

g(mae)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE

DEPARTAMENTO DE TOCOSINECOLOGIA

PERFIL COLPOSCITOLÓGICO DE MULHERES
INTERNADAS NO HOSPITAL
COLONIA SANT'ANA

Fábio Maurício de Aguiar

Florianópolis, Janeiro de 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

PERFIL COLPOCITOLÓGICO DE MULHERES
INTERNADAS NO HOSPITAL
COLÔNIA SANTA ANA

Autor:

* Fábio Maurício de Aguiar

Orientadores:

** Evangelina Kotzias Atherino dos Santos

*** Paulo Freitas

Colaborador: Eduardo Trennepohl

* Interno do Curso de Graduação em Medicina -
Universidade Federal de Santa Catarina

** Professora adjunta do Depto de Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina; enfermeira da Maternidade Carmela Dutra.

*** Médico epidemiologista do Hospital Universitário.

AGRADECIMENTOS

Queremos expressar nosso carinho e gratidão a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo e acompanharam de perto todo nosso esforço e empenho para a concretização deste.

De um modo especial presto homenagem a alguém que esteve comigo desde o início, auxiliando, colaborando, sugerindo e trabalhando. Quase sempre bem disposto, às vezes pouco humorado, mas sempre presente, conseguimos vencer os obstáculos ao longo do caminho e, tenho certeza, muitas foram as lições que as dificuldades e a convivência nos ensinaram. A você, EDUARDO TRENNEPOHL, o meu muito obrigado e todo o reconhecimento de sua dedicação.

A Vanda (Professora Evangelia) orientadora e, acima de tudo, amiga, também não poderia deixar de proferir algumas palavras. Sua simplicidade e boa vontade demonstraram o quanto é importante o "estar disponível", suas palavras de otimismo e solidariedade humana são, pois, o que de mais valioso alguém espera receber, principalmente naqueles momentos em que as dificuldades parecem não mais ter fim. Digo-lhe que aprendi muito com você, e tudo o que aprendi jamais esquecerei. Também

certamente não esquecerei aquela com quem aprendi. Obrigado.

Ao Patologista Cláudio Pereira Oliveira e toda equipe do Laboratório da Secretaria da Saúde pela grande contribuição na realização deste.

A Professora, Patologista e Vice-Diretora do Hospital Universitário de Florianópolis, Dr^a Mariuccia Grace S. Brussa, pela solidariedade e compreensão.

Agradecimentos Especiais:

- Paulo Freitas - médico epidemiologista, HU.
- Carlos Gilberto Crippa - médico mastologista e ginecologista, MCD/UFSC.
- Afonso Batista da Silva - médico ginecologista
- Mariette Van de Sande Silveira - médico sanitarrista, Secretaria da Saúde.
- Miriam T. Silveira - bióloga sanitarrista, Secretaria da Saúde.
- Alzira Maria Biazzi - citotécnica.
- Neide Struw - citotécnica.
- Adília Feldrini - citotécnica.
- Ana Josefina Butemberg - técnica de laboratório.
- Eronilda Silva das Neves - técnica de laboratório.
- Valdete Preve Pereira - enfermeira do Hospital Colônia Santana.
- Bernadete Luciano Fraga - auxiliar de enfermagem do Hospital Colônia Santana.

INDICE

	pág.
1. INTRODUÇÃO.....	05
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 - Objetivo Geral.....	12
2.2 - Objetivos Específicos.....	12
3. MATERIAL E METODOS.....	13
4. RESULTADOS.....	18
PERFIL DAS MULHERES ESTUDADAS.....	18
4.1 - Dados Sócio-Biográficos.....	18
4.1.1 - Idade.....	18
4.1.2 - Cor.....	19
4.1.3 - Estado Civil.....	19
4.1.4 - Internações Anteriores.....	21
4.1.5 - Internação Atual.....	21
4.1.6 - Início da Atividade Sexual.....	21

4.1.7	- Número de Parceiros Sexuais.....	22
4.1.8	- Número de gestações.....	23
4.1.9	- Menopausa.....	23
4.1.10	- Fluxo vaginal.....	23
4.1.11	- Fumo.....	24
4.1.12	- Diagnóstico.....	24
4.1.13	- Colpocitologia Oncótica Anterior.....	25
4.1.14	- Flora Anterior.....	25
4.1.15	- Colpocitologia Oncótica Atual.....	25
4.1.16	- Flora Atual.....	27
4.1.17	- Colposcopia.....	28
4.1.18	- Biópsia.....	28
4.1.19	- Exame mamas.....	29
5.	DISCUSSÃO.....	30
6.	CONCLUSÕES.....	34
7.	RECOMENDAÇÕES.....	36
8.	RESUMO.....	38
9.	ABSTRACT.....	39
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
	ANEXOS.....	44

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer vem assumindo uma importância crescente, contribuindo de forma acentuada para a morbi-mortalidade de nossa população, principalmente em idades produtivas, chegando a representar, em 1986, 11,2% do total de óbitos do país, e estando incluído entre as quatro primeiras causas de morte, ao lado de doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias e afecções do período perinatal (14/15), conforme mostra a figura 1.

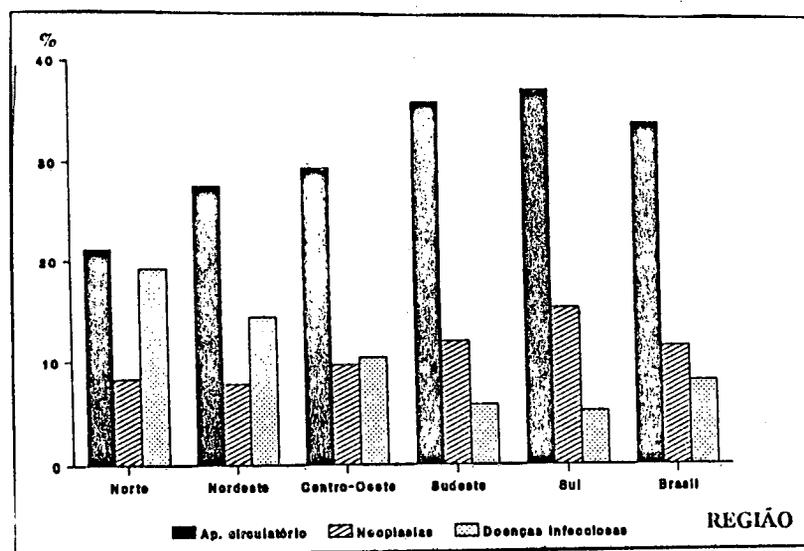


Figura 1 - Mortalidade proporcional, por grupo de causas, entre macroregiões brasileiras, em 1986. Foram excluídas as causas mal-definidas.

