma epidermóide invasor.

Nas células glandulares podem ocorrer:

- Adenocarcinoma “in situ”;
- Adenocarcinoma invasor: cervical, endometrial e sem outras especificações;
- Outras neoplasias malignas;

-Presença de células endometriais (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual).A nomenclatura brasileira foi atualizada em 2006 e esta recomenda com bastante veemência que se evite o uso de outras nomenclaturas e classificações, perpetrando assim, termos arcaicos e já abolidos (BRASIL, 2006c).

Para Pessini e Silveira (2006), os fatores de risco ligados às neoplasias do colo do útero são:

Epidemiológicos: precocidade de relações sexuais; múltiplos parceiros; gravidez precoce; multiparidade; parceiro de alto risco; DST e baixo nível sócio-econômico.

Co-fatores: imunidade, anticoncepcionais orais, tabagismo, radiação prévia e deficiência de vitamina A, C e E;

Relações virais: Herpes simples tipo II (HSV – II) e o HPV.

O INCA (Instituto Nacional do Câncer) já acrescenta além destes fatores de risco citados, a higiene inadequada; e discorre que o risco de tabagismo está diretamente ligado ao número de cigarros fumados/dia e quanto maior o tempo de uso dos anticoncepcionais orais, maior o risco (BRASIL, 2009a).

A Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais cita outros fatores de risco: baixo índice de desenvolvimento humano; ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e diagnóstico tardio da doença (BRASIL, 2006c).

Acrescenta-se a todos estes fatores de risco já citados, a desinformação sobre a saúde e não acessibilidade aos serviços, princípios básicos do SUS, já estabelecidos pela Constituição desde 1988 (BRASIL, 2003b).

A faixa etária de maior incidência de câncer de colo de útero para o INCA é 40 a 60 anos de idade e apenas uma pequena percentagem entre menores de 30 anos (BRASIL, 2009a).

As manifestações clínicas do câncer são quase imperceptíveis, para o Ministério da Saúde, pois é uma enfermidade de crescimento lento e silencioso. Na fase sem sintomas ou pré-clínica, ocorrem as transformações intra-epitéllicas progressivas e, importantes, cuja detecção dessas lesões se dá pelo preventivo, caso não realizado, poderá atingir o estágio invasor, que dura entre 10 a 20 anos (BRASIL, 2006a).

Na fase sintomática, a mulher tem secreção e sangramento irregular após as relações sexuais. A secreção vaginal no câncer cervical aumenta gradualmente, tornando-se aquosa, finalmente escurecida e de odor fétido pela necrose e infecção do tumor. As dores são intensas, reduzidas mediante grande quantidade de analgésicos potentes (SMELTZER e BARE, 2009).

O Ministério da Saúde (2006c) aconselha a conduta clínica para alterações pré-malignas ou malignas no exame citopatológico:

a) Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas: Repete-se a citologia em 6 meses na unidade básica de saúde. Caso dois exames semestrais forem negativos, a usuária deve retornar à rotina do rastreamento citológico. Se caso a atipia da célula escamosa for maior ou igual, a usuária é referida à unidade secundária de média complexidade para colposcopia imediata.

Na atualidade, as atipias escamosas de significado indeterminado representam a atipia citológica mais comumente descrita nos laudos citopatológicos do colo do útero, variando de 3.5 a 5% do total de exames feitos.

Essas atipias escamosas atípicas de significados indeterminados possivelmente não neoplásicos, era o ASCUS de Bethesda, mas também não se pode afastar lesão de alto grau (AGU-Bethesda).

b) As atipias celulares de significado indeterminado quando não podem afastar lesão intra-epitelial de alto grau a conduta é encaminhar para unidade secundária de média

complexidade para colposcopia e acompanhamento. Cerca de 5 a 7% das mulheres portadoras destas atípias tem diagnóstico de neoplasia intra-epitelial II e III e 0,1% a 0,2% de carcinoma invasor ao realizar a histopatologia, demonstrando baixo risco de lesões avançadas.

c) As células glandulares atípicas de significado indeterminado, tanto para as possivelmente não neoplásicas quanto as que não se exclui lesão intra-epitelial de alto grau encaminha-se para unidade secundária de média complexidade para colposcopia imediata e acompanhamento. As usuárias com este tipo de atípias apresentam em 9% a 54% dos casos de NIC II e III, 0% a 8% adenocarcinoma *in situ* e 1% a 9% adenocarcinoma invasor na histologia.

d) As células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas, não se pode afastar lesão de alto grau: encaminhar para unidade secundária de média complexidade para colposcopia imediata e acompanhamento.

e) As lesões intra-epitelial de baixo grau têm a seguinte conduta: repete-se a citologia em 6 meses na unidade básica de saúde. Caso dois exames semestrais forem negativos, a usuária deve retornar à rotina do rastreamento citológico. Se a citologia de repetição for positiva, com qualquer atípia celular, a usuária é referida à unidade secundária de média complexidade para colposcopia imediata.

A citologia da lesão intra-epitelial de baixo grau é mais reprodutível do que a de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas, e apresenta 15 a 30% de chance de biópsia compatível ao NIC II e NIC III.

f) A conduta na lesão intra-epitelial de alto grau, adenocarcinoma *in situ* invasor, lesão de alto grau não podendo excluir micro invasão ou carcinoma epidermóide invasor é toda realizada nas Unidades Secundárias de Média Complexidade onde se encaminha para colposcopia imediata e acompanhamento.

Estudos demonstram, segundo o Ministério da Saúde, que, na ausência de tratamento, o tempo médio entre a detecção de HPV, NIC I e o desenvolvimento de NIC II é 38 meses; e para NIC III é 12 meses, e carcinoma *in situ* é de 58 meses. Geralmente as lesões de baixo grau regridirá espontaneamente, mas 40% das lesões de alto grau, caso não tratadas, evoluirão para câncer invasor em aproximadamente 10 anos (BRASIL, 2006a).

As estimativas mais atuais para o Ministério da Saúde apontam que o câncer de colo de útero terá a menor incidência do país em 2008, cerca de 18.680 casos novos. Na região Nordeste e Sudeste serão 18 casos novos por 100.000 mulheres; no Centro-Oeste serão 19 casos novos por 100.000 mulheres; no Norte 22 casos novos por 100.000 mulheres; no Sul 24 casos novos por 100.000 mulheres. Os estados de maior incidência são Rio Grande do Sul, Tocantins e Amazonas (BRASIL, 2009a).

A estimativa do Ministério da Saúde é que o câncer de mama supere o ginecológico. No Brasil, em 2008, o câncer de mama terá aproximadamente 49.400 casos novos e de colo de útero 27.680 casos novos. No Nordeste o câncer de mama 7.630 casos novos e o de útero 4.720 casos novos. E no Ceará o de mama é de 1.540 casos e o de útero 770 casos novos (BRASIL, 2009 a).

Por isso a importância que ao realizar o exame de Papanicolau, um exame clínico completo seja feito, dando especial destaque ao auto-exame de mama, como local onde atualmente encontra-se os maiores números de câncer notificados no território brasileiro, segundo as estimativas oficiais.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o resultado de exames citopatológicos para fins preventivos realizados em mulheres em uma Unidade Básica de Saúde da periferia de Fortaleza no ano de 2007.

3.2 Específicos

Caracterizar frente à faixa etária a ocorrência de afecções ginecológicas detectadas no citopatológico.

Verificar a ocorrência de afecções ginecológicas a partir dos exames citopatológico de colo uterino colhidos no ano de 2007 por usuárias da UBASF.

Identificar a efetividade dos laudos de exames preventivos a partir do tempo transcorrido entre coleta e resultados.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa documental e descritiva, que visou avaliar os resultados dos exames em usuárias de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) do Município de Fortaleza. Os dados foram coletados no livro de registro de resultados de exames de citologia cervical da unidade de saúde.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na UBASF Terezinha Parente, localizado em Fortaleza-CE, local onde a pesquisadora exerce suas atividades laborais desde agosto de 2006. A UBASF está situada na Rua Nelson Coelho, n.º 209, no Bairro Curió, Regional VI (SER VI). É uma organização pública da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), que presta serviços de saúde do tipo ambulatorial e domiciliar e se inclui no nível de atenção básica de saúde do SUS. Estão integradas nesta UBASF cinco equipes, compostas por agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, dentistas, enfermeiros e médicos e a área possui 5.600 famílias cadastradas.

As cinco áreas foram divididas por cores para melhor identificação dos profissionais pertencentes a elas e localização das ruas aos usuários. As cores usadas para defini-las foram: azul, rosa, laranja, verde, amarela e lilás. As áreas azul, rosa, laranja localizam-se no bairro São Miguel, são as mais afastadas da unidade de saúde, e as duas últimas destinam-se a residência médica. De condições sanitárias e sócio-econômicas desfavoráveis, são consideradas áreas de risco pela violência imposta pelo tráfico de drogas ilícitas. As áreas verde, amarela e lilás são micro-áreas pertencentes ao bairro Curió, nas proximidades da unidade de saúde. Neste bairro as moradias, condições sanitárias, econômicas e educacionais são mais estruturadas. A vegetação predominante é de mata atlântica, há no local uma área de proteção ambiental denominada Floresta do Curió.

4.3 População Alvo

O universo do estudo foi composto por todos os exames de prevenção (Papanicolau) realizados na UBASF enquanto que a amostra em estudo foi constituída por todas as mulheres que realizaram o preventivo de câncer de colo uterino no ano de 2007 na UBASF Terezinha

Parente. O total de exames preventivos realizados pela técnica de Papanicolau no ano de 2007 foi de 1209; destes, 1 laudo não se aplicam ao exame de Papanicolau, 3 preventivos foram considerados insatisfatórios para a análise, de 6 exames não vieram resultados e 1199 foram analisados. Estes foram divididos de acordo com área de residência da usuária, a idade das usuárias divididas em grupos de 10 anos, o diagnóstico dado segundo o Sistema de Bethesda (1988), efetividade do serviço caracterizado pelo tempo decorrido entre a data da coleta e o recebimento do laudo. Os critérios de exclusão foram: laudos que não se aplicaram ao exame de Papanicolau, os preventivos considerados insatisfatórios para a análise ou não vieram seus resultados.

4.4 Coleta de dados

Os dados referentes às variáveis estudadas foram coletados no livro de laudos de exames citopatológicos pertencentes à UBASF, que permanece na sala de prevenção de câncer ginecológico. Nele constam o nome, idade, endereço, área de abrangência das equipes de saúde, data da coleta e do recebimento do laudo do exame citopatológico, bem como o resultado do mesmo. Foram avaliados os dados referentes aos exames realizados no ano de 2007.

Estes exames citopatológicos foram originalmente realizados pelas equipes de saúde de família como parte das suas atribuições de rotina, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. A coleta do exame foi na unidade de saúde, em uma sala específica para este fim, a partir de demanda espontânea das usuárias, sendo enviados posteriormente para processamento a um laboratório particular com o qual a Prefeitura de Fortaleza tem convênio.

Em seguida os dados foram distribuídos segundo a área de residência da usuária e/ou sua faixa etária. A faixa etária foi dividida em subfaixas de 10 anos para melhor visualização dos grupos.

Os diagnósticos citopatológicos foram dados segundo o Sistema de Bethesda de 1988 e a Nomenclatura Brasileiras de Laudos Citopatológicos Cervicais de 2006, cuja classificação da microbiota vaginal incluem os microorganismos do Grupo I: lactobacilos, cocos, bacilos, cândida sp e *Gardnerella vaginalis* (GIII). Estes dois últimos em situação de proliferação em níveis acima do fisiológico são considerados patogênicos. Os Grupos II e IV incluem as DST: *Trichomonas vaginalis* e HPV. Os elementos dos Grupos V e VI representam as alterações citopatológicas: atipias e neoplasias intra-uterinas.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram confeccionados em um banco de dados elaborado com o programa *Excel* (Microsoft) e na análise dos dados foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 15.0), para análise univariada das variáveis, idade e mês de diagnóstico.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – UNIFOR respeitando os termos da Portaria 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A coleta de dados foi realizada após parecer favorável do Comitê de Ética, com a autorização da direção da unidade e assinatura do Termo de Fiel Depositária pela autora.