Fonte - O Problema do Câncer no Brasil - Ministério da Saúde - Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco) - 1992.

Na distribuição percentual das localizações de câncer primário no Brasil, segundo todas as unidades da Federação, no sexo feminino o câncer cévico-uterino atinge o primeiro lugar com 23,7%, seguido bem de perto pelo câncer de pele (23,4%). (4/14). A figura 2 ilustra esta distribuição percentual. Importante salientar que segundo as regiões brasileiras, este tipo de neoplasia atinge o primeiro lugar nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e o segundo lugar, superado pelo câncer de pele, nas regiões Sul e Sudeste. A incidência nestas duas últimas regiões é bastante inferior a das demais regiões, conforme mostra a figura 3. Conclui-se então que fatores como nível sócio-econômico, nível cultural, condições de habitação e higiene, acesso aos serviços de saúde, programas eficazes de controle de câncer, entre outros, muito influenciam na gênese desta patologia.

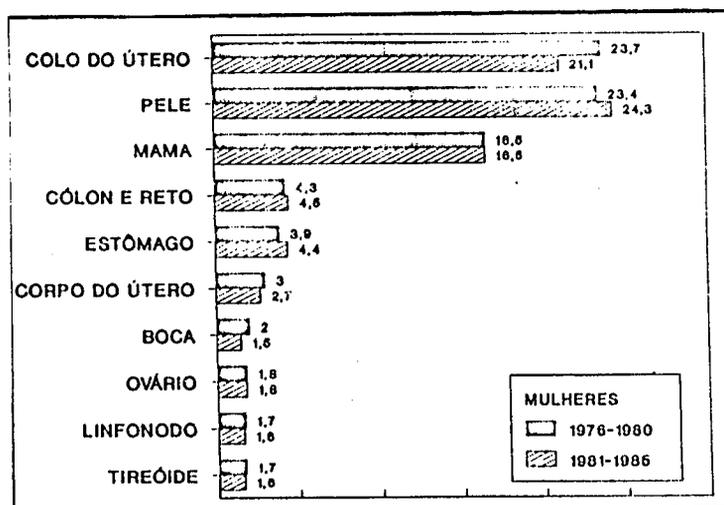


Figura 2 - Distribuição percentual das dez primeiras localizações da câncer primário diagnosticados em mulheres, no Brasil, de 1976 a 1980 e de 1981 a 1985.

Fonte - O Problema do Câncer no Brasil - Ministério da Saúde - Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco) - 1992.

A problemática do câncer cévico-uterino atinge uma porcentagem significativa da população feminina, sendo responsável pela maior taxa de mortalidade por câncer feminino no Brasil (1/11/16), e alcançando um índice de 39,3% na faixa etária compreendida entre 15 e 44 anos e 23,6% entre 45 e 64 anos (1/11). No Estado de Santa Catarina foi a terceira causa de mortalidade por câncer na população feminina no ano de 1989, superado pelo câncer de mama e estômago (10). No mundo ocorrem, por ano, 500.000 novos casos de câncer do colo uterino (16).

Região	%	
Norte	45,2	(1 ^o lugar)
Nordeste	36,1	(1 ^o lugar)
Centro-Oeste	36,3	(1 ^o lugar)
Sudeste	19,6	(2 ^o lugar)
Sul	17,8	(2 ^o lugar)

Figura 3 - Distribuição do câncer cérvico-uterino, segundo as regiões brasileiras.

Fonte - Adaptado do Tratado de Ginecologia, de H. W. Halbe, volume 2, p. 1500, 1987.

Esta prevenível neoplasia, responsável por 15% dos óbitos por câncer nas mulheres acima dos 15 anos e que incide em 1% da população feminina, chegando a 3% nos países em desenvolvimento (4), encontra nos agentes infecciosos, promiscuidade, multiparidade, gestação ocorrendo antes dos 20 anos e higiene inadequada dos genitais, seus principais fatores de risco. Cabeças e colaboradores analisando os resultados de 800 biópsias de colo uterino (classes III, IV ou V de Papanicolaou) constataram que 61,4% da população feminina estudava e teve o primeiro coito antes dos 20 anos de idade (5).

Halbe salienta a possível implicação viral na etiologia desta moléstia, principalmente o papiloma vírus, sobretudo o HPV 16 e o HPV 18, bem como o herpes vírus tipo 2 - HSV 2 (4). O papiloma vírus humano vem sendo cada vez mais objeto de estudos diversos, tentando-se provar sua participação ou não, na gênese da neoplasia de colo uterino, e sua prevalência vem

aumentando em diferentes populações estudadas, alcançando índices de 2,4% no ambulatório da Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina no biênio 87/88 (12).

A grande variedade de espermas aos quais são submetidas as mulheres com múltiplos parceiros sexuais e maior probabilidade de aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, explicaria a maior incidência desta neoplasia nas referidas mulheres, sobretudo as jovens, pois estas expõe o tecido metaplásico ainda imaturo ao agente agressor. A carcinogênese encontra terreno propício nas múltiplas lacerações sofridas pelo colo uterino durante o trabalho de parto, agravando-se ainda mais a situação quando a assistência obstétrica não é adequada, ou mesmo inexistente. Depreende-se daí que quanto maior o número de gestações maior a agressão ao útero e conseqüente possibilidade de desenvolvimento neoplásico. Desnecessário faz-se comentar o aspecto higiene, visto sua evidente relação com agentes infecciosos e processos inflamatórios. Outros fatores podem ainda ser mencionados, como a associação câncer de colo uterino e *Trichomonas vaginalis*, sífilis, micoplasma, gonorréia, clamídia e citomegalovírus, todos agentes infecciosos que aguçam nossa curiosidade e são objetos constantes de estudos visando comprovar ou descartar suas relações com a neoplasia cérvico-uterina, fugindo, pois, dos objetivos do presente estudo (4).

Hans Hinselmann idealizou o colposcópico em 1924 e em 1943 Papanicolaou e Traut publicaram um trabalho divulgando a colpocitologia como método de diagnóstico precoce do câncer

do colo do útero. Em 1948 o professor Arnaldo de Moraes criou o primeiro "Ambulatório Preventivo Modelo" do Brasil, no Rio de Janeiro. Era o primeiro passo para a concretização do sonho de Hinselmann de que "chegaria em breve o tempo em que mulher alguma haveria de morrer desta patologia." (16/18).

Provavelmente o sonho de Hinselmann nunca deixará de ser um sonho, principalmente se não modificarmos a quase insignificante cobertura da população feminina pelo exame citológico da cérvix uterina, que segundo estimativa calculada pelo Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino do Programa de Oncologia, em 1986, através de questionários enviados aos principais laboratórios de citopatologia do país, foi de 7,3% (2), enquanto que a Organização Mundial de Saúde recomenda uma cobertura de 85% da população feminina na faixa etária de 25 a 60 anos "para que se obtenha impacto epidemiológico" (16).

Estudo realizado no norte do Estado do Rio de Janeiro em 1987 - o Projeto Campos - revelou que o exame citológico de secreção cérvico-vaginal indicou precisamente o diagnóstico de carcinoma in situ em 80% dos casos, sendo que nos 20% restantes o diagnóstico citológico esteve bem próximo ao carcinoma in situ, sendo que nos casos de carcinoma invasor a precisão foi de 100% (2). Segundo Chaves, este exame "é considerado o método mais eficiente para detectar alterações epiteliais atípicas incipientes no colo uterino" (3).

A célebre frase de Halbe em seu "Tratado de Gineco-

logia" resume toda e qualquer tentativa de enaltecer a colpocitologia oncótica: "só se combate o câncer de colo com a citologia periódica de Papanicolaou" (4). Dispensa-se, pois, maiores comentários sobre a eficiência do referido método, bem como seu real valor como método preventivo e diagnóstico.

Estima-se que mais de 200.000 novos casos de câncer sejam diagnosticados anualmente no Brasil, no período de 1990 a 1995, e a persistir o padrão atual de diagnóstico tardio 70% destes casos serão tratados não com o objetivo de cura, mas apenas paliativamente (19).

Diante deste quadro, e sabendo-se que este tipo de neoplasia é uma das raras moléstias malignas que podemos obter um êxito de 100% de cura, desde que feitos diagnósticos e tratamento em suas formas iniciais, salientamos a importância de se despertar uma consciência preventiva na população alvo, bem como organização e planejamento de eficazes programas de prevenção e controle do câncer de colo uterino. Isto visando diminuir radicalmente sua incidência, morbidade e conseqüentemente mortalidade, através e principalmente da colpocitologia oncótica, exame de relativo baixo custo, considerável precisão diagnóstica, extrema simplicidade e boa aceitabilidade. Assim sendo, justificamos o presente estudo.

2. OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral

Descrever o perfil citopatológico das mulheres internadas no Hospital Colônia Sant'Ana, São José, S.C..

2.2 - Objetivos Específicos

a) Identificar a prevalência de patologias cérvico-uterinas nas mulheres em estudo, através de exame colpocitológico.

b) Despertar uma consciência preventiva e de diagnóstico precoce relativo ao câncer cérvico-uterino na instituição escolhida para o estudo.

3. MATERIAL E METODOS

O presente estudo foi realizado no HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA (HCS) situado no município de São José, Santa Catarina, inaugurado em 10 de novembro de 1941, com atividade dirigida para atendimento a pacientes psiquiátricos e capacidade para hum mil pacientes, no período de junho a dezembro de 1993.

A amostra consta de 79 pacientes do sexo feminino, todas internadas naquela instituição, com faixa etária variando entre 24 e 78 anos.

A cada paciente foi aplicado um protocolo padrão elaborado especialmente para este estudo, que consta de seis partes, quais sejam: identificação, antecedentes pessoais, fatores de risco para câncer cérvico uterino, antecedentes oncológicos familiares, exames anteriores e resultados e observações finais (anexo I), bem como realizado exame ginecológico completo: mamas, genitais externos, exame especular e toque vaginal (anexo II).

Nossa intenção inicial era entrevistar e examinar quase 100% das mulheres do HCS, ficando excluídas do estudo apenas as pacientes da enfermeira de alta rotatividade. Devido a problemas diversos enumerados adiante, optamos por uma amostra de conveniência, totalizando, pois, 79 mulheres.

Torna-se importante e conveniente ressaltar a dificuldade de comunicação e manipulação de algumas pacientes, fato este que impossibilitou muitas vezes a entrevista e principalmente a realização de exame ginecológico completo, limitando-nos assim ao uso apenas de dados de prontuário para o preenchimento dos respectivos protocolos e/ou simplificação do exame físico.

A coleta de secreção cérvico-vaginal também esteve prejudicada em muitos casos, obrigando-nos a modificar nosso objetivo inicial de realização de coleta tripla para todas as pacientes, sendo a coleta dupla ou mesmo única a opção que nos restou, ante o bom senso e respeito ao ser com o qual nos propusemos a trabalhar: o ser humano.