A pesquisa não envolve qualquer procedimento invasivo, nem contato direto com as participantes, uma vez que as variáveis estudadas foram coletadas do livro de registro de exames da unidade de saúde. Os nomes das participantes não apareceram em publicações nem foi acessível a terceiros. A privacidade e o sigilo das informações coletadas foram rigorosamente respeitados, sendo os dados somente utilizados para fins deste estudo.

O conhecimento da frequência destas enfermidades nesta área de trabalho e as faixas etárias mais associadas a estas infecções, proporcionará aos gestores e profissionais da saúde avaliar suas ações e as políticas de saúde voltadas à mulher e assim realizarem estratégias para evitá-las.

5 RESULTADOS

O total de exames preventivos realizados pela técnica de Papanicolau no ano de 2007 foi de 1209; destes, 1 laudo não se aplicou ao exame de Papanicolau, 3 preventivos foram considerados insatisfatórios para a análise, de 6 exames não vieram resultados e 1199 foram analisados. Estes foram divididos de acordo com área de residência da usuária, a idade das usuárias divididas em grupos de 10 anos, o diagnóstico dado segundo o Sistema de Bethesda (1988), efetividade do serviço caracterizado pelo tempo decorrido entre a data da coleta e o recebimento do laudo.

5.1 Exames efetivamente estudados

Em análise da tabela 1, se verifica que o maior número de usuárias que realizaram o Papanicolau são provenientes da área azul (333; 27,6%), enquanto o menor número provem da área laranja (90; 7,4%). Sendo ambas consideradas áreas de risco na Unidade Básica. Acrescente-se este aspecto também para a área rosa, com 161 (13,3%) preventivos realizados.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres que realizaram o exame Papanicolau segundo a residência por área, Fortaleza, 2007.

| Área | Exames realizados | % |
|--------------|-------------------|------------|
| Laranja | 90 | 7,4 |
| Azul | 333 | 27,6 |
| Rosa | 161 | 13,3 |
| Lilás | 142 | 11,7 |
| Amarela | 246 | 20,3 |
| Verde | 237 | 19,6 |
| Geral | 1209 | 100 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

5.2 Idade

Na divisão por décadas, as usuárias estudadas apresentaram-se, conforme a tabela 2, faixa etária de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos com uma representatividade de 29,9% e 26,8%, respectivamente.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres, segundo faixa etária. Fortaleza, 2007.

| Faixa etária (em anos) | n | % |
|-------------------------------|-------------|--------------|
| <20 | 116 | 10,3 |
| 20-29 | 359 | 29,9 |
| 30-39 | 321 | 26,8 |
| 40-49 | 253 | 21,1 |
| >49 | 150 | 12,5 |
| Total | 1199 | 100,0 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

De acordo com a tabela 3, as usuárias foram distribuídas por área segundo a faixa etária. Chamando-se atenção que a idade média de todas as áreas foi semelhante variando de 33,3 a 35,6 anos.

Evidenciou-se que a usuária de menor idade a fazer o exame residia na área lilás com uma idade de 11 anos, a idade média das mulheres a realizar o exame de Papanicolau foi 35 anos e a maior idade a colher o preventivo ocorreu na área verde, com 89 anos.

Tabela 3 - Distribuição por faixa etária de acordo com a área geográfica. Fortaleza, 2007.

| Área | Média de idade | Desvio padrão | Idade máxima | Idade mínima |
|--------------|-----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Laranja | 35,2 | 14,8 | 79 | 13 |
| Azul | 34,9 | 13,4 | 80 | 13 |
| Rosa | 34,5 | 13,9 | 77 | 14 |
| Lilás | 33,3 | 10,3 | 70 | 11 |
| Amarela | 35,6 | 11,3 | 80 | 16 |
| Verde | 34,4 | 13,3 | 89 | 13 |
| Geral | 34,8 | 12,9 | 89 | 11 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

5.3 Laudos citopatológicos

Os resultados foram divididos em categorias de acordo como o Sistema de Bethesda (1988) e a Nomenclatura Brasileiras de Laudos Citopatológicos Cervicais de 2006. No aspecto da microbiologia foi dividido em cinco grupos: (GI) - Microbiota: lactobacilos, cocos; bacilos, cândida sp; (GII) *Trichomonas vaginalis*; (GIII) *Gardnerella vaginalis*. E nos três últimos grupos: (GIV) HPV, (GV) Atípias e (GVI) Neoplasias intra-uterinas. A cândida sp e a *Garnerella vaginalis* são ditos como agentes patológicos quando em situação de super proliferação.

5.3.1 Grupo I - Microbiota

• Lactobacilos

Foram identificados 56 casos de lactobacilos, perfazendo um total de 4,6% de exames positivos. A área de maior representatividade foi a lilás com 10 casos (7,1%) e a de menor foi a laranja com nenhum caso. (conforme tabela 1 – Apêndice A)

• Cocos

As bactérias tipo cocos foram identificadas em 490 preventivos (40,8%). A área com maior representatividade foi a lilás com 71 laudos positivos (50,7%) e a com menor número de laudos foi à amarela com 86 exames positivos (34,9%). A associação entre cocos e bacilos foi identificada na maioria dos exames, cujo total foi 391 (32,6%). Apenas um caso houve associação entre cocos, bacilos e ASCUS; entre cocos e atípias e entre cocos, bacilos e AGUS. Também os cocos apareceram em forma isolada em 55 exames (4,5%). (Apêndice B)

• Bacilos

Os bacilos foram evidenciados em 845 preventivos (70,4%). Os bacilos e os cocos resultaram no maior número de laudos, 391 (32,6%). Na área amarela observaram-se associações diferenciadas em cada exame, uma entre bacilos, cocos e ASCUS e outra entre bacilos, gardnerela e atípias. Na área rosa observaram-se associações também, sendo uma entre bacilos, cocos e AGUS e outra entre bacilos e atípias. E isoladamente os bacilos foram encontrados em 375 preventivos (31,2%). (Apêndice C)

• Cândida SP

A Cândia sp foi evidenciada em 45 usuárias, perfazendo um total de 3,75%. A área de maior representatividade foi a rosa com total de 8 (4,9%) exames positivos, e a menor foi a azul com 9 casos (2,7%). A associação de cocos/bacilos/cândida mais evidentes foi na área rosa com 7 casos (4,3%). E cândida/bacilos com maior expressividade foram nas áreas azul e amarela com respectivamente 6 casos. E apenas um caso de associação cândida e *G. vaginalis* foi evidenciado na área laranja (1,1%). (Apêndice D)

• Microbiota

A microbiota mais evidenciada foi bacilos com 375 exames (31,2%), seguida por cocos e bacilos com 391 resultados (32,6%). A associação de menor representatividade foi a de cândida e gardnerela com apenas um caso (0,1%). A área onde mais encontrou-se este tipo de microbiota foi a lilás, com 136 laudos (97,1%) e a laranja com menor número de resultados identificados 82 (94,2%).

Tabela 4 – Distribuição da microbiota e suas associações nos exames preventivos de acordo com área da coleta. Fortaleza, 2007.

| Área | Azul | verde | lilás | Laranja | amarela | rosa | Total |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Total de exames feitos | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| Lactobacilos | 19 | 14 | 10 | 0 | 10 | 3 | 56 |
| Cocos | 15 | 14 | 8 | 2 | 5 | 11 | 55 |
| Bacilos | 93 | 74 | 37 | 30 | 94 | 47 | 375 |
| cocos e bacilos | 120 | 65 | 57 | 34 | 73 | 42 | 391 |
| bacilos e cândida | 6 | 4 | 2 | 2 | 6 | 1 | 21 |
| cocos, bacilos e cândida | 3 | 5 | 3 | 1 | 4 | 7 | 23 |
| cândida e gardnerela | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Gardnerela | 57 | 47 | 15 | 9 | 45 | 41 | 214 |
| Gardnerela e bacilos | 5 | 2 | 4 | 3 | 0 | 1 | 15 |
| Total | 318 | 225 | 136 | 82 | 237 | 153 | 1151 |
| % por área | 96,5 | 95,3 | 97,1 | 94,2 | 96,3 | 95 | 95,9 |
| % do total | 26,5 | 18,7 | 11,3 | 6,8 | 19,7 | 12,7 | 95,9 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

5.3.2 Grupo II - *Trichomonas vaginalis*

Trichomonas vaginalis foi identificada em 13 mulheres perfazendo um total de 1% dos testes positivos. A área de maior representatividade foi a azul com um total de 5 (1,5%) dos exames positivos e a de menor foi a amarela com um (0,4%) caso. (Apêndice E)

Tabela 5 – Distribuição de *Trichomonas vaginalis* de acordo com a área geográfica de coleta de exame. Fortaleza, 2007.

| Área | azul | verde | Lilás | Laranja | amarela | rosa | Total |
|-----------------|------|-------|-------|---------|---------|------|-------|
| Total de exames | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| Total | 5 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 13 |
| % por área | 1,5 | 1,2 | 1,4 | 1,1 | 0,4 | 0,6 | 1,0 |
| % do total | 0,4 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1,1 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

A *T. vaginalis* esteve presente em uma (0,9%) mulher menor de 20 anos; duas (0,6%) mulheres de 20 a 29 anos portaram esta bactéria; as usuárias de 30 a 39 anos, foram as que na pesquisa apresentaram os maiores números de casos de tricomoníase (6; 1,9%); seguidas das mulheres de 40 a 49 anos (3; 1,1%). E apenas uma (0,7%) usuária de idade acima de 49 apresentou a *T. Vaginalis*.

Tabela 6 - Percentual de mulheres com infecção por *Trichomonas vaginalis*, por faixa etária, em relação à amostra total. Fortaleza, 2007.

| Faixa etária (em anos) | n | % | Total de mulheres |
|------------------------|-----------|------------|-------------------|
| < 20 | 1 | 0,9 | 116 |
| 20-29 | 2 | 0,6 | 359 |
| 30-39 | 6 | 1,9 | 321 |
| 40-49 | 3 | 1,1 | 253 |
| > 49 | 1 | 0,7 | 150 |
| Total | 13 | 1,1 | 1199 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

Os clientes com *T. vaginalis* tinham idade mínima de 18 anos, a média de 35 anos e a máxima de 50 anos.

5.3.3 Grupo III – *Gardnerella vaginalis*

Gardnerella vaginalis foi identificada em 235 mulheres, num percentual de 19,5% dos testes positivos. A área de maior representatividade foi a verde e a rosa com 21,6 % e 26,7 % respectivamente; e a de menor foi a lilás com 13,5%. Ressalta-se a ocorrência de um caso de infecção supra ajuntada de *Gardnerella vaginalis* e *Trichomonas vaginalis* na área verde. (Apêndice F)

Tabela 7 – Distribuição de *Gardnerella vaginalis* de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007.

| Área | azul | verde | lilás | laranja | amarela | rosa | Total |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Total de exames | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| Total | 63 | 51 | 19 | 13 | 46 | 43 | 235 |
| % por área | 19,1 | 21,6 | 13,5 | 14,9 | 18,6 | 26,7 | 19,5 |
| % do total | 5,2 | 4,2 | 1,5 | 1,1 | 3,8 | 3,5 | 19,6 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

A *G. vaginalis* esteve presente nos laudos dos preventivos de câncer de 235 usuárias (19,6%). A faixa etária de maior representatividade foram mulheres entre 20-29 anos com 79 casos (21,9%). Já nas mulheres com idade acima de 49 anos esta bactéria foi identificada em 13 laudos (8,7%) da Unidade de Saúde Básica, sendo esta faixa etária a de menor representatividade. Evidencia-se a presença de 37 laudos entre adolescentes (menores de 20 anos).

Tabela 8 – Percentual de mulheres com infecção por *Gardnerella vaginalis*, por faixa etária, em relação à amostra total. Fortaleza, 2007.

| Faixa etária (em anos) | n | % | Total de mulheres |
|------------------------|------------|-------------|-------------------|
| <20 | 37 | 31,6 | 116 |
| 20-29 | 79 | 21,9 | 359 |
| 30-39 | 62 | 19,3 | 321 |
| 40-49 | 44 | 17,4 | 253 |
| > 49 | 13 | 8,7 | 150 |
| Total | 235 | 19,6 | 1199 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

As portadoras de *G. vaginalis* tinham idade mínima de 13 anos, a média de 31 anos e a máxima de 67 anos.