Os motivos que nos levaram a optar pela amostragem de conveniência foram vários, e nos limitaremos a citar os principais, quais sejam:

- recusa de muitas pacientes à realização do exame;
- falta de colaboração durante a realização do exame;

- dificuldade de comunicação com algumas pacientes;
- agressividade de algumas mulheres daquela instituição;
- concomitância da realização do estudo com período de greve dos funcionários da saúde, durante o qual estivemos impossibilitados de dar seqüência ao estudo;
- localização geográfica do Hospital Colônia Sant'Ana, acarretando gastos excessivos e uma maior disponibilidade de tempo.

As pacientes com alterações importantes no exame físico e/ou no resultado da colpocitologia oncótica foram encaminhadas ao ambulatório da Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis.

A análise dos esfregaços de secreção cérvico-vaginal foi realizada pelo Laboratório da Secretaria da Saúde, localizado em Florianópolis, sob a supervisão do médico patologista Cláudio Pereira Oliveira.

A classificação para os achados de colpocitologia oncótica utilizada em nosso estudo corresponde aquela em uso pelo Laboratório da Secretaria da Saúde, especificada nas tabelas I e II. Em relação à colposcopia utilizamos a classificação internacional dos aspectos colposcópicos.

*TABELA I - Classificação da Colpocitologia Oncótica,
segundo nomenclatura OMS-OPAS, 1972.*

Código	Diagnóstico Citológico
0 C	Não diagnosticada (inadequado) - 0
1 C	Negativo para células neoplásicas - Grau I
2 C	Citologia Inflamatória - Classe II
3 C	Diagnóstico compatível com displasia - Classe III
3 C1	Leve IIIa
3 C2	Moderada IIIb
3 C3	Acentuada IIIc
4 C	Carcinoma "in situ" - IV
5 C	Carcinoma invasivo - V
5 C1	Epidermóide - V
5 C2	Adenocarcinoma - V
6 C	Presença de células neoplásicas de outras origens

TABELA II - Classificação da Flora Vaginal, de acordo com a Colpocitologia Oncótica, segundo nomenclatura OMS-OPAS, 1972.

Código	Flora Vaginal
F1	Bacilo Döderlein
F1a	Com citólise
F1b	Sem citólise
F2	Flora mista
F3	Flora cocóide
F4	Gardnerella vaginalis
F5	Leptotrix vaginalis
F6	Trichomonas vaginalis
F7	Fungos
F8	Vírus
F9	Outros microorganismos
F10	Flora não classificada

4. RESULTADOS

PERFIL DAS MULHERES ESTUDADAS

4.1 - Dados Sócio-Biográficos

4.1.1 - Idade

A idade das pacientes examinadas variou entre 21 e 78 anos, sendo a média geral de 48,3 anos. Três pacientes não possuíam informação sobre este dado e não sabiam informar. Na tabela III temos o total de cada dezena de faixa etária, seus respectivos valores e percentuais.

TABELA III - Distribuição das mulheres segundo a Faixa Etária. Dados do Hospital Colônia Sant'Ana - São José/SC, de junho a dezembro de 1993.

Faixa Etária	N ^o	%
21 a 30 anos	07	8,86
31 a 40 anos	20	25,31
41 a 50 anos	18	22,78
51 a 60 anos	14	17,73
61 a 70 anos	12	15,19
71 a 78 anos	05	6,33
sem informação	03	3,80
Total	79	100,00

4.1.2 - Cor

Obtivemos um total de 11 pacientes de cor negra, totalizando 14,10% da amostra, e 68 pacientes de cor branca, correspondendo a 85,9% da amostra.

4.1.3 - Estado Civil

A porcentagem de mulheres que não informaram sobre este dado foi superior a 50, e a grande maioria das informantes

pertenciam ao grupo das solteiras (29,11%). As casadas aparecem em segundo lugar, e poucas mulheres pertenciam a outros grupos, conforme mostra a tabela IV.

TABELA IV - Distribuição das mulheres segundo a Faixa Etária. Dados do Hospital Colônia Sant'Ana - São José / SC, de junho a dezembro de 1993.

Estado Civil	N ^o	%
Casada	10	12,65
Solteira	23	23,11
Separada	03	3,80
Viúva	02	2,53
Em união	01	1,27
Sem informação	40	50,64
Total	79	100,00

4.1.4 - Internações Anteriores

Variou de nenhuma a 51 internações anteriores. A média foi de 6,66 internações anteriores por paciente, sendo que em três prontuários não obtivemos dados sobre esta variável. Um total de 15 pacientes não tinham internações anteriores (18,99%).

4.1.5 - Internação Atual

Optamos por descrever o tempo de internação atual em meses, contando a partir da data da internação até o mês de dezembro de 1993 (último mês em que realizamos a coleta de dados). Obtivemos um mínimo de 2 meses, um máximo de 568 meses (47,3) anos e uma média de 90,75 meses (7,56 anos).

4.1.6 - Início da Atividade Sexual

Constatamos que 20 pacientes tinham ou tiveram atividade sexual (25,31%), sendo o limite inferior de início aos 10 anos e o superior aos 37 anos. Encontramos 3 pacientes sem atividade sexual (2,53%) e um total de 56 mulheres não informaram, representando 72,75% da amostra.

4.1.7 - Número de Parceiros Sexuais

Vinte pacientes responderam esta variável, das quais três possuíam vários parceiros. Três nunca tiveram relações e 56 não responderam. A tabela V especifica estes dados.

TABELA V - Distribuição das mulheres de acordo com o número de parceiros sexuais. Dados do Hospital Colônia Santana, São José/SC, de junho a dezembro de 1993.

Nº de Parceiros	Nº	%
Zero	03	3,80
Um	10	12,66
Dois	05	6,33
Três	00	0,00
Quatro	02	2,53
Vários	03	3,80
Sem informação	56	70,88
Total	79	100,00

4.1.8 - Número de gestações

Encontramos um total de 93 gestações em 27 pacientes, representando uma média de 3,44 gestações por paciente. Dezoito mulheres eram nulíparas (22,78%) e 34 não informaram (43,03%). A média total de gestação / paciente entre as que forneceram informação foi de 2,06.

4.1.9 - Menopausa

Vinte e três mulheres eram menopausadas (29,11%), 34 não eram menopausadas (43,03%) e 22 não responderam ou não obtivemos informação (27,84%).

4.1.10 - Fluxo vaginal

Vinte e sete mulheres responderam sim ou foi constatado a presença de fluxo vaginal ao exame e 53 responderam não ou não foi constatado, representando, respectivamente 34,18% e 65,82% da amostra. Das mulheres com fluxo, 8 tiveram

no resultado da colpocitologia oncótica flora Döderlein, 7 flora mista, 4 Gardnerella vaginalis e 8 apresentaram a associação flora mista e Trichomonas vaginalis, sendo que não houve nenhum caso só de Trichomonas. Das mulheres sem fluxo, 9 tiveram flora Döderlein, 26 flora mista, 1 Trichomonas, 11 casos de Gardnerella vaginalis, 1 flora mista e Gardnerella, 3 flora mista e Trichomonas e 1 caso de flora não classificada.

4.1.11 - Fumo

Vinte e três pacientes eram fumantes (29,11%), treze não fumantes (16,45%) e 43 não informaram (54,43%).

4.1.12 - Diagnóstico

Um total de 11 mulheres não tinham diagnóstico (13,92%) e 33 eram esquizofrênicos, representando um percentual de 41,77%. Outros diagnósticos: oligofrenia, epilepsia, psicose afetiva, psicose maniaco-depressiva, deficiência mental, outros quadros psicóticos orgânicos, etc.

4.1.13 - Colpocitologia Oncótica Anterior

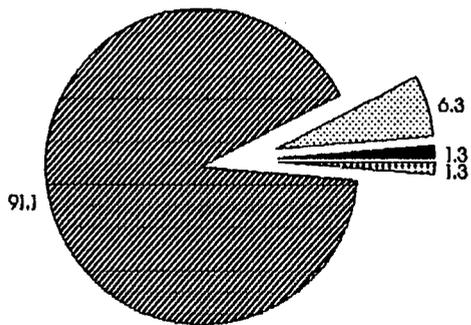
Onze pacientes apresentavam seus prontuários resultados de exame de secreção cérvico-vaginal prévio, das quais 10 pertenciam à classe II de Papanicolaou (90,90%) e 1 à classe I (9,10%).

4.1.14 - Flora Anterior

Apenas 7 prontuários possuíam tal informação, correspondendo a 8,86% da amostra, e destes, 3 eram flora Döderlein, 2 flora mista, 1 Trichomonas e 1 associação Trichomonas e Gardnerella.

4.1.15 - Colpocitologia Oncótica Atual

Obtivemos um percentual de 91,1% de classe II de Papanicolaou, ou seja, 72 pacientes. Cinco mulheres pertenceram à classe I e apenas uma à classe III. Uma paciente foi excluída desta variável por ser hysterectomizada. A figura 4 demonstra estes resultados e seus respectivos números e percentuais.



(valores em %)

Legenda

Excluída	=	1 mulher	=	1,3%
Classe 0	=	0 mulheres	=	0,0%
Classe I	=	5 mulheres	=	6,3%
Classe II	=	72 mulheres	=	91,1%
Classe III	=	1 mulher	=	1,3%

Figura 4 - Distribuição das mulheres de acordo com o resultado da colpocitologia Oncótica. Dados do Hospital Colônia Sant'Ana, São José/SC, de junho a dezembro de 1993.

4.1.16 - Flora Atual

O tipo mais comum de flora encontrada foi a mista, num total de 33 casos, correspondendo a 41,77% da amostra, seguido pela Döderlein (18 casos - 22,77%) e Gardnerella vaginalis (15 casos - 18,98%). A tabela VI especifica o número total de cada tipo de flora e seus respectivos percentuais.

TABELA VI - Distribuição das mulheres de acordo com os resultados da Flora Vaginal segundo a Colpocitologia Oncótica. Dados do Hospital Colônia Sant'Ana, São José / SC, de junho a dezembro de 1993.

Flora	Nº	%
Döderlein com citólise	05	6,32
Döderlein sem citólise	13	16,45
Mista	33	41,77

cont.

cont.

Trichomonas vaginalis	02	2,53
Gardinerella vaginalis	15	18,98
Mista/Trichomonas	09	11,39
Mista/Gardnerella	01	1,26
Não classificada	01	1,26
<hr/>		
Total	79	100,00
<hr/>		

4.1.17 - Colposcopia

A paciente que apresentou como resultado da colpocitologia oncótica classe III dec Papanicolaou foi submetida à colposcopia, que revelou alterações compatíveis com infecção por papilomavírus humano, pontilhado grosseiro e epitélio branco.

4.1.18 - Biópsia

A paciente submetida à colposcopia realizou biópsia dirigida, que revelou "CARCINOMA ESCAMO-CELULAR INVASIVO, MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE COLO DE UTERO" (Anexo III).

4.1.19 - Exame mamas

Realizado em todas as 79 pacientes, sendo encontrado alterações em três mulheres, as quais foram encaminhadas ao ambulatório de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra, sob a orientação do Dr. Carlos Gilberto Crippa. A citologia do nódulo mamário de uma das pacientes confirmou a suspeita clínica de fibroadenoma.

5. DISCUSSÃO

As diversas variáveis apresentadas nos resultados não serão todas discutidas, pois algumas apresentam uma porcentagem muito acentuada de dados sem informação e outras apresentam discrepâncias muito grandes em suas sub-divisões (por exemplo: a variável cor, onde temos 11 pacientes em um sub-grupo e 68 em outro), perdendo-se, assim o verdadeiro valor da discussão. Tais variáveis foram incluídas nos resultados para termos uma visão global da amostra, bem como pelo seu caráter informativo e, muitas vezes, curioso. Importante frisar que a ocorrência de tal fato deve-se principalmente ao tipo de paciente que compõe o estudo, ou seja, a psiquiátrica. Salientamos que o percentual de não informantes foi aumentando proporcionalmente à medida que os exames se sucediam, visto o caráter crônico e graus mais acentuados de doença nas últimas pacientes. Todas as informações por nós consideradas duvidosas foram desprezadas e não constam neste relatório, ressaltando-se, pois, a fidedignidade dos dados apresentados.