5.3.4 Grupo IV – HPV

O vírus do HPV foi identificado em 10 usuárias, perfazendo o total de 0,8% dos exames positivos. A área com maior representatividade foi a verde e a rosa com valores sucessivos de 3 (1,3%) e 3 (1,9%). Já nas áreas lilás e laranja em nenhuma usuária foi evidenciada a presença do vírus em seus preventivos de câncer.

Tabela 9 – Distribuição de HPV de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007.

| Área | azul | verde | lilás | laranja | Amarela | rosa | Total |
|----------------------------|------------|------------|----------|----------|-------------|-------------|-------------|
| total de exames feitos | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| NIC I e HPV | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 7 |
| NIC, Bacilos E HPV | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| ASCUS, NIC I E HPV | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 2 | 3 | 0 | 0 | 2 | 3 | 10 |
| Percentual da área | 0,6 | 1,3 | 0 | 0 | 0,8 | 1,9 | 0,8 |
| Percentual do total | 0,2 | 0,3 | 0 | 0 | 0,16 | 0,25 | 0,83 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

O HPV foi evidenciado em 10 laudos dos preventivos, cujo percentual corresponde a 1,1% do total de exames realizados. As faixas etárias de 20-29 e 40-49 anos tiveram os mesmos números de exames positivos, cujo valor foi quatro (0,3%). Já as mulheres menores de 20 anos e de 30-39 anos, também houve um caso de HPV, totalizando 0,1% por faixa etária. E as usuárias com idade acima de 49 anos nenhum caso do vírus foi evidenciado.

Tabela 10 – Percentual de mulheres portadoras de HPV, por faixa etária, em relação à amostra total. Fortaleza, 2007.

| Faixa etária (em anos) | n | % | Total de mulheres |
|------------------------|-----------|------------|-------------------|
| <20 | 1 | 0,1 | 116 |
| 20-29 | 4 | 0,3 | 359 |
| 30-39 | 1 | 0,1 | 321 |
| 40-49 | 4 | 0,3 | 253 |
| >49 | 0 | 0 | 150 |
| Total | 10 | 1,1 | 1199 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

As portadoras de HPV tinham idade mínima de 13 anos, a média de 30 anos e a máxima de 47 anos.

5.3.5 Grupo V - Atipias celulares

As atipias celulares foram diagnosticadas em 23 mulheres (1,9%). Na área amarela a detecção de atipias celulares foi evidenciada nos exames de 7 mulheres (2,8%), sendo esta portanto a de maior número de casos. Observa-se a presença concomitante de *G. vaginalis* com atipias e AGUS. E ASCUS, NIC I e HPV na área amarela. Não sendo encontrado nenhuma associação com *T. vaginalis*.

Tabela 11 – Distribuição de atipias celulares de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007.

| Áreas | Azul | Verde | Lilás | Laranja | Amarela | Rosa | Total |
|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Total de exames feitos | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| Atipias | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| atipias e cocos | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| atipias, cocos e bacilos | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 6 |
| atipias e bacilos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| atipias, bacilos e gardnerela | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| atipias e gardnerela | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| ASCUS | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| ASCUS e bacilos | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| ASCUS, cocos e bacilos | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| ASCUS, NIC I e HPV | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| AGUS e gardnerela | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| AGUS, cocos e bacilos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| TOTAL | 3 | 4 | 3 | 2 | 7 | 4 | 23 |
| Percentual por área | 0,9 | 1,7 | 2,1 | 2,3 | 2,8 | 2,5 | 1,9 |
| Percentual total por área | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,6 | 0,3 | 1,9 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

5.3.6 Grupo VI – Neoplasia Intra-uterina I, II e III

As neoplasias intra-uterina I, II e III foram identificadas em 14 preventivos (1,2%). A área laranja foi a de maior representatividade, com 2 casos (2,3%) e a de menor representatividade a azul, com 2 casos (0,6%). A associação entre NIC I e HPV foi a que apresentou o maior número de casos, totalizando 7 (0,6%) e NIC I, HPV e ASCUS foi

evidenciada em apenas 1 caso (0,1%). Foram evidenciados NIC II e III em uma usuária das áreas lilás e amarela e duas mulheres da área laranja.

Tabela 12 – Distribuição de NIC I, II e III de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007.

| Área | Azul | verde | lilás | laranja | amarela | rosa | total |
|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Total de exames feitos | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| NIC I e HPV | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 7 |
| NIC, bacilos e HPV | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| NIC I, HPV e ASCUS | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| NIC II e NIC III | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 |
| TOTAL | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 14 |
| Percentual da área | 0,6 | 1,3 | 0,7 | 2,3 | 1,2 | 1,9 | 1,2 |
| Percentual do total | 0,2 | 0,3 | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 1,2 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

5.4 Efetividade do serviço

Dos 1.209 exames colhidos na Unidade de Saúde, no ano de 2007, 926 tiveram laudos voltados à UBASF até 30 dias. Os chegados entre 30 e 60 dias foram um total de 278 (23%) e apenas 6 (0,5%) não retornaram à Unidade.

Tabela 13 – Distribuição do retorno dos exames preventivos à Unidade de Saúde após coleta. Fortaleza, 2007.

| área/tempo de chegada | não vieram | 0 a 30 dias | 30 a 60 dias | Total |
|-----------------------|------------|-------------|--------------|-------------|
| AZUL | 1 | 256 | 76 | 333 |
| VERDE | 1 | 199 | 37 | 237 |
| LILÁS | 2 | 116 | 24 | 142 |
| LARANJA | 2 | 46 | 42 | 90 |
| AMARELA | 0 | 189 | 57 | 246 |
| ROSA | 0 | 119 | 42 | 161 |
| TOTAL | 6 | 925 | 278 | 1209 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

As áreas azul e verde foram as mais privilegiadas no retorno dos preventivos até 30 dias da coleta, com valores, respectivamente, 256 (21,2%) e 199 (16,5%).

6 DISCUSSÃO

Quanto a procedência das usuárias que realizaram o preventivo de câncer no ano de 2007, a maioria é da área azul, seguidas das amarelas e verdes. Estas áreas são justamente onde as enfermeiras efetivas da Unidade de Saúde realizam o preventivo, representando 816 (67,5%) dos testes de Papanicolau do ano de 2007.

As demais áreas (rosa, lilás, laranja) por serem da residência médica e pela necessidade de orientação do instrutor ao aluno no momento da prevenção, diminui pelo fator tempo, o número de preventivos/ano.

A faixa etária que realizou maior número de exames de prevenção de câncer foi entre 20 e 29 anos: 359 usuárias. São mulheres jovens, sem risco para gestação, sendo importante que seu aparelho ginecológico mantenha-se saudável, ou seja, sem infecção.

A segunda a realizar mais exames de prevenção de câncer foram as de 30 a 39 anos: 321 usuárias. Apesar de o Ministério da Saúde considerar de risco uma gestação após os 35 anos, neste período de vida, a mulher está em plena capacidade laborativa, e sua função como mantenedora e cuidadora do lar é inquestionável

A idade mínima das mulheres que fizeram o preventivo de câncer no local da pesquisa foi de 11 anos; já Barcelos *et al* (2008) no Espírito Santo foi de 15 anos; Ribeiro *et al* (2007) em Goiás foi menor de 20 anos; Oliveira *et al* (2007b) no LANCEN-CE foi de 12 anos; Oliveira e Soares (2007) no LANCEN-PI até 14 anos e Tavares *et al* (2007) no INCA-RJ de 15 anos. Os autores Santana *et al* (2008) na PB não estabeleceram a idade mínima na sua amostra. Observou-se que a idade mínima predominante nas mulheres que realizaram o preventivo foi de 15 anos e o tipo de exame foi o Papanicolau.

A Secretaria de Saúde Municipal informa às mulheres: desde o início da atividade sexual todas devem fazer anualmente o exame de Papanicolau (FORTALEZA, 2005). Por não considerá-las em idade de risco para câncer, o Ministério da Saúde discorda tanto na idade mínima predominante encontrada na pesquisa como na informação dita pela Secretaria de Saúde local, pois afirma que devem ser rastreadas as mulheres com risco para câncer, de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2006d).

Confirma-se aqui na pesquisa o que já divulgam os meios de comunicação. Os adolescentes iniciam sua vida sexual cada vez mais cedo e são expostos diariamente a vários riscos que refletem negativamente nesta fase da vida, como Ministério da Saúde cita: à gravidez, risco de contrair o HIV, o uso de drogas ilícitas, morte frente à violência (BRASIL, 2007d). Por isso a importância do desenvolvimento de um trabalho de orientação e prevenção de câncer e das DST, planejamento familiar e sexualidade humana entre o meio estudantil, escolar e os profissionais da atenção básica, formando núcleos de apoio, com trocas e parcerias entre ambos, enfatizando o auto-cuidado e a promoção da saúde. Já que a escola é um espaço privilegiado, para o Ministério da Saúde é um local excelente para capacitação dos adolescentes e jovens, porque os agrega e onde passam a maior parte do seu tempo; é local de socialização, formação e informação (BRASIL, 2008b).

Sempre houve por parte do Ministério da Saúde excessiva atenção na prevenção das DST ao público jovem, os folders e cartazes nas unidades de saúde alertavam sobre a importância de aderir a essas atitudes corretas e preventivas. Mas, além deste tipo de abordagem associaram-se outras: nos momentos festivos as informações sobre prevenção das enfermidades do aparelho genital são dadas de forma maciça e nos locais de diversão distribui-se condons de forma intensa. O Boletim Epidemiológico Paulista diz que as palestras e distribuição de preservativos em eventos, mesmo atingindo um grande número de pessoas, funcionam como ações pontuais, pois não promovem a ampliação do acesso aos preservativos. As mudanças não podem ser impostas; as pessoas não mudam o comportamento apenas por receberem determinadas informações e a prevenção das DST/AIDS só pode ocorrer se houver mudanças de hábitos e atitudes (SÃO PAULO, 2005).

A idade média das mulheres que realizaram preventivos na pesquisa foi de 35 anos. No estudo de Barcelos *et al* (2008) no Espírito Santo foi de 30 anos; Oliveira *et al* (2007b) no LACEN-CE foi 32 anos e em Tavares *et al* (2007) no INCA-RJ foi 36 anos. Nas pesquisas de Ribeiro *et al* (2007) em GO; Oliveira e Soares (2007) no PI e Santana *et al* (2008) na PB não forneceram dados para avaliação deste critério. A PNAISM enfatiza que se deve reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina e cobertura de Papanicolau na população de risco de 35 a 49 anos (BRASIL, 2004c). Apenas na Unidade pesquisada e Tavares *et al* (2007) no RJ, as mulheres realmente se encontravam na faixa etária considerada de risco.

A idade máxima no local do estudo foi de 89 anos, dado este considerado incomum porque a maioria das mulheres que buscam o preventivo de câncer são adultas e adolescentes,

com queixas de corrimento e maus odores genitais. A idade máxima na pesquisa de Barcelos *et al* (2008) no Espírito Santo e Oliveira *et al* (2007, b) no LACEN-CE foram 49 anos; Ribeiro *et al* (2007) em Goiás foram maiores de 61 anos; Oliveira e Soares (2007) no LACEN-PI foi de 64 anos; Tavares *et al* (2007) no INCA-RJ foi 74 anos e na pesquisa de Santana *et al* (2008) na PB não estabeleceu idade máxima em seus critérios.

Apenas no local da pesquisa e nos estudos de Ribeiro *et al* (2007) em Goiás; Oliveira e Soares (2007) no LACEN-PI e Tavares *et al* (2007) no INCA-RJ, os preventivos contemplaram as mulheres idosas. A própria PNAISM e o Ministério da Saúde excluem a idosa, não a considerando idade de risco para câncer de colo de útero. O Estatuto do Idoso diz que é a faixa etária que mais cresce no Brasil na atualidade e estabelece como idosa pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. A Política de Saúde do Idoso afirma que se deve promover o acesso dos idosos aos serviços e as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003b). Visualizando esse aumento populacional nessa faixa etária, sendo emergencial resolução que os profissionais tornem-se mais capacitados em atendê-los. O Ministério da Saúde como entidade máxima da saúde deve fornecer gratuitamente cursos e especializações suprimindo qualquer carência na atenção dos profissionais às pessoas da terceira idade.