A incidência de neoplasia de colo uterino no Brasil atinge o seu pico entre 15 e 44 anos (39,3%), sendo responsável

por 23,6% na faixa etária compreendida entre 35 e 64 anos. O carcinoma invasivo é incomum antes dos 35 anos e seu risco aumenta progressivamente até os 60 anos, declinando a seguir (4/17). Entre 15 e 44 anos obtivemos uma amostra de 33 pacientes e entre 35 e 64 tivemos 54 pacientes, representando respectivamente 41,77% e 68,35% da amostra, indicando que a maior parte das pacientes localizavam-se na faixa etária de maior acometimento desta neoplasia. A paciente que apresentou classe III como resultado da colpocitologia oncótica, e a biópsia demonstrou tratar-se de um carcinoma invasivo, portanto classe V de Papanicolaou, tinha 62 anos, idade compatível com a incidência maior de neoplasia invasora.

Em relação ao fluxo vaginal, ressaltamos que das 27 mulheres com fluxo, 9 apresentaram resultado colpocitológico normal em relação à flora (flora Döderlein), ou seja, em um terço das mulheres com fluxo vaginal o exame citológico não demonstrou anormalidade.

A colpocitologia oncótica indicou um percentual de 1,3 para classe III de Papanicolaou, um único caso, sendo que não especificou o grau de displasia encontrado (leve, moderada ou acentuada). A colposcopia realizada indicou provável displasia acentuada ou carcinoma in situ, e a histopatologia revelou ser um carcinoma invasivo (classe V). Conclui-se que neste caso a colpocitologia oncótica deixou a desejar quanto à precisão diagnóstica, porém foi passo decisivo para o prosseguimento da investigação diagnóstica. A classificação de Papanicolaou apre-

senta uma incidência de resultados falso-negativos que varia de 10 a 50% (8), fato este preocupante e alarmante, justificando-se, pois, tentativas de melhorar a acuidade do referido exame. Em estudo realizado na Pensilvânia com 2.827 mulheres no período de agosto de 1989 a abril de 1990, preconiza-se a lavagem do colo uterino com ácido acético como terapia adjuvante, mostrando que das 2.827 mulheres examinadas, 358 tiveram esfregaço de Papanicolaou e/ou lavagem com ácido acético anormal, e destas 63 tiveram alterações somente no ácido acético. Entre estas 63 pacientes, 33 tiveram colposcopia anormal (52%), demonstrando o valor da lavagem como terapia adjuvante (8). A alta média de falsos negativos e falsos positivos relatados nos exames citológicos da cérvix uterina provavelmente está relacionado também com a qualidade da amostra. A relação entre a qualidade da amostra e a probabilidade de achar resultados positivos foi demonstrada por Frank Buntinx e colaboradores, em estudo realizado com 17.664 amostras num período de 11 meses, no qual o número de amostras com células anormais aumentou em 7 vezes quando as lâminas foram fixadas inadequadamente (9). Ficam aqui registrados um alerta e uma sugestão, visando melhorar a qualidade da colpocitologia oncótica.

Outro problema a ser discutido em relação à colpocitologia oncótica é quanto ao tipo de classificação a ser utilizada. A classificação de Papanicolaou, largamente utilizada em nosso meio, encontra-se em desuso em grande porcentagem de laboratórios em outros países. O Colégio Americano de Patologia

(CAP) com o objetivo de comparar resultados de citologia cérvico-vaginal entre laboratórios realizou pesquisas onde demonstrou que 66% dos laboratórios estudados não utilizam a classificação de Papanicolaou. Dos laboratórios que responderam o questionário enviado pelo CAP, 42% usam o sistema de Papanicolaou e planejam parar de usar. De acordo com o estudo de 1991, 57% dos laboratórios implantaram o sistema de Bethesda para estudo de amostras cérvico-vaginais, e 30% dos laboratórios estudados planejam implementar o referido sistema (7).

Seria a colpocitologia oncótica de maior importância nas fases iniciais do câncer cérvico-uterino ou na detecção de casos em estágios avançados (carcinoma in situ, microinvasor ou invasor). Lagrutta e Simões defendem o primeiro ponto de vista, porém Rocha, o segundo, afirmando ser sua eficiência diminuída na detecção de lesões precursoras (13). Baseados nos resultados de nosso estudo, concordamos com Lagrutta e Simões.

6. CONCLUSÕES

O emprego de métodos diagnósticos que proporcionem informações seguras a respeito de alterações que indiquem a ocorrência ou estágios precursores de neoplasias de colo uterino encontra na colpocitologia oncótica o seu alicerce, embora a precisão diagnóstica não seja a ideal. Porém este exame é o princípio e o fundamento de toda e qualquer investigação de um órgão que aparentemente não ofereça tamanha facilidade de exploração diagnóstica, devido à sua localização. Nosso estudo comprova tal afirmação, mas reconhecemos sim as limitações do método, facilmente identificada em nosso único caso de displasia, cuja histopatologia indicou tratar-se de carcinoma invasivo; porém o marco inicial de investigação não deixou de ser a colpocitologia oncótica.

A porcentagem de casos classe II de Papanicolaou (91,1%) revela ser este o perfil citopatológico predominante nas pacientes examinadas, e o único caso de carcinoma aproxima os resultados de nosso estudo à incidência geral de neoplasias de colo uterino (1 a 3%).

Fica ratificada a importância da colposcopia e da citologia como métodos que se complementam, sendo o diagnóstico definitivo das lesões do colo do útero dado pela biópsia dirigida e posterior histopatologia.

7. RECOMENDAÇÕES

Procuramos através deste estudo contribuir de alguma forma para reverter a lamentável situação em que se encontra a neoplasia maligna de colo uterino. Mais lamentável ainda é saber que muito pouco fizemos para melhorar esta situação, visto que esta prevenível neoplasia pode ser evitada, pois, como dissemos, é prevenível. Nossa arma maior, a colpocitologia oncológica, necessita de aperfeiçoamentos, padronização e revisão de sua classificação, melhorias técnicas e divulgação. Campanhas de informação à população alvo sobre o real valor e finalidades deste exame e programas de screening são condições indispensáveis para alcançarmos nossos objetivos principais, ou seja, diminuição significativa da incidência e morbi-mortalidade desta neoplasia, refletindo num padrão de vida melhor e aumento da expectativa de vida de nossas mulheres, além de nos situar mais próximo de nosso verdadeiro lugar de país desenvolvido.

Talvez de um simples trabalho surjam idéias e propostas, esperanças e conquistas. A instituição escolhida para o estudo, tenha certeza, não foi escolhida por acaso. Ela neces-

sita urgentemente de medidas de impacto que possibilitem uma viabilização maior de recursos técnicos e, principalmente, humanos, haja visto seu real valor como entidade que presta serviços aqueles que são, muitas vezes, discriminados, marginalizados e banidos do meio social em que viviam devido a preconceitos, crenças, tabus, falta de vergonha ou mesmo acomodação, senão tudo isto junto. O paciente psiquiátrico merece todo nosso respeito e consideração, seres humanos na sua maioria carentes de amor e sedentos de atenção, um pouquinho da sua atenção...

8. RESUMO

Foram entrevistadas e examinadas 79 pacientes do sexo feminino do Hospital Colônia Sant'Ana, São José - SC, no período de junho a dezembro de 1993. Realizamos exame ginecológico completo, enfatizando a coleta de secreção cérvico-vaginal com o objetivo de traçar o perfil citológico das pacientes internadas na referida instituição. Constatamos um percentual de 91,1% de classe II de Papanicolaou (72 mulheres), 6,3% de classe I (5 mulheres) e 1,3% de classe III (1 paciente).

A paciente cuja colpocitologia revelou tratar-se de classe III foi submetida à colposcopia e biópsia dirigida, sendo o diagnóstico definitivo de carcinoma escamo-celular invasivo, moderadamente diferenciado.

O presente estudo analisa a eficácia e validade da colpocitologia oncótica como método diagnóstico e preventivo e questiona o uso do sistema de Papanicolaou como classificação deste exame. Sugerimos, por fim, uma revisão no tipo de classificação a ser utilizada, bem como no método de fixação da secreção cérvico-vaginal, e salientamos a importância de eficazes programas de combate e controle do câncer cérvico-uterino.

9. ABSTRACT

In the time between June and December 1993, 79 female patients were interviewed and examined at Colonia Sant'Ana Hospital in São José - Santa Catarina State.

Complete gynecological examinations were carried out stressing the taking of cervico-vaginal secretion samples, with the aim of drawing the cytologic profile of interned patients in the above-mentioned institution.

91,1% belonged to the second class of Papanicolaou (72 women), 6,3% to the first class (5 women) and 1,3% to the third class (1 patient).

The patient whose colpocytology proved to belong to the third class underwent a colposcopy and directed biopsy showing a moderately differentiated definite diagnosis of an invasive escamo-cellular carcinoma.

The present study analyses the efficacy and validity of oncotoc colpocytology as a diagnostic and preventive method questioning the use of the Papanicolaou system as a classifier for this examination.

We would finally like to suggest a review of the classifying type that has been used as well as the method of fixing the cervico-vaginal secretion, and to point out the importance of efficient programmes for the combat and control of cervico-uterine cancer.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. REIS, AA.F.F.; HORTA, A.L.A.; SILVEIRA, C.M.G. da; CAMARGO, M.J. de; DANTAS, N. Valor da citologia e da biópsia dirigida pela colposcopia no diagnóstico das neoplasias cervicais uterinas. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 102 (5): 163-167, 1992.
2. ABREU, E. de; JACONIANNI, M.; LAVOR, M.F.; LOPES, E.R.; MELLO, R.C. de; LEMOS, M.R.; PAES, M.S. & CHACUR, D.A. Controle do câncer cérvico uterino: um desafio. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 101 (6): 243-247, 1991.
3. CHAVES, E. Prevenção em massa do câncer do colo uterino: uma meta atingível. CCS, 7 (4): 39-42, 1985.
4. HALBE, H.W. Tratado de ginecologia, Livraria Roca, São Paulo, volume 2, 1987.
5. CABEZAS, E.; RODES, S.; VALDES DIAZ, Z. Edad al

- inicio de las relaciones sexuales y carcinoma del cuello uterino. Rev. Cuba. Obstet. Ginecol., 11 (1): 97-103, 1985.
6. FREITAS, F. de; KRUSE, W.; RIVOIRE, W.; MENKE, C.H. Rotinas em ginecologia, Editora Artes Médicas Sul Ltda., ed. 3^a, 1991.
7. DAVEY, D.D.; NIELSEN, M.L.; ROSENSTOCK, W.; KLINE, T.S. Terminology and specimen adequacy in cervico-vaginal cytology. Arch Pathol Lab. Med., 116:903-907, 1992.
8. SLAWSON, David C.; BENNETT, J.H.; HERMAN, J.M. Are Papanicolaou smear enough? Acetic acid washes of the cervix as adjunctive therapy: a HARNET study. The Journal of Family Practice, 35:271-277, 1992.
9. BUNTINX, F.; KONTTNERUS, J.A.; CREBOLDER, H.; ESSED, G.; SCHOUTEN, H. Relation between quality of cervical smears and probability of abnormal results. BMJ, 304:1224, 1992.
10. SILVEIRA, M. Van de S.; SILVEIRA, M.T.; CHEREM, A.R. Mortalidade por câncer de colo uterino e mama - Estudo comparativo entre as microregiões do estado de Santa Catarina (1985 a 1988). 1991.