No cronograma marcado para o atendimento grupal do diabético e hipertenso ou nas demais ações coletivas, procura-se resgatar das mulheres que estão no climatério ou acima dos 60 anos à data do seu último preventivo. Muitas relatam confidencialmente não haver necessidade de fazê-lo porque não têm mais uma vida sexual tão ativa ou por serem viúvas. Orienta-se sobre a importância da realização anual deste exame para todas as mulheres, mesmo as que não tenham mais relação sexual, afirmando-se, que todas têm sua sexualidade, não a perdendo com o tempo, pois é nato do ser humano. A visão errônea está presente sobre a importância do exame preventivo, uma vez que a mulher da terceira idade possui o seu aparelho sexual completo e falece de câncer ginecológico e de mama. Nota-se a real necessidade de uma campanha de âmbito local, estadual e nacional de esclarecimento sobre tal assunto. Somente agora o Ministério da Saúde está confeccionando cartazes para a prevenção das DST nas pessoas idosas, cuja atual temática é: “Camisinha eu uso com prazer!” A foto do cartaz é de uma senhora na terceira idade, sabe-se o porquê desta escolha: a AIDS e as demais enfermidades genitais não deixaram nenhuma faixa etária sem contaminação, inclusive a idosa.

Da avaliação sistemática das pessoas idosas sexualmente ativas para o Ministério da Saúde devem fazer parte as DST/AIDS, pois estudos mostram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. Alterações sexuais ocorridas no avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação. Embora a frequência e a atividade sexual possam mudar no decorrer da vida, as dificuldades de desfrutar o prazer no ato sexual não devem ser consideradas como parte normal do envelhecimento (BRASIL, 2007a).

Na pesquisa dos 1.199 preventivos de câncer no ano de 2007 em 13 mulheres foram evidenciados a presença de *T. vaginalis*. Nos estudos de Santana *et al* (2008) na Paraíba, das 2.579 prevenções, 17 usuárias tinham *T. vaginalis*; Barcelos *et al* (2008) no Espírito Santo, das 299 prevenções, 17 mulheres apresentou-se o *T. vaginalis*; Ribeiro *et al* (2007) em Goiás, dos 7.004 exames, 565 clientes portavam *T. vaginalis*; Oliveira *et al* (2007b) no LACEN-CE, dos 592 preventivos, em 24 foram identificados a presença de *T. vaginalis*; Oliveira e Soares (2007) no LACEN-PI, das 47.358 prevenções realizadas, 1.733 mulheres identificaram o *T. vaginalis* e em Tavares *et al* (2007) no INCA-RJ, dos 500 exames em 22 mulheres evidenciou-se o *T. vaginalis*.

Observa-se que não só no local da pesquisa, mas em todos os artigos o *T. vaginalis* foi bem mais inferior que os demais microorganismos estudados. Apesar dos pesquisadores sinalizarem a resistência farmacológica do uso do metronidazol, outra vertente aposta que este fármaco reduziu a *T. vaginalis*.

Nas últimas décadas observa-se que o número de casos de tricomoníase teve uma diminuição substancial, devido ao uso do metronidazol e a melhora das condições de saúde populacional (ADAD *et al*, 2008). Também a adesão ao preservativo nas relações sexuais inclui-se nesta diminuição, pois com o advento da AIDS houve um maciço uso da mídia enfatizando a sua utilização e o fortalecimento das campanhas sobre o sexo seguro.

A sintomatologia exuberante nas portadoras de *T. vaginalis*, como corrimento vaginal abundante, disúria, ou polaciúria, dor pélvica encontrados somente na mulher e muitas vezes nenhuma no homem, podem gerar conflitos matrimoniais, uma vez que ele tendo a bactéria na uretra retransmite à sua companheira, e somente esta sente os incômodos na genitália. Por isso a importância da orientação do tratamento em conjunto.

Destacamos o *T. vaginalis* com incidência em apenas uma jovem, identificando aí a importância que os meios de comunicação exercem sobre o uso do condom, tão disseminado entre os adolescentes. Apesar da unidade básica em estudo motivar a participação dos adolescentes é mínima no planejamento familiar, as usuárias que mais aderem à ação são, principalmente, as mulheres casadas ou as com vida conjugal estável. Os homens procuram o preservativo diretamente na farmácia da Unidade, não indo em busca de uma consulta ou orientação com o profissional enfermeiro ou médico.

Os jovens perdem uma oportunidade de ter uma visão holística de sua saúde quando não participam do planejamento familiar que não resume-se apenas a entrega do preservativo ou do anticoncepcional. Durante a consulta orienta-se o cliente sobre várias temáticas e caso necessite faz-se tratamento de verminoses, exames oftalmológico, urina e sanguíneos, e através dos laudos avalia-se o nível do colesterol, glicemia, triglicérides, hemograma completo, rastreamento das DST e demais intervenções sobre sua saúde.

A aproximação do jovem e aos Centros de Saúde é uma meta a ser conquistada pelas equipes de saúde. A continuidade destes trabalhos é evidente, justificada no sentido de reorientar conceitos equivocados, para modificar alguns aspectos de planejamento e execução de atividades e os próprios jovens se apropriarem destas experiências e as repassarem aos outros, ao contrário da maioria das propostas que tratam à questão de maneira extremamente estereotipada e centrada no saber biomédico (RANGEL NETO e L'ABBATE, 2007).

A faixa etária de 20 a 29 anos foi apenas 2 casos de *T. vaginalis*. Mas a seguinte de 30 a 39 anos foi a que apresentou o maior número de casos (6). Nas mulheres de 40 a 49 anos foram detectados 3 laudos da bactéria. Observa-se que houve pouca identificação da tricomoníase comparando ao número de preventivos realizados no ano de 2007. Mas sabe-se também que o exame de Papanicolau não é considerado “padrão ouro” para identificação deste protozoário e sim a cultura.

Outras problemáticas identificadas sobre a presença deste microorganismo no ser humano é que em um estudo bibliográfico, duas vertentes de pesquisadores como Silveira *et al* (2000) acreditam que casos crônicos de *T. vaginalis* poderiam propiciar o aparecimento de lesões malignas. Em oposição a essa idéia outros estudiosos acreditam que o tecido uterino lesado favoreça o crescimento do parasita, e que no diagnóstico colpocitológico as alterações celulares causadas por este parasita podem mimetizar lesões pré-malignas.

Nota-se pelo estudo que o *T. vaginalis* teve uma redução na incidência com decorrer da idade e por ser considerada esta última uma DST, justificam-se ações complementares das demais DST como a solicitação do VDRL, anti-HIV, sorologia para hepatite B e C. Além de convocar o tratamento do parceiro, orientar o tratamento à usuária, notificá-la e agendar retorno. Esta enfermidade também altera a citologia oncótica, por isso deve-se repetir o preventivo após três meses.

O profissional da saúde deve estar atento, que nem sempre a queixa de corrimento corresponderá uma infecção do trato genital inferior, uma anamnese efetiva poderá identificar uma infecção cervical causada por clamídia ou gonococos. Também a ardência ou dor pode esconder uma infecção no trato urinário, sendo necessária realização de um sumário de urina para descarte do caso.

Nos 1.199 exames preventivos, 235 laudos foram de *Gardnerella vaginalis*. Nos estudos de Santana *et al* (2008), na Paraíba, nos 257 exames feitos apresentaram 81 casos de *G. vaginalis*; Barcelos *et al* (2008), no Espírito Santo, das 299 prevenções, 64 usuárias apresentaram *G. vaginalis*; Ribeiro *et al* (2007), em Goiás, dos 7.004 exames, 1.412 tiveram diagnóstico de *G. vaginalis*; Oliveira *et al* (2007b), no LACEN-CE dos 592 exames, 116 casos, foi *G. vaginalis*; Oliveira e Soares (2007), no LACEN-PI, das 47.358 prevenções, 2410 mulheres tinham *G. vaginalis*; Tavares *et al* (2007), no INCA-RJ, dos 500 preventivos de câncer em 109 usuárias, detectou-se *G. vaginalis*. Na UBASF pesquisada, apenas em duas mulheres detectou-se *G. vaginalis* e o *T. vaginalis* e em nenhum dos demais estudos presenciou-se esta mesma situação.

No local da pesquisa e nos demais estados comparados a *G. vaginalis* foi à bactéria que mais se evidenciou. Cerri (2008) afirma ser um microorganismo que faz parte normalmente da microbiota normal vaginal e está presente entre 20 a 80% das mulheres sexualmente ativas. E quando ocorre um desequilíbrio na microbiota feminina pelo ato sexual, menstruação, estresse, uso de anticoncepcional, corticóides ou duchas vaginais aumenta a produção dessa bactéria não transmitida pelas relações sexuais, portanto não é uma DST.

Alguns autores discordam desse pensamento afirmando que em recente estudo o aumento do número de parceiros sexuais estava ligado à presença de vaginose bacteriana. Cerca de 90% dos parceiros das mulheres com vaginose bacteriana para o Ministério da Saúde tem colonização uretral por *G. vaginalis* e são assintomáticos (BRASIL, 2009e).

Para o Ministério da Saúde a *G. vaginalis* produz ácidos orgânicos em especial, o acético, necessário para a proliferação dos germes anaeróbicos, do qual faz parte bactéria. Na multiplicação desses microorganismos produz-se aminopeptídios que formarão aminas, dentre elas: a putrescina, a cadaverina e a trimelamina caracterizando mau cheiro vaginal (BRASIL, 2008e).

E na exacerbação da produção bacteriana, identificando os maus odores ginecológicos, a usuária vai à Unidade Básica de Saúde à procura de realizar um preventivo de câncer relatando constrangida que sintomas foram sentidos no ato sexual. Desinformada desconhece que a sintomatologia referida pode ter sido desencadeada pela relação afetiva íntima ou menstruação. E Cerri (2008) e o Ministério da Saúde (2009e) dizem que o profissional deve estar atento, pois a máxima produção deste microorganismo poderá causar complicações significativas à saúde da mulher como infertilidade, salpingite, endometrite, ruptura prematura de membranas.

As mulheres com idades menores de 20 anos apresentaram 37 casos de *G. vaginalis*. Observaram-se os casos de *G. vaginalis* na faixa etária dos adolescentes, mas esta bactéria, típica da microbiota normal genital, sua presença, muitas vezes é assintomática, e quando ocorre à proliferação pode ter causa orgânica, ou pelo uso de medicamentos ou pelo próprio ato sexual que aumenta o pH vaginal. Necessário que se oriente o uso de preservativo de barreira para a manutenção do pH feminino.

Observou-se que a faixa etária de 20-29 anos foi a que mais apresentou *G. vaginalis*, cujo número de casos foi 79. Justamente a idade em que na Unidade apresenta o maior número de gestantes. O Ministério da Saúde orienta a realização dos exames de rotina no pré-natal, mas acrescenta que se deve fazer o preventivo para câncer durante o período gestacional. Outra dificuldade encontrada na prática, pois as usuárias desconhecem que se pode fazer o preventivo em qualquer período da gestação, e o pré-natalista deve estar atento para dar esta orientação, revertendo este preconceito estabelecido entre a clientela. Caso não tratada alguma enfermidade ginecológica a contento exporá não só a grávida, mas também o feto, a sérios problemas de saúde.

As mulheres com idades de 30-39 e 40-49 anos tiveram, respectivamente, 79 e 62 casos de *G. vaginalis*. Já as usuárias com idades acima de 49 anos 13 portaram *G. vaginalis*. Essas idades para o Ministério da Saúde são consideradas de risco para câncer de colo uterino, como

a *G. vaginalis* diminui os lactobacilos virucidas supõe predispor causar esta enfermidade na mulher.

A *Gardnerella vaginalis* diminui os lactobacilos produtores de peroxidase que tem o efeito virucida, tornando a mulher mais suscetível a adquirir o vírus HIV (GIRALDO *et al*, 2007). E a mulher sem esta proteção fisiológica, por algum motivo, tem uma baixa na imunidade, ocorre um aumento na produção dessa bactéria supõe-se que esteja também exposta ao vírus do HPV, transmitido em relações sexuais desprotegidas. Sendo para o Ministério da Saúde um dos vírus principais causadores de câncer de colo de útero (90%), pois transforma as células cervicais em células cancerosas (BRASIL, 2009b).

No ano de 2007 tiveram 10 casos de HPV. Nos estudos de Sebastião *et al* (2004) no Paraná, nos 65.753 exames realizados 33.600 tiveram diagnóstico de HPV; Veiga *et al* (2006) no Rio de Janeiro dos 215 preventivos, 84 tiveram laudos de HPV; Verdiani *et al* (2003) em uma pesquisa na Unicamp-SP com 159 mulheres, 29 apresentaram casos compatíveis ao HPV; Santana *et al* (2008) na Paraíba dos 2.579 exames de Papanicolau, 9 tiveram laudos de HPV e Wanderley *et al* (2000) numa pesquisa com 210 crianças e adolescentes com queixas vulvovaginais, 62 delas tinham vida sexual ativa e foi detectado 6 casos de HPV, e uma além do HPV, tinha sífilis e tricomoníase concomitantemente. Em nenhuma usuária sem praticar relação sexual apresentou o Papilomanovírus.

Na pesquisa uma usuária com idade de 13 anos era portadora do HPV. O Ministério da Saúde alerta para a perda da virgindade de adolescentes antes de 15 anos no Brasil, em 1980 eram 11% das meninas e 33% dos meninos; em 2000, 33% das meninas e 47% dos meninos (BRASIL, 2009b).

A pesquisa mostra redução significativa na idade da primeira relação sexual de 1980 a 2000. E uma vida sexual saudável abaixo dos 15 anos é muito difícil, pela própria imaturidade, falta de prevenção. E por consequência destas atitudes, muitas vezes impensadas, surgem as gestações sem planejamento, a desistência escolar e a falta de perspectiva em alcançar uma melhoria de vida.

A dificuldade dos pais em impor limites aos filhos, à falta de orientação eficiente na escola, à cultura erotizada, a internet dando acesso contínuo a sites proibidos são fortes estímulos a uma vida sexual mais livre e precoce.

A vacina do HPV composta especificamente por um só tipo de vírus não funciona para a mulher que já está contaminada por ele, tornando-se essencial que as pesquisas sejam cada vez mais rápidas, para atingir o público antes de ter iniciado a sua vida sexual.

Na unidade de saúde pesquisada, mas também nos estudos de Wanderley *et al* e Santana *et al*, houve pouca identificação do vírus. Questiona-se: sendo o Exame Papanicolau capaz de conferir apenas 50 a 60% de sensibilidade para o vírus, quantos casos ficaram sub-notificados? E o vírus com grande poder oncogênico ficará oculto no organismo, provocando mudanças na estrutura celular da cérvix, chegando aos NIC e carcinomas do útero.

As idades de 20 a 29 anos e 40 a 49 anos, tiveram o número máximo de portadoras do vírus cujo valor individualmente foi quatro. Essas faixas etárias foram vítimas de propagandas excessivas da indústria do cigarro, como remanescentes mulheres adultas são tabagistas ou quando não o são, são fumantes passivas. O tabagismo para Campaner (2007b) causa efeito deletério sobre o tecido cervical, pela alta concentração de substâncias modificantes do DNA da microbiota genital, aumentando assim o risco a infecções, diminuindo as respostas imunológicas, ocasionando dificuldade no reconhecimento do HPV.

As idades que mais apresentaram afecções ginecológicas nos estudos de Santana *et al* (2008) na PB foi de 15 a 25 anos; Ribeiro *et al* (2007) em GO foi de 21 a 40 anos; Oliveira e Soares (2007) no LACEN-PI foi de 15 a 34 anos; Tavares *et al* (2007) no INCA-RJ foi de 25 a 34 anos e as doenças mais evidenciadas foram *G. vaginalis*, *T. vaginalis* e candidíase vaginal. Observamos que desde a adolescência essas enfermidades estão presentes estendendo-se às mulheres próprias para gestar. Os estudos de Barcelos *et al* (2008) no Espírito Santo e Oliveira *et al* (2007b) no LACEN-CE não estabeleceram idade em seus critérios. Citando apenas as doenças mais prevalentes que em Barcelos *et al* (2008) no ES e Oliveira *et al* (2007b) no CE foram clamídia, gonorréia, *G. vaginalis*, *T. vaginalis*, candidíase vaginal e HPV. Observou-se uma grande diversificação de doenças ginecológicas nestes locais com necessidade de intervenção clínica urgente. Apesar de não usar a idade como amostra, teve um dado que sinaliza que não existe idade mínima para risco de câncer ou demais DST, pois nos estudos de Barcelos *et al* (2008) no ES foi de 15 anos e em Oliveira *et al* (2007b) no LACEN-CE foi 12 anos. Justificando que o preventivo de câncer deve ser feito desde o início da vida sexual.

O maior número de casos de mulheres que tiveram sua citologia alterada foram 15, com laudos apenas de atípias, não especificando qual epitélio de origem, se epitélio escamoso ou glandular. A associação de atípias com *G. vaginalis* esteve presente em 1 usuária das áreas verde e azul. Observa-se que a *T. vaginalis* não teve associação com nenhum tipo de lesões atípicas e neoplásicas. As ASCUS foram evidenciados em 6 usuárias das quatro áreas da pesquisa, sendo associada a microbiota vaginal, ou ao NIC I e HPV e também de forma isolada.

Silveira *et al* (2008) em uma pesquisa com 9.008 mulheres que realizaram o preventivo no Maranhão apresentaram os resultados citológicos alterados com a presença de ASCUS de 144 usuárias (1.60%); Machado Júnior e Dalmaso (2008) em pesquisa em São Paulo onde 115 mulheres fizeram o preventivo em 11 se identificou o ASCUS e Bueno (2008) em Minas Gerais de 105 pacientes que realizaram a citologia oncológica 6 tiveram esse mesmo diagnóstico.

O Ministério da Saúde afirma que as células atípicas escamosas de significado indeterminado, os antigos ASCUS, representam a atipia citológica mais comum descrita nos laudos citopatológicos dos preventivos do colo do útero, variando entre 3,5 a 5% do total dos exames realizados. Tendo sua sensibilidade de 67 a 85% após a repetição do exame de Papanicolau com 6 meses. (BRASIL, 2006a)

Bueno (2008) já difere sobre os procedimentos no segmento de pacientes com diagnóstico de ASCUS, onde o maior objetivo é impedir que a lesão evolua para estágios mais avançados. Dentre estes procedimentos está à citologia oncológica, a colposcopia, a biopsia e o teste de captura híbrida do HPV.

As usuárias da área rosa foram às únicas a apresentar lesões glandulares tipo AGUS, uma de forma isolada, e outra associada a *G. vaginalis*. Sendo todas da área rosa, caracterizada por ser um local de baixo índice de desenvolvimento humano com condições sócio-econômicas deficitárias, tida como micro-área de risco, onde os próprios profissionais são impedidos de realizar atividades na comunidade devido à violência imposta pelo tráfico de drogas ilícitas, todos esses agravantes são fatores de risco para surgimento lesões atípicas e do câncer.

O encontro das atípias glandulares na população não é freqüente. Variando sua incidência de um serviço para outro, na literatura é entre 0,08% e 081% podendo ser

encontrada em maior número em usuárias mais velhas, podendo representar amplo espectro de anormalidade a histopatologia (CAMPANER *et al*, 2007a).

Freitas *et al* (2006) na realização de 54338 preventivos em São Paulo, constataram AGUS em 21 (0,038%) exames; Silveira *et al* (2008), no Maranhão, em 9008 exames citopatológicos, as AGUS foram evidenciadas em 13 (0,14%) exames e Bueno (2008), em Minas Gerais, nos 105 preventivos as AGUS foi evidenciada em 1 usuária (0,1%).

As neoplasias intracervicais foram identificadas em 14 laudos dos preventivos. Nos estudos de Giraldo *et al* (2006) em São Paulo, nos 121 exames pesquisados, 26 preventivos teve diagnóstico de NIC I, 12 de NIC II e 21 de NIC III; Nascimento *et al* (2005) no Rio de Janeiro das 366 prevenções, o NIC I foi identificado em 52, o NIC II em 39 e o NIC III em 16; Bueno (2008) em Minas Gerais dos 62.323 exames, 15 deram laudos de NIC I/HPV e 6 NIC II e III; Silveira *et al* (2007) no Maranhão, dos 9.008 laudos preventivos, 130 foi detectado NIC I/HPV e 31 NIC II e III; Amaral *et al* (2005) em Goiás, dos 537 esfregaços o NIC I/HPV foi identificado em 55 casos, o NIC II/HPV em 31 casos e o NIC III/HPV em 6 casos.

No local da pesquisa em 10 laudos o vírus do HPV esteve associado ao NIC I, como precursor de oncogenicidade. Bueno, Silveira *et al*, e Amaral *et al* em seus trabalhos relataram essa mesma observação. Nos laudos de Amaral *et al* em Goiás os NIC II e III foram associados também ao vírus. E os NIC II e NIC III foram evidenciados em todos os estudos pesquisados.

O vírus do HPV é o fator principal para desenvolvimento de câncer genital, em especial carcinoma. Exames como a histopatologia indicam as lesões precursoras de câncer, mas a hibridização é de fundamental importância para diagnosticar os vírus de alta ou baixa oncogenicidade (CAVALCANTE *et al*, 2005). O Ministério da Saúde afirma que em estudos mundiais o HPV está presente entre 50 a 80% das mulheres sexualmente ativas (BRASIL, 2009b).

Como na atenção básica só fornecem a citologia, os laudos podem estar subestimados ou superestimados quando não ocorre perfeita sintonia entre a citologia e a histopatologia. Machado Júnior e Dalmaso (2008) afirmam que o exame histológico usualmente obtido por biópsia dirigida por colposcopia é tido como “padrão ouro” para diagnósticos das neoplasias intra-uterinas.

Sendo indicação do próprio Ministério da Saúde que ao ocorrer NIC I e HPV trate a usuária, caso tenha alguma alteração ginecológica, tipo DST ou inflamação e se faça uma conduta expectante, repetindo o exame com 6 meses. Sendo citologia imprecisa para a identificação deste tipo de lesão, a mulher ao receber o laudo negativo para neoplasia, sente-se segura e confiante, sabendo que deverá repetir a prevenção somente após um ano. Neste período a neoplasia não identificada, está presente no colo do seu útero, as vezes evoluindo e sem a mulher saber ou sentir nenhuma sintomatologia.

Um ano após a coleta, ela retorna à Unidade para realizar novamente o seu preventivo e vai lutar contra a burocracia do Sistema de Saúde: poucas vagas para a prevenção, o horário oferecido pela unidade de saúde não permite conciliá-lo com suas atividades, falta de insumos ou profissional indisponível no momento. Resta-lhe a espera por oportunidade, pelo tempo do sistema. Mas sua alteração neoplásica não parou, somatizando a estas lesões está o agente causador, o vírus do HPV.

Não só na pesquisa, mas em todos os trabalhos comparados, os resultados de NIC I foram inferiores aos NIC II e III, sendo estes últimos encaminhados para a atenção secundária. Não foi evidenciado na pesquisa nenhum laudo de carcinoma *in situ* e invasor.

Dos 1.199 exames preventivos de câncer realizados no ano de 2007, 1.151 preventivos foram compostos pela microbiota vaginal formada por lactobacilos, cocos, bacilos, *Cândida* sp e *G. vaginalis*. E estas duas últimas microbiotas não mais inclusas entre as DST, segundo o Ministério da Saúde. Mas em condição de hiperprodução prejudicará a saúde feminina.

Restando apenas 47 laudos (3,91%) com alterações citopatológicas merecedoras realmente de investigações e tratamento, pois neles foram identificados as DST (*T. vaginalis* e HPV), atipias celulares e neoplasias intrauterinas.

Por isso que ao detectar alguma alteração ginecológica no momento da consulta, a abordagem sindrômica deve ser usada para minimização desta problemática na sexualidade do casal e nos sintomas incômodos que a cliente apresenta. Carret *et al* (2004) afirmam que a abordagem sindrômica é um tratamento utilizando um conjunto de sinais e sintomas sem a realização de exames complementares, interrompendo a cadeia de transmissibilidade, tornando esta abordagem viável e pouco onerosa. E quando não se obtém sucesso nessa técnica, realizam-se exames mais invasivos.

No momento da realização da abordagem sindrômica pode-se rastrear a data do último preventivo de câncer feito, orientar a cliente que a leitura desse exame torna-se mais fácil e segura sem a presença de vulvovaginites e tratá-la caso necessite.

Apesar do exame de Papanicolau ser um método mais utilizado na atenção básica como exame citológico, sua associação com outros métodos torná-lo-ia mais qualificado e identificaria com maior precisão as lesões cancerígenas e DST, mas isso ainda não o invalida.

Tavares *et al* (2007) e Santana *et al* (2008) afirmam que o exame de Papanicolau verifica detalhes morfológicos, avalia a intensidade das reações inflamatórias e acompanha evoluções de cervicites e em alguns casos identifica o agente causador. E Silva *et al* (2006) acrescentam que a realização periódica deste exame é importante em usuárias de DIU e anticoncepcional oral, além de favorecer o acompanhamento das alterações benignas, inflamações e metaplasias escamosas que predispõe as DST, incluindo o HPV, causador de carcinoma cervical.

A oferta deste exame na Estratégia Saúde da Família deveria ser com maior frequência e intensidade, realizada em horários alternativos como turno noturno ou em finais de semana, contemplando aí, as mulheres trabalhadoras ou as exclusivamente donas-de-casa que envoltas nos afazeres domésticos ou nos cuidados com filhos durante o período semanal não podem ir à unidade de saúde. E essa opção ampliaria o universo de mulheres contempladas com a prevenção de câncer, diminuindo assim o número de clientes com enfermidades no aparelho ginecológico.

A usuária impossibilitada de realizar o preventivo pela própria sistemática do serviço fere os direitos já estabelecidos pelo SUS, que são: universalidade, que prevê acessibilidade à saúde a todos; integralidade, visão integral da saúde; equidade, prioridade de saúde e serviços a todos os segmentos populacionais, especialmente aos mais carentes e direitos à informação, onde o cidadão tem direito de saber tudo sobre sua saúde.

O PSF é uma estratégia importante para alcance de melhores métodos de prevenção e assistência, porque ele possibilita o acesso mais precoce da população à saúde (BARCELOS *et al*, 2008). Sugerindo-se então que sua cobertura seja total no nível local e nacional, e como consequência ter-se-ia uma maior acessibilidade aos serviços básicos de saúde e a melhoria da saúde populacional.

As usuárias que procuram essa assistência com maior frequência são aquelas que não possuem planos de saúde particular e a unidade básica é a única chance de melhoria da sua qualidade de vida. Sendo a mulher parte importante na manutenção do lar e da sociedade em geral, seu bem estar deve ser garantido não só a ela, mas garantir que sua prole e demais familiares não sofram se sua saúde estiver comprometida.

Muitas mulheres não só exercem atividades laborativas fora de casa, mas pela sua situação de mãe/mulher, absorvem também, outras atividades. E pela sua condição de ser fêmea foi excluída pela sociedade durante séculos. Muitas sofrem em silêncio pela violência doméstica; pelo alcoolismo ou uso das drogas ilícitas de companheiros, filhos, sentem-se ameaçadas pelo receio da perda do companheiro, tendo que está bonita e em forma, para ser atraente e desejável; pelo desrespeito na execução de uma mesma atividade exercida por ambos os sexos, seu salário em muitos casos foi o menor. Diante de tantas injustiças, ela mereceu dos órgãos públicos uma Política Pública Nacional à Atenção Integral especialmente para ela, que lhe garante um olhar diferenciado propondo vê-la de forma integrada e ampliada nos diversos níveis do sistema, em todas as fases da vida do ser feminino, oferecendo propostas de promoção, prevenção da saúde em todo território brasileiro (BRASIL, 2004b).

Criar condições favoráveis para que nos grupos de gestantes e os pré-natalistas realizem um trabalho de incentivo à prevenção de câncer junto com as grávidas. E o próprio exame preventivo seja incluído no pré-natal como obrigatório, como os demais já estabelecidos pelo Ministério da Saúde, minimizando as intercorrências que as afecções ginecológicas poderão causar durante a gestação, puerpério e o recém-nascido.

Notou-se que no aumentar da idade das pesquisadas tanto o HPV, *T. vaginalis* como a *G. vaginalis*, diminuíram sua incidência. Mas para que não só este vírus e bactérias estudadas como outras, causadoras de enfermidades ligadas ao aparelho ginecológico sejam evitadas, necessário se faz o uso do condom em todas as relações sexuais. Por isso a importância da participação do casal no planejamento familiar, pois durante ação mostra-se a variedade de anticoncepcionais e presta-se uma visão mais holística sobre a saúde de ambos.

E para que esse serviço seja oferecido de forma qualificada, os métodos contraceptivos devem ser distribuídos continuamente, de forma que o próprio usuário(a) escolha aquele que mais que mais se adequa às suas condições. Juntamente com as campanhas de prevenção das

DST/AIDS e sexo seguro, também devem ser realizadas por todo o ano, e não apenas em datas pontuais, como por exemplo, o carnaval, como é mais vigente na atualidade.

A PNAISM cita em uma de suas ações, que se apoiem a capacitação de profissionais da rede na detecção precoce e no tratamento do câncer uterino e de mama e treinamento especializado para o diagnóstico laboratorial de DST/AIDS, para como conseqüente melhoria no atendimento (BRASIL, 2004b). Salienta-se como necessidade do fornecimento de capacitações pelos órgãos públicos profissionais da atenção básica contemplando os temas pertinentes como: abordagem sindrômica, DST, prevenção de câncer e planejamento familiar (BRASIL, 2004b).

A capacitação profissional sobre os temas: abordagem sindrômica, planejamento familiar, prevenção de câncer, DST, torna-se emergencial. É importante que todos os enfermeiros e médicos da unidade o façam, mas para que o serviço não seja prejudicado, sugere-se que se faça por equipe, estipulando o número de participantes. Assim, o profissional tornar-se-á mais capacitado a oferecer uma atenção mais efetiva ao usuário, e como consequência obterá um trabalho mais expressivo e humanizado na prevenção das afecções genitais humanas.

Nas unidades básicas, ao surgir algum curso, duas problemáticas aparecem: somente alguns profissionais os fazem pelo número de vagas por unidade ser limitado; e o próprio serviço não pode parar, caso muitos profissionais se ausentem. O ideal é fazer capacitações num sistema de rodízio privilegiando a todos os profissionais e a clientela continua obtendo seu atendimento.

Tornando os profissionais mais capacitados, obtêm-se uma visão ampliada e holística sobre várias temáticas da saúde e por consequência presta-se uma atenção qualificada, exercendo um trabalho efetivo no combate às enfermidades do aparelho genital humano, livre de imperícia e imprudência.

Quanto ao tempo de chegada dos 1210 preventivos à Unidade, 926 laudos não ultrapassaram os 30 dias, 278 exames estenderam-se até os 2 meses. O laboratório contratado pela prefeitura realmente está ágil e rápido na liberação dos resultados.

Mas na prática inúmeras mulheres não buscam o laudo da prevenção, mesmo com seus nomes fixados nos corredores da Unidade por equipe; e os agentes de saúde informando-as

em suas residências da chegada da prevenção. Aqueles resultados mais preocupantes, o setor de epidemiologia da Unidade convoca a mulher e realiza a conduta necessária. Mas é importante no momento da prevenção o profissional orientar sobre a importância do exame e do recebimento. E na unidade e nos grupos da área faça-se contínua sensibilização para que tal fato não ocorra.

CONCLUSÃO

A faixa etária de usuárias da UBASF investigada encontra-se dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, entre 20-29 anos e 30-39 anos. E que a faixa etária que mais se evidenciou *Gardnerella vaginalis* e HPV foi de 20-29 anos. E *Trichomonas vaginalis* foi de 30-39 anos;

O estudo realizado evidenciou que nos exames predominaram a microbiota composta por cocos, bacilos, lactobacilos, cândida e *Gardnerella vaginalis*; e as DST evidenciadas foram *Trichomonas vaginalis* e HPV.

Evidenciou-se a presença de atipias celulares mais que foram diagnosticadas apenas como atipias, não especificando qual epitélio pertenciam, se glandular ou escamoso e que as demais alterações citopatológicas foram NIC I, II e III. O NIC I esteve associado ao HPV, e o NIC II e III de forma isolada;

A pesquisa veio também confirmar informações já divulgadas pelos meios de comunicação e o Ministério da Saúde de que, a perda da virgindade das jovens brasileiras dá-se cada vez mais cedo. No estudo a mais jovem a realizar prevenção tinha 11 anos;

As políticas públicas da mulher no Brasil precisam rever as questões da idade de risco para câncer que atualmente é de 25 a 60 anos. Já que o início das relações sexuais entre os jovens está mais precoce, este risco também está aumentando. E no estudo o vírus do HPV, precursor de oncogenicidade, foi detectado em uma adolescente de 13 anos. O ideal é como a Secretaria de Saúde Municipal local recomenda: “o exame de Papanicolau deve ser feito desde o início da vida sexual feminina.”

Diante da precocidade das relações sexuais entre os jovens, necessário que as políticas públicas sejam implementadas para administração da vacina do HPV antes do início da prática sexual em usuários da Atenção Básica;

Quanto a efetividade do serviço este foi considerado satisfatório tendo demonstrado rapidez e agilidade na entrega dos laudos citopatológicos;

Pode-se apontar como fatores de limitação deste estudo a falta de comparação com outras unidades de saúde; o fato de o exame Papanicolau não ser considerado “padrão ouro” na detecção da *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* e HPV.

Para redução da morbimortalidade na população por afecção do aparelho ginecológico sugere-se portanto que capacite-se profissionais para atuar nas áreas da saúde sexual e reprodutiva feminina; que se ofereçam horários alternativos para a realização da prevenção de câncer aumentando assim o número de atendimentos; que se realizem campanhas contínuas de prevenção contra as DST e distribuição ininterrupta de métodos contraceptivos. A realização destas ações garantirá à usuária da Atenção Básica não só o usufruir das políticas públicas do SUS como àquelas que se referem`a Atenção Integral a Saúde da mulher.

SUGESTÕES

Para efeito de sugestões indicamos os procedimentos abaixo a serem realizados:

- Incentivar no planejamento familiar a presença do parceiro(a) e quando ocorrer uma DST o tratamento de ambos seja feito simultaneamente, prevenindo assim a reinfecção;
- Usar preservativos de barreira em todas as relações sexuais, não somente para prevenção das DST, mas também para manter o pH da vagina nos padrões ideais, evitando a produção exacerbada de bactérias na microbiota genital;
- A UBASF deve fornecer todos os métodos de anticoncepcionais disponíveis, em especial o condom, ininterruptamente; pois em alguns períodos do ano sua distribuição torna-se inexistente;
- As campanhas educativas de prevenção de DST devem ser feitas em todo o período do ano e não apenas em datas pontuais;
- Procurar desmistificar o preconceito que gestante não pode fazer o preventivo, sendo este exame nada prejudicial à gestação e ao feto;
- Aumentar o número de vagas e a frequência do preventivo de câncer nas UBASF e oferecer horários alternativos (noturno e final de semana). Permitindo que todas as mulheres sejam contempladas com este exame a partir do início da vida sexual;
- Realizar um movimento de sensibilização contínua com as usuárias que realizam o preventivo de câncer, para que retornem para buscar os resultados. Evitando que muitas usuárias desconheçam a sua situação ginecológica, além de tomar a oportunidade de outras pessoas realizarem a prevenção de câncer;
- Nas Unidades Básicas de Saúde além do exame de Papanicolau outros métodos poderiam ser associados à prevenção ginecológica, tornando-a mais qualificada. Permitindo a identificação com maior precisão de lesões cancerígenas e DST;

- Oferecer aos profissionais capacitações a fim de obter uma visão mais ampliada e holística sobre várias temáticas da saúde e por consequência prestar uma atenção mais qualificada ao usuário;
- Formar ou potencializar grupos já existentes nas comunidades com pessoas nas diversas faixas etárias, onde se debata os temas sobre DST, planejamento familiar, prevenção de câncer, gravidez, sexualidade humana, cuidados higiênicos, etc. Permitindo trocas de saberes e parcerias, orientando o auto-cuidado, a promoção e a educação em saúde.

REFERÊNCIAS

ADAD, S. J. LIMA; R. V; SAWAN, Z. T. E; SILVA, M. L. G.; SOUZA, M. A. H; SALDANHA, J. C; FALCO, V. A. A; CUNHA; A. H; MURTA, E. F. C. Frequency for *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp* and *Gardnerella vaginalis* in cervical – vaginal smears in four different decades, **Revista Paulista de Medicina**. São Paulo, v. 119, n.6, p. 200-205, 2001.

AGÊNCIA INTERNACIONAL DE PESQUISA DO CÂNCER. Infecção e câncer. **Net**. França, 2005. Disponível em <<http://www.screening.iarc.fr/atlascyto.php?lang=4>>. Acesso em: 25 mar.2009.

AMARAL, R. G.; SOUZA, N. A.; TAVARES, S. B. N.; MANRIQUE, E. J.; ASSEM, D. Z.; AZEVEDO, L. L.; QUEIROZ, R. C. F.; FREITAS, R. C.; FONSECHI-CARVASAN, G. A. Controle externo da qualidade dos diagnósticos citológicos no rastreamento de câncer cervical: estudo piloto. **Revista Brasileira de Análise Clínica**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, 2006.

ALMEIDA FILHO, G. L.; PASSOS, M. R. L.; VAL, I. C.; LOPES, P. C. Papilomavirose genital (condiloma acuminado). In: PASSOS, Mauro Romero Leal (Org). **Deesetologia, DST 5**. 5. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

BARCELOS, M. R. B.; VARGAS, P. R. M.; BARONI, C.; MIRANDA, A. E. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: Prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, jul.2008.

BARRETO, N. A.; CISNE DOS SANTOS, C. C. O Laboratório e as DST. In: PASSOS, Mauro Romero Leal (Org). **Deesetologia, DST 5**. 5. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

BETHESDA SYSTEM 2001 WORKSHOP: Division of Cancer Prevention – National Cancer Institute –National Institutes of Health. **Net**. EUA, 2009. Disponível em < – www.bethesda2001.cancer.gov. Acesso em: 01.mar.2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 05/out./ 1988**. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 2003a.

_____. **Estatuto do Idoso, 01/10/2003**. Brasília: Degrau Concursos, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Principais Síndromes Infecciosas - Módulo I**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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

_____. Ministério da Saúde. **Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de Bolso**. 7. ed. Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa – Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto do Câncer. Câncer do colo de útero. **Net**. Brasília, fev., 2009a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 15. jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto do Câncer. HPV – Perguntas e respostas mais frequentes. **Net**. Brasília, fev., 2009b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 15. jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Na prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, a estratégia Saúde da Família também faz vigilância. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, Ano VIII, n. 16, p. 28-33, out/dez. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Net**, Brasília, dez., 2007c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/DST/AIDS>>. Acesso em: 23 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Net**, Brasília, jan., 2009d. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/datapages>>. Acesso em: 02. jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Net**, Brasília, mar. 2009e. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 08. mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológico Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas. Instituto do Câncer. **Net**, Brasília, mar., 2003c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológico Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas. Instituto do Câncer. **Net**, Brasília, out., 2006c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 25. mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV.** Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Integral do Adolescente e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano Nacional de Ação 2004-2007/Ministério da Saúde. 1ª Reimpr.-** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípio e Diretrizes/Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas 2008. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BUENO, K. S. Atípias escamosas de significado indeterminado: novas qualificações e importância na conduta clínica. **Revista Brasileira de Análise Clínica.** Rio de Janeiro. v. 40, n. 2, p. 121-128, 2008.

CAMPANER, A. B.; GALVÃO, M. A. L.; SANTOS, R. E.; AOKI, T. Células glandulares atípicas em esfregaços cervicovaginais: significância e aspectos atuais. **Jornal Brasileiro de Patologia Médica Laboratorial,** v. 43, n. 1, p. 37-43, fev. 2007a.

CAMPANER, A. B.; SANTOS, R. E.; GALVÃO, M. A. L. Importância do tabagismo na carcinogênese do colo do útero. **Revista Femina.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 713-717, nov., 2007b.

CANELLA, Paulo. Possível Evolução das DST – Uma história incompleta. In: Passos, Mauro Romero Leal (Org.). **Deesetologia, DST 5.** 5. ed. Rio de Janeiro. Cultura Médica, 2005.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; SILVEIRA, D. S.; BERTOLDI, A. D.; HALLAL, P. C. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 1, p. 76-84, 2004.

CASTELL, Graça. A identidade subjetiva da mulher. **Revista Filosofia Capital**. Portugal, v.3, edição 06, ano 20, p. 33-41, 2008.

CAVALCANTI, S. M. B.; CARESTIANO, E. N.; OLIVEIRA, L. H. S. Diagnóstico laboratorial de DST por técnicas de biologia molecular. In: PASSOS, Mauro Romero Leal (Org). **Deesetologia, DST 5**. 5.ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

CERRI, C.R. Gardnerela vaginalis. **Net**, Minas Gerais, dez 2006. Disponível em: <<http://www.dst.com.org>>. Acesso em: 12. fev. 2009.

COELI, R.; BRANCO, M. C.; BANDEIRA, I. S.; BRUNO, Z. V. Vulvovaginite na infância e adolescência. In: MEDEIROS, Francisco das Chagas; ALMEIDA, Francisco Manuelito L.; OLIVEIRA FILHO, Manoel (Orgs). **Manual de ginecologia da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand**. Fortaleza: UFC/Departamento de Saúde Materno-infantil, Maternidade Assis Chateaubriand, 2005.

COSTA, Jacinto. Corrimentos vaginais. **Net**, Guaranhús, dez., 2006. Disponível em: <<http://www.labjacintocosta.com.br>>. Acesso em: 02. jan. 2009.

DERCHAIN, S. F. M.; SARIAN, L. O. Z.; Vacinas profiláticas para o HPV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, jun., 2007.

FEITOSA, C. F; CONSALARO, M. E. L.. Tricomoniase. Aspectos gerais e diagnóstico pela colpocitologia de Papanicolaou. **Arquivo Ciência Saúde**, Umuarama, v. 9, n. 3, p. 199-206, set./out., 2005.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde da Mulher e de Gênero. **Fortalecimento das Ações de Prevenção de Câncer Cervical em Unidades Públicas de Saúde do Município de Fortaleza**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2005.

FREITAS, R. A. P.; CARVASAN, G. A. F.; MORAIS, S. S.; ZEFERINO, L. C. Prevalência das lesões neoplásicas do colo de útero: resultados de rastreamento citológico realizado em Campinas, São Paulo, Brasil. **Revista Ciência Médica**. Campinas, v. 15, n. 4, p. 307-314, jul./ago., 2006.

FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL DO AMAZONAS. Gardnerela vaginalis. **Net**. Amazonas, 2008. Disponível em: <<http://www.fmt.am.gov.br>>. Acesso em: 13 mar. 2009.

GIRALDO, P. C.; GONÇALVES, A. K. S.; LINHARES; JACINTO, C. Vaginose Bacteriana. In: PASSOS, Mauro Romero Leal (Org). **Deesetologia, DST 5**. 5. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005a.

GIRALDO, P. C.; PASSOS, M. R. L.; BRAVO, R.; VARELLA, R. Q.; CAMPOS, W. N. A.; AMARAL, R. L.; MARUSSI, E. O freqüente desafio do entendimento e do manuseio da vaginose bacteriana. DST – **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 19, n. 2, p. 84-91, abr/jun. 2007c.

GONÇALVES, A. K. S.; FREIRE, A.C.T.B; CABRAL JR, F.C.; ARAÚJO, V.F.; CORNETTA, M.C.M.. O papel das infecções genitais na fisiopatologia do trabalho de parto pré-termo. **Revista Femina**. Rio de Janeiro, v.35, n.8, p.387-395, ago.2007.

HEIDMANN, I. T. S. B; ALMEIDA, M. D. P. de; BOEHS, A. E. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. Campeche, v. 15, n.2, Abr-Jun, p. 352-8, 2006.

HERNADEZ, J. A. S.; GARCIA, L. L. C.; GONZALEZ, E. V.; GORDILLO, L. V.; TAPIA, J. A. R. Diagnostico clínico de laboratorio y tratamiento de la vaginosis por Gardnerella vaginalis. **Revista Universitas Médica**. Bogotá. v. 48, n. 4, out-dez, 2007.

JIMÉNEZ, A. L; GOTLIEB, S. L. D; HARDY, E; ZANEVELD, L. J. D. Prevenção de doenças sexualmente transmissível em mulheres: Associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 17, n. 1, p. 55-62, jan.-fev., 2001.

JOESOEUF, M. Riduan; SCHMID, George. Vaginose Bacteriana. In: BRITISH MEDICAL JOURNAL (Org). **Evidencia Clínica Consiso**. 11. ed. Porto Alegre. Artmed, 2006.

LAFFITA, A. L.; BORGES, M. T. Trichomoniasis. **Revista Panamericana de Infectologia**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 33-38, jun. 2005.

LEVY, Bel. Identificando o mapa proteonítico da tricomoníase. **Net**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start>>. Acesso em 08. jan. 2009.

MACHADO JÚNIOR, L. C.; DALMASO, A. S. W. Neoplasia Intra-epitelial cervical: diagnóstico, tratamento e seguimento uma unidade básica de saúde. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 24-30, 2008.

MACIEL, G. P.; TASCIA, T.; DE CARLI, G. A. Aspectos clínicos patogênese e diagnóstico de *Trichomonas vaginalis*. **Revista Brasileira Patológica de medicina laboratorial**, Porto Alegre, v. 40, n. 3, p. 152-160, jun. 2004.

MANUAL MERCK SAÚDE PARA A FAMÍLIA, 2007. Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Net**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.msd.brasil.com/msdbrasil/patients/manual_merck/sumário.html>. Acesso em: 07. fev. 2009.

MARTINS, T. A.; Y-BELLO, P.; BELLO, M. D.; PONTES, L. R. SK; COSTA, L. V.; MIRALLES, I. S.; QUEIROZ, T. R. BS. As doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre gestantes no Ceará? DST – **Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 16, n. 3, p. 50-58, 2004.

MOHERDAUI, Fábio. Interação DST – HIV. In: PASSOS, Mauro Romero Leal (Org). **Deesetologia, DST 5**. 5.ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP. **The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses**. Bethesda: National Institutes of Health. EUA:1989.

NAI, G. A.; MELLO, A. L. P.; FERREIRA, A. D.; BARBOSA, R. L. Frequência de *Gardnerella vaginalis* em esfregaços vaginais de pacientes hysterectomizadas. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 162-165, maio. 2007.

NASCIMENTO, M. I.; PIRES, E. S.; GIL, D. Q.; NUNES, G. G.; BALBOA, V.; STASIAKI, F. V.; CUNHA, A. A. Características de um grupo de adolescentes com suspeita de neoplasia NIC cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, out., 2005.

NICOLAU, S. M.; CAMARGO, C. G. C. O homem e a infecção por Papilomavírus. In: PASSOS, Mauro Romero Leal (Org). **Deesetologia, DST 5**. 5. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

OLIVEIRA, A. B.; FRANÇA, C. A. S.; SANTOS, T. B.; GARCIA, M. A. F.; TSUTSUMI, M. Y.; BRITOJR. L. C. Prevalência de Gardnerella vaginalis e Mobilincus em exames de Colpocitologia. **Revista Paraense de Medicina**. Belém, v. 21, n. 4, p.47-51, dez. 2007a.

OLIVEIRA, E. H.; SOARES, L. F. Prevalência de vaginites infecciosas através da citologia clínica: um estudo do Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí. **Revista Brasileira de Análise Clínica**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p.33-35, jan/mar, 2007.

OLIVEIRA, F. A.; PFLEGER, V.; LANG, K.; HEUKELBACH, J.; MIRALLES, I.; FRAGA, F.; SOUSA, A. Q.; STOFFLER-MEILICKE, M.; IGNATIUS, R.; KERR, L. F. S.; FELDMEIERS, H. Sexually transmitted infections, bacterial vaginosis, and candidiasis in woman of reproductive age in rural Northeast Brazil: a population-based study. **Revista Memória do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 102, n. 6, p. 751-756, set. 2007b.

ONAGA, E. T.; PINTO, V. M. DST em crianças e adolescentes. In: PASSOS, Mauro Romero Leal (Org). **Deesetologia, DST 5**. 5. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Orientação para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. **Net**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/entily/rhl/reviews/cd0002218sp.pdf>> Acesso em: 13 fev. 2009.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

PESSINI, S. A.; SILVEIRA, G. P. G. Câncer genital feminino. In: DUNCAN, BRUCE B.; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elza, R. J. (Org.). **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primárias Baseadas em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed 2006.

PINHEIRO, R. S.; FERREIRA, L. C. L.; BRUM, I. R.; GUILHERME, J. P.; MONTE, R. L. Estudos dos Fatores de risco materno associados à sepse neonatal precoce em hospital terciário da Amazônia Brasileira. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 387-395, ago. 2007.

PIRES, M. A.; REBELO, M. T.; DIAS, M. F.; AMARAL, N.; DINIS, M.; OLIVEIRA, C. F.; OLIVEIRA, H. M. Atipias Glandulares de Significado Indeterminado (AGUS) Que entidade? **Acta Médica Portuguesa**. Portugal, v. 16, p. 225-228, jun., 1999.

POTTER, P. A.; PERRY, A. **Fundamentos de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004b.

_____ **Grande Tratado de Enfermagem Prática**. São Paulo: Saulo, 2001a.

RANGEL NETO, O.F. L'ABBATE, S. Avaliação do programa de intervenção preventiva "Sexualidade e Adolescência", com jovens estudantes da periferia do município de Campinas (SP). **Revista Brasileira de Medicina e Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.3, n.9, p4-12, abril/maio/jul. 2007.

RIBEIRO, A. A.; OLIVEIRA, D. F.; SAMPAIO, M. C. N.; CARNEIRO, M. A. S.; TAVARES, S. B. N.; SOUZA, N. L. A.; FONSECHI-CARVASAN, G. A.; ALCANFOR, J. D. X.; SANTOS, S. H. R. Agentes microbiológicos em exames citopatológicos: estudos de prevalência. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 179-181, 2007.

SANTANA, A. P.; GOMES, A. C.; MARQUES, K. J. F.; ANDRADE, K. K. P.; SILVA, F. M. C.; GOMES, J. S. Afecções ginecológicas evidenciadas no Papanicolau em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de João Pessoa. In: X Encontro de Extensão da UFPB-PRAC.

Anais eletrônicos. **Net**. João Pessoa: UFPB, 2008. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/anais/area6/6ccsetsout_01.pdf>. Acesso em 14. fev. 2009.

SÃO PAULO, Secretaria de Saúde do Estado. Programa Municipal de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico Paulista. Informe mensal sobre agravos a Saúde Pública**. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado. Ano 2, n.23, nov. 2005.

SARIAN, L. O. Z.; SANTOS, A. L. F.; DERCHAIN, S. F. M.; FIGUEIREDO, P. G.; MORAIS, S. S. Carga viral do Papilomavirus humano na predição da gravidade de atipias celulares na colpocitologia oncológica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, jun., 2003.

SEBASTIÃO, A. P. M.; NORONHA, L.; SCHEFFEL, D. L. H.; GARCIA, M. J. G.; CARVALHO, N. S.; COLLAÇO, L. M.; TORRES, L. F. B. Estudo das atipias indeterminadas em relação à prevalência e ao percentual de discordância nos casos do Programa de Prevenção do câncer Uterino do Paraná. **Revista Brasileira de Patologia Médica Laboratorial**. Paraná, v. 40, n. 6, p. 431-438, dez., 2004.

SIMÕES, J. A.; ZANEVELD, L. J. D. Microbicidas. In: PASSOS, Mauro Romero Leal (Org). **Deesetologia, DST 5**. 5.ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

SILVA, F. C.; BOER, C. G.; IRIE, M. M. T.; YOSHIDA, C. S.; SVIDZINSKI, T. I. E.; CONSOLARO, M. E. L. Avaliação da influência do uso de métodos contraceptivos sobre o resultados dos esfregaços de Papanicolau. **Revista Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá, v. 28, n. 1, p. 65-70, jan/jun. 2006.

SILVEIRA, E. C.; TAVERNARD, A.; NUNES, E. Associação de Trichomonas com lesões pré-malignas e malignas do colo uterino. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 111-114, 2000.

SILVEIRA, L. M. S.; CRUZ, A. L. N.; FARIA, M. S. Atipias cervicais detectadas pela citologia em mulheres atendidas em 2 hospitais da rede pública de São Luís – MA. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 115-119, 2008.

SMELTZER, S. C. e BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TAVARES, T. G.; KRUNN, P.; COSTA, E. I.; PADILHA, C. M. L.; PINTO, A. P. Cervicitbes e seus agentes na rotina dos exames colpocitológicos. DST – **Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 19, n. 1, p. 30-34, 2007.

TELES, E. P. B.; TELES, R. S. S. Vulvovaginites. In: MEDEIROS, Francisco das Chagas; ALMEIDA, Francisco Manuelito L.; OLIVEIRA FILHO, Manoel (Orgs). **Manual de**

ginecologia da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza: UFC/Departamento de Saúde Materno-infantil, Maternidade Assis Chateaubriand, 2005.

VAL, I. C.; ALMEIDA FILHO, G. L.; PASSOS, M. R. L. Neoplasia Intra-epitelial cervical. In: PASSOS, Mauro Romero Leal (Org). **Deessetologia, DST 5.** 5.ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, et al. (organizadores). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz, 2006.

VEIGA, F. R.; RUSSOMANO, F.; CAMARGO, M. J.; MONTEIRO, A. C. S.; REIS, A.; TRISTÃO, M. P. Prevalência das lesões intra-epiteliais de alto grau em pacientes com citologia com diagnóstico persistente de ASCUS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 75-80, dez., 2006.

VERDIANI, L. A.; DERCHAIN, S. F. M.; SCHWELLER M.; GONTIJO, R. C.; ANDRADE, L. A. A.; ZEFERINO, L. C. Atipia de células glandulares em esfregaços do colo do útero: avaliação dos métodos propedêuticos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, abr., 2003.

WANDERLEY, M. S.; MAGALHÃES, E. M. S. TRINDADE, E. R. Avaliação Clínica e Laboratorial de Crianças e Adolescentes com Queixas Vulvovaginais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Brasília, v. 22, n. 3, p. 147-152, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Tabela 1 – Distribuição de Lactobacilos de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007.

| Área | azul | verde | lilás | laranja | amarela | rosa | Total |
|-------------------------------------|-------------|--------------|--------------|----------------|----------------|-------------|--------------|
| Total de exames realizados por área | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| Lactobacilos | 19 | 14 | 10 | - | 10 | 3 | 56 |
| % por área | 5,8 | 5,9 | 7,1 | - | 4,1 | 1,8 | 4,6 |
| % total | 1,6 | 1,2 | 0,8 | - | 0,8 | 0,3 | 4,7 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

APÊNDICE B

Tabela 2 – Distribuição de cocos de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007.

| Área | azul | verde | lilás | laranja | amarela | rosa | Total |
|-------------------------------------|-------------|--------------|--------------|----------------|----------------|-------------|--------------|
| Total de exames realizados por área | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| cocos | 15 | 14 | 8 | 2 | 5 | 11 | 55 |
| cocos e tricomonas | 2 | - | 2 | - | 1 | - | 5 |
| cocos e atípias | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| cocos e bacilos | 120 | 65 | 57 | 34 | 73 | 42 | 391 |
| cocos, bacilos e cândida | 3 | 5 | 3 | 1 | 4 | 7 | 23 |
| cocos, bacilos e tricomonas | 3 | 2 | - | 1 | - | 1 | 7 |
| cocos, bacilos e atípias | - | 1 | 1 | 2 | 2 | - | 6 |
| cocos, bacilos e ASCUS | - | - | - | - | 1 | - | 1 |
| cocos, bacilos e AGUS | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| Total | 143 | 88 | 71 | 40 | 86 | 62 | 490 |
| % por área | 43,5 | 37,3 | 50,7 | 46 | 35 | 38,5 | 40,9 |
| % por total | 11,9 | 7,3 | 5,9 | 3,3 | 7,2 | 5,1 | 40,9 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

APÊNDICE C

Tabela 3 – Distribuição de bacilos de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007.

| Área | Azul | Verde | Lilás | Laranja | Amarela | Rosa | Total |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total de exames realizados por área | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| Bacilos | 93 | 74 | 37 | 30 | 94 | 47 | 375 |
| bacilos e gardnerela | 5 | 2 | 4 | 3 | - | 1 | 15 |
| bacilos e cândida | 6 | 4 | 2 | 2 | 6 | 1 | 21 |
| bacilos e atipias | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| bacilos e ASCUS | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| bacilos e cocos | 120 | 65 | 57 | 34 | 73 | 42 | 391 |
| bacilos, cocos e cândida | 3 | 5 | 3 | 1 | 4 | 7 | 23 |
| bacilos, cocos e tricomonas | 3 | 2 | - | 1 | - | 1 | 7 |
| bacilos, cocos e atipias | - | 1 | 1 | 2 | 2 | - | 6 |
| bacilos, cocos e ASCUS | - | - | - | - | 1 | - | 1 |
| bacilos, cocos e AGUS | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| bacilos, HPV e NIC | - | 2 | - | - | - | - | 2 |
| bacilos, gardnerela e atipias | - | - | - | - | 1 | - | 1 |
| Total | 230 | 156 | 104 | 73 | 181 | 101 | 845 |
| % por área | 69,9 | 66,1 | 74,3 | 83,9 | 75,6 | 62,7 | 70,5 |
| % do total | 19,2 | 13 | 8,7 | 6,1 | 1,9 | 8,4 | 70,5 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

APÊNDICE D

Tabela 4 – Distribuição de Cândia sp de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007.

| Área | azul | verde | lilás | Laranja | Amarela | Rosa | Total |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| total de preventivos por área | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| cândida/bacilos/cocos | 3 | 5 | 3 | 1 | 4 | 7 | 23 |
| Cândica/bacilos | 6 | 4 | 2 | 2 | 6 | 1 | 21 |
| Cândida/ <i>G. vaginalis</i> | - | - | - | 1 | - | - | 1 |
| Total | 9 | 9 | 5 | 4 | 10 | 8 | 45 |
| % por área | 2,7 | 3,8 | 3,6 | 4,6 | 4,1 | 5 | 3,8 |
| % total | 0,8 | 0,8 | 0,4 | 0,3 | 0,9 | 0,7 | 3,8 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

APÊNDICE E

Tabela 5 – Distribuição de *Trichomonas vaginalis* de acordo com a área geográfica de coleta de exame. Fortaleza, 2007.

| Área | Azul | verde | lilás | laranja | amarela | rosa | Total |
|-------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Total de exames | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| Cocos, bacilos, <i>T. vaginalis</i> | 3 | 2 | - | 1 | - | 1 | 7 |
| Cocos e <i>T. vaginalis</i> | 2 | - | 2 | - | 1 | - | 5 |
| <i>G. vaginalis</i> e <i>T. vaginalis</i> | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| Total | 5 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 13 |
| % por área | 1,5 | 1,3 | 1,4 | 1,1 | 0,4 | 0,6 | 1,1 |
| % do total | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1,1 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

APÊNDICE FTabela 6 – Distribuição de *Gardnerella vaginalis* de acordo com a área de coleta de exame. Fortaleza, 2007.

| Área | azul | verde | lilás | laranja | amarela | rosa | Total |
|-------------------------------------|-------------|--------------|--------------|----------------|----------------|-------------|--------------|
| Total de exames realizados por área | 329 | 236 | 140 | 87 | 246 | 161 | 1199 |
| gardnerela | 57 | 47 | 15 | 9 | 45 | 41 | 214 |
| gardnerela e bacilos atípicos | 5 | 2 | 4 | 3 | 0 | 1 | 15 |
| gardnerela, bacilos e atípicos | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| gardnerela e candidíase | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| gardnerela e tricomonas | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| gardnerela e AGUS | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 63 | 51 | 19 | 13 | 46 | 43 | 235 |
| % por área | 19,1 | 21,6 | 13,6 | 15 | 18,7 | 26,7 | 19,6 |
| % do total | 5,3 | 4,3 | 1,6 | 1,1 | 3,8 | 3,6 | 19,6 |

Fonte: Livro de Laudos Citopatológicos da UBASF Terezinha Parente, 2007.

ANEXOS