11. BARBOSA, R.B.; BARBOZA, O.; RAMOS, A.N. Câncer cérvico-uterino - um problema de saúde pública. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 96 (7): 305-308, 1986.

12. DORES, G.B.; RIBALTA, J.C.C.; MARTINS, N.V.; FOCCHI, J.; NOVO, N.F.; KOSMISKAS, J.B. & LIMA, G.R. Aspectos epidemiológicos da infecção cérvico-vaginal pelo papilomavírus humano. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 101 (9): 369-375, 1991.

13. BARBOSA, L.C.R.; RIBEIRO, I.S.; QUINTANA, S.M.; MARTELLY, J.U.; GAUZA, J.E.; MELLO, A.B.B.; BINATO, A.; CEHELLA, M.S. & SANTOS, R.P. Relação citologia oncológica, colposcopia e histopatologia no diagnóstico do carcinoma cérvico-uterino. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 101 (8): 351-354, 1991.

14. MENDONÇA, G.A.S.; PINHEIRO, L.R.; SILVA, M.G.C.; GADELHA, M.I.P. & TEIXEIRA, M.T.B. O problema do câncer no Brasil. Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer, Imprensa Naval, 1992.

15. MENDONÇA, G.A.S. Ocorrência de câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, 38 (4): 167-176, 1992.

16. DEUS, J.M. de; LIMA, F.A.S.; ESCOBAR, A. & GRABERT, H. Prevenção do câncer do colo uterino. Avaliação de uma metodologia alternativa: a colposcopia duplamente seletiva. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 103 (8): 291-195, 1993.
17. REIS, A.F.F.; COSTA, M.C.E. & ALMEIDA, N.C. Prevenção do câncer cérvico-uterino - Princípios epidemiológicos e avaliação de programas de screening. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 102 (11-12):445-447, 1992.
18. CALEGARI, H.; SCOTTINI, P.H. Avaliação dos prontuários de 1093 pacientes do serviço de prevenção do câncer do departamento autônomo de saúde pública (DASP) - Florianópolis. Trabalho apresentado como requisito para conclusão da Residência Médica de Tocoginecologia, Maternidade Carmela Dutra, 1986.
19. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. INCA/PRO-ONCO, Ministério da Educação. Escola Paulista de Medicina. Ensino de cancerologia nos cursos de graduação e enfermagem, 1992 (mimeografado).

ANEXOS

ANEXO I

PROTOCOLO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS NO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA, JUNHO A DEZEMBRO DE 1993

1 - IDENTIFICAÇÃO

- a) Nome -
- b) N. Registro -
- c) Data nasc./idade -
- d) Naturalidade -
- e) Procedência -
- f) Cor -
- j) Profissão -
- h) N. internações anter. -
- i) Data atual intern. -
- j) Diagnóstico -

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

- a) Menarca -
- b) Menopausa -
- c) Ciclos Menstruais -
- d) Última menstruação -
- e) N. gestações -
- f) N. partos -
- g) N. abortos -
- h) Idade 1. parto -
- i) N. lactações -
- j) Duração -
- k) Anovulatórios -
- l) Qual anov.? -
- m) Há quanto tempo? -
- n) Interrompe? -
- o) Dispauremia? -
- q) Sinusorragia? -
- p) Fluxo vaginal? -
- r) Cauterização anterior? -
- s) Último exame ginecológico -

- t) Último exame colpocitológico -
- u) Raio X -
- v) Cirurgia prévia?

3 - FATORES DE RISCO PARA CANCER UTERINO

- a) Início de atividade sexual -
- b) N. de parceiros sexuais -
- c) DST (HPV/HERPES II/SIFILIS) -
- d) Nível sócio-econômico -
- e) Fumo -

4 - ANTECEDENTES ONCOLOGICOS FAMILIARES

- a) Parentesco -
- b) Localização -
- c) Idade -

5 - EXAMES ANTERIORES E RESULTADOS

6 - OBSERVAÇÕES FINAIS

Data: .../.../.....

ANEXO II

PROTOCOLO DE EXAME FISICO UTILIZADO NO HOSPITAL COLONIA SANT'ANA, JUNHO A DEZEMBRO DE 1993

1 - MAMAS

2 - ABDOMEN

3 - ORGAOS GENITAIS EXTERNOS

3.1 - Pilificação

3.2 - Clitoris

3.3 - Lesões

3.4 - Períneo

3.5 - Esforço

4 - EXAME ESPECULAR

4.1 - Vagina

4.2 - Colo

4.3 - Secreção

4.4 - Coleta de C.O.

4.5 - Teste de Schiller

5 - TOQUE VAGINAL

5.1 - Vagina

5.2 - Cérvix

5.3 - Corpo Uterino

5.4 - Anexos

Data: .../.../.....

ANEXO III

Registro: AP93H4241

PACIENTE: M.T.R.

MEDICO:

C.R.M.:

MATERIAL: Fragmento de colo uterino

MACROSCOPIA:

Segmento de tecido com 0,6 cm. Aos cortes é elástico.

MICROSCOPIA:

Cortes de colo uterino que exhibe neoplasia que infiltra o córion de forma compacta e é representada por blocos de células com núcleos volumosos e atípicos e citoplasmas amplos e poligonais.

CONCLUSÃO:

CARCINOMA ESCAMO-CELULAR INVASIVO, MODERADAMENTE DIFERENCIADO, DE COLO DE ÚTERO.

Florianópolis, 22/12/93.

João Péricles da Silva Jr.

CrM 3689

Médico patologista

- Horácio S. Chikota -

CrM 5592

Médico Patologista

TCC
UFSC
TO
0162

N.Cham. TCC UFSC TO 0162
Autor: Aguiar, Fábio Maur
Título: Perfil colpocotologico de mulher



972805444

Ac. 254297

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM